

Секция: Медицинские науки

Альмухамбетова Рауза Кадыровна

*кандидат медицинских наук, доцент,
профессор кафедры внутренних болезней №3
Казахский национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова*

г. Алматы, Республика Казахстан

Жангелова Шолпан Болатовна

*кандидат медицинских наук, доцент,
профессор кафедры внутренних болезней №3
Казахский национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова*

г. Алматы, Республика Казахстан

Капсултанова Дина Амангельдиновна

*кандидат медицинских наук,
доцент кафедры внутренних болезней №3
Казахский национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова*

г. Алматы, Республика Казахстан

Тыналиева Шынар Айтжановна

*заведующая кардиологического отделения №3
Городской кардиологический центр*

г. Алматы, Республика Казахстан

Махатова Таншолпан Курманалиевна

*врач-интерн
Казахского национального медицинского университета
имени С. Д. Асфендиярова*

г. Алматы, Республика Казахстан

Жумагулова Фаузия Мухамбетовна

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Аққожаева Айгерім Аққожақызы

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Темірбай Балжан Нұрдаулетқызы

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Среди всей экстрагенитальной патологии у беременных заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место. Как в общей популяции среди беременных могут быть врожденные и приобретенные пороки сердца, которые приведут к развитию сердечной недостаточности. Безусловно, общий риск развития врожденных пороков сердца (ВПС) у детей этих пациенток возрастает и составляет около 5% против 1% в общей популяции. Увеличение фертильного возраста беременных, наличие факторов риска будут способствовать развитию и прогрессированию ишемической болезни сердца (ИБС). У здоровых женщин детородного возраста весьма часто отмечаются различные виды аритмий. При беременности возникновению аритмий способствуют усиление активности

симпатической нервной системы, гиперэстрогемия и электролитный дисбаланс. Аритмии могут сопровождать ряд органических заболеваний сердца, например дефекты межпредсердной или межжелудочковой перегородки или врожденные аномалии проводящей системы сердца. Эти нарушения ритма отмечаются до беременности, а гемодинамические изменения, связанные с беременностью, обычно усиливают проявления аритмий. В то же время в современной литературе появились сведения о хорошем прогнозе в отношении вынашивания беременности при целом ряде пороков сердца, при которых раньше материнство считалось противопоказанным, расширились возможности оперативной их коррекции. Развитие сердечной недостаточности, гипердиагностика ее и стремление врача минимизировать риск в отношении матери нередко связаны с неоправданным преждевременным родоразрешением [1, с. 14-30; 2, с. 534-538; 3, с. 25-31; 4, с. 14-24].

Целью нашего исследования явилось изучение риска материнской смертности для беременной пациентки с сердечной патологией.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы заболевания сердечно-сосудистой системы, частота развития сердечной недостаточности у беременных женщин.

Результаты и обсуждение. Абсолютными противопоказаниями к вынашиванию беременности являются: легочная гипертензия (давление в легочной артерии свыше 75% системного давления), синдром Эйзенменгера, кардиомиопатии с сердечной недостаточностью III – IV класса по NYHA, выраженная обструктивная клапанная патология – митральный стеноз, аортальный стеноз, пульмональный стеноз, коарктация аорты, обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП), синдром Марфана с диаметром корня аорты более 40 мм, выраженный цианоз, окolorодовая кардиомиопатия с персистирующей левожелудочковой дисфункцией в анамнезе.

В то же время есть патология, которая хорошо переносится беременными – пролапс митрального клапана, обычно он не сопровождается побочными эффектами, профилактика эндокардита при вагинальных родах не нужна, если отсутствуют признаки текущей инфекции или эндокардит в анамнезе. Также благоприятно протекают регургитация при митральной и аортальной недостаточности, особенно при слабо выраженной симптоматике перед беременностью, трикуспидальная и пульмональная регургитация, скорректированные дефекты межпредсердной перегородки (МПП) и межжелудочковой перегородки (МЖП), открытый артериальный проток (ОАП) без признаков выраженного шунтирования крови слева направо или легочной гипертензии. ВПС по частоте преобладают над пороками ревматической патологией. К ним относятся дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), открытый артериальный проток, стеноз двустворчатого и аортального клапана, коарктация аорты, тетрада Фалло, транспозиция крупных сосудов. По данным литературы, смертность зависит от основного заболевания и функционального класса (ФК) сердечной недостаточности (СН) по Нью-Йоркской классификации ассоциации и кардиологов (NYHA) перед беременностью. Сочетание митрального и аортального стеноза и СН III – IV класса по NYHA означает умеренный риск – 10-15%. Соответственно, своевременное обследование и диагностика, учет возможных рисков в отношении течения и исхода беременности будут определять тактику ведения таких пациентов. Обследование должно включать: ЭКГ, ЭхоКГ, оценку насыщения артериальной крови кислородом, гематокрита (исключить эритроцитоз), шунтирование крови справа налево, цианоз и гематокрит более 65%, которые предвещают высокую смертность матери и плода (25-50%). Помимо этого, у таких женщин рекомендуется ЭхоКГ плода для пренатальной диагностики ВПС.

Таким образом, прогресс в области диагностики сердечно-сосудистых заболеваний и их хирургического лечения, успехи анестезиологии и интенсивной терапии привели к тому, что многие из врожденных пороков стали операбельными, причем большинство больных живут после этого долгое время и достигают репродуктивного возраста. Знание этиологии пороков, гемодинамических изменений при них, возможных осложнений гестации, своевременная их диагностика будут определять тактику родоразрешения и ведение в послеродовом периоде.

Литература

1. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. Российские рекомендации / Российский кардиологический журнал 2013; 4 (102), приложение 1, С. 14-30.
2. Mustafa R., Ahmed S., Gupta A., Venuto R.C. A comprehensive review of hypertension in pregnancy / J. Pregnancy. – 2012. – Vol. 5 (3). – P. 534–538.
3. Abalos E., Cuesta C., Carroli g. et al. Pre-eclampsia, eclampsia and adverse maternal and perinatal outcomes: a secondary analysis of the World Health organization multicountry survey on maternal and Newborn Health / BJog. – 2014. – V. 121(suppl. 1). – P. 14–24.
4. Li X.L., Guo P.L., Xue Y. et al. An analysis of the differences between early and late preeclampsia with severe hypertension / Pregnancy Hypertension. – 2016. – V. 6. – P. 47–52.