

В.И. Целуйко, д.м.н., профессор, Е.А. Будко, к.м.н., Харьковская медицинская академия последипломного образования

Беременность при обструктивной гипертрофической кардиомиопатии

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – первичное заболевание миокарда, характеризующееся локальной или симметричной гипертрофией миокарда желудочка, нарушением диастолической функции, развитием нарушений ритма и высоким риском внезапной смерти. Достаточно часто заболевание манифестирует в молодом детородном возрасте. Наступление беременности у больной с ГКМП всегда требует постоянного тщательного наблюдения, высокой квалификации врача, а иногда и неординарных решений.

Представляем клиническое наблюдение за больной Д., 22 года, рост 168 см, вес 87 кг. Впервые обратилась на кафедру кардиологии в 2011 году с жалобами на ощущение сердцебиения, боли в области сердца давящего и колющего характера, не связанные с физическим напряжением, небольшую одышку во время быстрой ходьбы, изредка ощущала перебои в работе сердца.

Анамнез заболевания. В 2008 г. начало беспокоить периодически сильное сердцебиение во время нагрузки, иногда – общая слабость. При обследовании в ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой» НАМН Украины на ЭхоКГ выявлена гипертрофическая кардиомиопатия, обструктивная форма (градиент 17 мм рт. ст.), рекомендовано ограничение физических нагрузок, прием биспролола в дозе 2,5 мг. Состояние на фоне лечения было стабильным. В апреле 2011 г. пациентка проходила обследование в Национальном институте сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова, где диагноз ГКМП с обструкцией выносящего тракта левого желудочка (ВТЛЖ; 19 мм рт. ст.) был подтвержден, рекомендовано амбулаторное лечение, направлена на консультацию на кафедру кардиологии и функциональной диагностики ХМАПО. Назначено лечение: валсартан 40 мг 2 раза в день.

Анамнез жизни: без особенностей, семейный анамнез не отягощен.

При объективном обследовании. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Повышенного питания. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Над легкими перкуторно: ясный легочной звук. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 17/мин. Границы сердца расширены влево на 1 см. Деятельность сердца ритмичная, тоны сердца приглушены, систолический шум по левому краю грудины. Артериальное давление на левой и правой руках 100/60 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) 80 уд/мин, пульс 80 уд/мин. Язык чистый, влажный.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Отеки голеней и стоп. Физиологические отправления в норме.

ЭКГ при первом обращении представлена на рисунке.

Результаты холтеровского мониторирования ЭКГ (21.10.2011–22.10.2011):

Средняя ЧСС 59 уд/мин, min ЧСС (в 6 ч 09 мин) 41 уд/мин, max ЧСС (в 16 ч 53 мин) 146 уд/мин. Всего отмечена 1 желудочковая экстрасистола, 0 парных, 0 пробежек, 0 желудочковых бигемий, 0 тахикардийных событий, 0 периодов пауз продолжительностью более 2,1 с. Эпизоды смещения сегмента ST «ишемического» типа не зарегистрированы.

Max интервал QT 466 мс, max QTc 523 мс; min QT 282 мс, min QTc 342 мс.

Результаты ЭхоКГ. Кардиометрия (см): левое предсердие – 4,1; D аорты – 2,6; конечнодиастолический размер левого желудочка (ЛЖ) – 3,3; конечная систолическая площадь ЛЖ – 1,5; толщина задней стенки ЛЖ в диастолу – 1,0; толщина межжелудочковой перегородки в диастолу – 3,2; правый желудочек – 2,1; правое предсердие – 3,2. Фракция выброса – 86%; масса миокарда ЛЖ – 267 г.

Сократимость всех структур миокарда в норме.

Клапанный аппарат. Створки митрального клапана: створки средней эхогенности, движутся разнонаправлено, обратный кровоток незначительный, подклапанный. Створки аортального клапана: средней эхогенности, движутся разнонаправлено, обратный кровоток отсутствует.

Створки трикуспидального клапана: средней эхогенности, движутся разнонаправлено, обратный кровоток отсутствует. Створки клапана легочной артерии: средней эхогенности, в систолу PG_{max} 13 мм рт. ст., признаков легочной гипертензии нет. Стенки аорты – средней эхогенности. Жидкость в перикарде отсутствует, дополнительные структуры отсутствуют.

Заключение: асимметричная гипертрофия перегородочных сегментов ЛЖ

с обструкцией выходного тракта ЛЖ (в систолу PG_{max} – 32 мм рт. ст.); небольшая дилатация левого предсердия: Vc 1,18 м/с; Va 0,51 м/с; DT 95 м/с; IVRT 94 м/с; IVST 39 м/с, ЧСС 52 уд/мин.

Диагноз. Гипертрофическая кардиомиопатия, обструктивная форма. Умеренная недостаточность митрального клапана. Гидроперикард. Суправентрикулярная экстрасистолическая аритмия (единичная). Сердечная недостаточность II ст., с сохраненной систолической функцией ЛЖ (псевдонормальный тип нарушения диастолы). Функциональный класс II.

Учитывая брадикардию по данным ЭКГ и холтеровского мониторирования ЭКГ, назначение бета-адреноблокаторов, которые считаются базисными препаратами в лечении больных с ГКМП, в данном клиническом случае нецелесообразно, поскольку у больных с ГКМП, как правило, отмечается уменьшение полости ЛЖ и ударного обмена, а брадикардия способствует уменьшению минутного объема крови и перфузии тканей.

Пациентке был назначен валсартан в дозе 40 мг 2 раза в сутки; небольшая доза препарата обусловлена склонностью больной к гипотонии. На фоне терапии самочувствие оставалось стабильным.

В октябре 2012 года наступила беременность. При физикальном обследовании существенная динамика не выявлена.

По данным ЭхоКГ-исследования, проводимом тем же специалистом (доцент Киношенко К.Ю.) и на том же аппарате, отмечалось некоторое прогрессирование заболевания с дальнейшим увеличением предсердия, увеличением массы миокарда ЛЖ, усилением обструкции. Усугубилось и нарушение диастолической функции ЛЖ – диагностирован рестриктивный тип.

Первый и самый сложный вопрос, который требует ответа в данной ситуации, – сохранять ли беременность, учитывая, что ГКМП – тяжелое заболевание с клиническими проявлениями сердечной недостаточности, с жизнеугрожающими нарушениями ритма, ангинозным синдромом и высоким риском внезапной смерти, независимо от отсутствия или наличия беременности. Результаты наблюдения за больными ГКМП во время беременности свидетельствуют, что беременность, как правило, не усугубляет гемодинамические расстройства при этом заболевании. Это объясняют физиологическим увеличением объема циркулирующей крови на фоне снижения общего периферического сопротивления сосудов и стабильностью сократимости миокарда. Тем не менее гемодинамические и нейрогуморальные факторы гестационного периода могут провоцировать или усугублять нарушения сердечного ритма и проявления сердечной недостаточности. Поэтому женщины с ГКМП, диагностированной до беременности или в сроки до 12 нед, должны находиться под динамическим наблюдением кардиолога. Риск рождения ребенка с наследственной ГКМП составляет 50%.

Материнская смертность у пациенток с ГКМП, по данным итальянских ученых, составляет 10 случаев на 1000 родов, тогда



В.И. Целуйко

как в общей популяции (Италия) 1,33 на 1000 родов. То есть, риск умереть во время родов у больных ГКМП почти в 8 раз выше популяционного. Но следует отметить, что риск смерти, в том числе внезапной, у больных с ГКМП и без беременности значительно выше, чем в популяции.

C. Autore et al. (2002) опубликовали результаты длительного исследования (1954–2000 гг.), посвященного наблюдению за течением беременности в семьях больных ГКМП. В 1954 году обследовали 91 семью с ГКМП в нескольких городах Италии (Рим, Турин, Генуя). За период наблюдения у 78 женщин с ГКМП наступила беременность. Количество родов – 199 (от 1 до 5, в среднем 2).

У всех наблюдаемых женщин на фоне гипертрофии миокарда (толщина гипертрофированного участка в среднем составила 19 мм) отмечено развитие сердечной недостаточности до наступления беременности (ФК I–II – 96%, III–IV – 4%). Обструктивная форма ГКМП выявлена в 23% случаев. В семейном анамнезе внезапная смерть у родственников I степени родства в возрасте до 50 лет – в 48% случаев. Во время беременности умерли 2 женщины.

Представляет интерес исследование, посвященное анализу 40 случаев смерти у беременных женщин с ГКМП. Диагноз у больных был установлен в 24±6 лет, беременность наступила в среднем 25±5 лет. Клинически у всех больных были признаки сердечной недостаточности, преимущественно невысокого функционального класса (СН I – 70%, II – 27%, III – 3%), синкопы – 15%. Обструктивная форма была выявлена в 30% случаев.

Согласно данным ЭхоКГ при беременности толщина гипертрофии в среднем составила 21 мм, левое предсердие – 41 мм, КДДЛЖ – 43 мм. Более половины (67%) всех пациенток не получали медикаментозную терапию, бета-блокаторы принимали 25%, антагонисты кальция – 5%, амиодарон – 3%.

Проведение тщательного анализа истории болезни умерших женщин с ГКМП не позволило выявить ни одного четкого предиктора неблагоприятного исхода беременности.

Авторы исследования сделали следующие выводы:

- четких предикторов смерти больных с ГКМП при беременности и родах нет (!);
- оптимальный срок родоразрешения – 32 нед;
- при ГКМП возможно родоразрешение естественным путем;
- беременность не оказывает достоверного отрицательного влияния на прогноз.

Установлено, что риск развития желудочковых аритмий при беременности составляет 5%, а появления симптомов сердечной недостаточности – 25%. Если у больной диагностирована обструктивная форма ГКМП, полностью отменять терапию не следует. В лечении применяют препараты, которые не противопоказаны

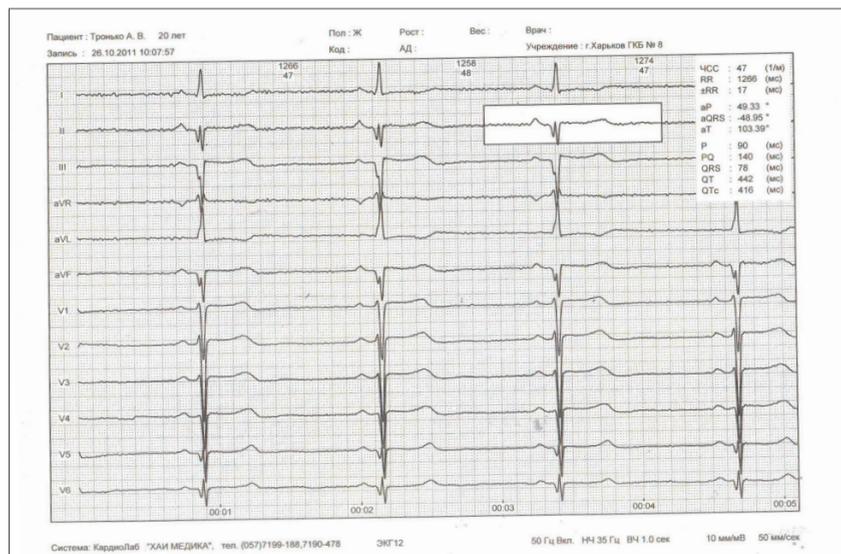


Рис. ЭКГ больной Д. при первом обращении

при беременности (бета-адреноблокаторы и/или верапамил).

В описанном нами случае было принято решение сохранить беременность, учитывая этические моменты, хроническое прогрессирующее течение заболевания и невозможность более безопасного ведения повторной беременности в будущем.

Весь период беременности больная ежемесячно приходила на консультации к кардиологу, осуществлялся мониторинг ЭКГ, нарушений ритма и проводимости (холтеровское мониторирование), градиента давления (трансторакальное ультразвуковое исследование).

При обследовании больной в феврале 2013 г. не выявлено существенных изменений на ЭКГ и данных физикального обследования. Во время холтеровского мониторирования ЭКГ обнаружены 1 желудочковая и 3 суправентрикулярные экстрасистолы, эпизодов ишемии нет. Отрицательная динамика данных, полученных при ультразвуковом исследовании сердца, не выявлена.

При обследовании в мае 2013 г. отмечалось небольшое увеличение одышки и появление отеков голеней и стоп. На ЭхоКГ выявлено увеличение градиента давления в ВТЛЖ до 58 мм рт. ст., размеров левого предсердия, массы миокарда.

Заключение при проведении ЭхоКГ: асимметричная гипертрофия перегородочных сегментов ЛЖ с обструкцией выходящего тракта ЛЖ (систолический PG_{max} 58 мм рт. ст.); дилатация левого предсердия; умеренная НМК; гидроперикард (сепарация листков перикарда у ЗСЛЖ в диастолу 7,6 мм). V_e 1,38 м/с; V_a 0,86 м/с; DT 133 м/с; $IVRT$ 44 м/с, ЧСС 75 уд/мин. Дополнительные структуры: имеется дополнительная хорда.

Рекомендовано родоразрешение путем кесарева сечения без применения эпидуральной анестезии.

Естественные роды сопряжены с риском усиления обструкции, что связано с вазодилатацией. Поэтому при обструктивной форме ГКМП более обоснованно проведение кесарева сечения. Вопросы выбора метода к анестезии при операциях у больных с обструктивной формой ГКМП сегодня обсуждаются, однако считается, что необходимо избегать спинальной и эпидуральной анестезии, применения простагландинов и других препаратов, использование которых сопряжено с уменьшением преднагрузки и объема циркулирующей крови. Имеются описания клинических случаев с использованием эпидуральной анестезии, но под эхокардиографическим контролем градиента давления во время операции.

На сроке 37 недель беременности больной было проведено кесарево сечение. Срок оперативного вмешательства в значительной степени зависел не от рекомендации, а от желания пациентки максимально продлить вынашивание ребенка. Операция выполнялась опытным и высококвалифицированным врачом-акушером, главным врачом Харьковского городского перинатального центра Светланой Михайловной Каравай в присутствии кардиологов. Теоретически кардиологи могли столкнуться во время проведения операции с такими осложнениями, как тяжелые нарушения ритма, включая фатальные; развитие кардиогенного шока в результате обструкции выходящего тракта и развитие ишемии миокарда, вплоть до некроза. Неоднократное мониторирование ЭКГ, практически отсутствие нарушений ритма и ишемии вселяло надежду, что вероятность тяжелой аритмии невелика. Учитывая исходную склонность к гипотензии и выраженную обструкцию, наиболее прогнозируемым осложнением могло быть развитие кардиогенного шока.

Во время операции, которая проходила под общим наркозом, при развитии

тахикардии (ЧСС 115-120 уд/мин) наблюдалось снижение АД до 85/60 мм рт. ст. и сатурации крови кислородом до 85%, что обусловило необходимость двукратного введения внутривенного метопролола в дозе 2,5 мг. В результате уменьшения ЧСС до 85/мин отмечалось повышение АД до 130/85 мм рт. ст., сопровождаемое нормализацией сатурации. Следует отметить, что особенностью лечения кардиогенного шока у больных с обструктивной ГКМП является парадоксальное, на первый взгляд, использование бета-адреноблокаторов. При наличии обструкции выносящего тракта важным является удлинение систолы и диастолы, что обеспечивает увеличение ударного выброса, улучшение коронарного кровотока и стабилизацию периферической гемодинамики.

Дальнейший период оперативного вмешательства прошел стабильно. Родился доношенный ребенок, вес 2500 г с тройным (!) обвитием пуповиной. Послеоперационный период у матери и ребенка протекал без осложнений. При выписке пациентка произнесла фразу: «Вы даже не представляете, какое счастье быть мамой!».

Через месяц после выписки во время консультации по телефону отмечено удовлетворительное состояние.

Возвращаясь к протоколам по ведению больных с ГКМП при беременности, следует отметить, что в Европейских рекомендациях указаний к прерыванию беременности при ГКМП нет. Рекомендовано использование бета-адреноблокаторов или недигидропиридиновых антагонистов кальция. Не следует использовать ингибиторы АПФ и сартаны в связи с тератогенным действием этих препаратов. При наличии фибрилляции предсердий (осложнение, встречающееся при ГКМП в 20-25% случаев) обязательным является применение антагонистов витамина К (варфарин) или низкомолекулярных гепаринов.

Рекомендации Российского кардиологического общества по ведению беременных с ГКМП заключаются в следующем.

1. При неструктуривной ГКМП (неосложненной, а также при обструктивной, но с низкой степенью обструкции выносящего тракта ЛЖ) сохранение беременности может быть разрешено при условии постоянного наблюдения кардиологом (не реже 1 раза в месяц). Госпитализация осуществляется в сроки, рекомендованные для всех пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями, при необходимости – чаще; роды – через естественные родовые пути.

2. При средней степени обструкции выносящего тракта ЛЖ вопрос о вынашивании беременности решается индивидуально: необходимо постоянное наблюдение кардиолога (терапевта) и акушера-гинеколога. Сроки госпитализации те же, а также в любое время при ухудшении состояния и развитии осложнений. Роды проводят через естественные родовые пути с исключением потуг.

3. При тяжелой степени обструкции выносящего тракта ЛЖ (градиент давления – 50 мм рт. ст.) вынашивание беременности и роды категорически противопоказаны. При отказе женщины от прерывания беременности рекомендуется госпитализация практически на весь срок беременности. Родоразрешение проводят путем операции кесарева сечения.

Гипертрофическая, рестриктивная и дилатационная кардиомиопатии входят в перечень заболеваний, являющихся показаниями для прерывания беременности, утвержденный Министерством здравоохранения Российской Федерации.

К настоящему времени нами накоплен опыт наблюдения четырех пациенток с ГКМП, у которых беременность и роды прошли, к счастью, без осложнений.

**Передплата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «Україні»!
За передплатними індексами:**

Здоров'я України

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – ХХІ СТОРІЧЧЯ»

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

37639

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПЕДІАТРІЯ»

37638

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

49561

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»

89326

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

Архів номерів
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року

У середньому
понад 8000
відвідувань
на день