SMART

Ф.К. ТЕТЕЛЮТИНА, Е.Д. КОПЫСОВА

Акушерская помощь женщинам с врожденными пороками сердца

Практическое руководство

Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений 4

Ключевые позиции 5

Общие представления о нозологии 6

Определение 6
Классификации 6

Нозологический профиль и факторы риска 10

Этиология 10
Эпидемиология 11

Патогенез, патоморфогенез 13

Общие положения 13
Изменения гемодинамики при отдельных врожденных пороках сердца 15
Возможные осложнения беременности и родов у женщин с врожденным пороком сердца 31
Состояние плода и новорожденного у женщин с врожденным пороком сердца 34
Врожденный порок сердца как фактор риска плацентарной недостаточности 35
Влияние плацентарной недостаточности на метаболизм коллагена у женщин с врожденным пороком сердца 43

Протоколы и методы лечения по условиям оказания медицинской помощи 48

Система акушерской помощи женщинам с врожденным пороком сердца 48
I этап — прегравидарный, догоспитальный 51
II этап — госпитальный 58
III этап — постгоспитальный (реабилитационный) 60

Справочник лекарственных средств 61

Доказательная информация 61

Приложения, ссылки 63

Литература 63

ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О НОЗОЛОГИИ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

ВПС — это диагностированный с момента рождения дефект в структуре сердца и крупных сосудов [2]. Известно около 50 анатомических вариантов ВПС и магистральных сосудов.

КОДЫ ПО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ 10-ГО ПЕРЕСМОТРА	
O99.4	Болезни системы кровообращения, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период.
Q20-Q28	Врожденные аномалии (пороки развития) системы кровообращения.

КЛАССИФИКАЦИИ

Модифицированная классификация Всемирной организации здравоохранения материнского риска [1]

Состояния у беременных с оценкой риска ВОЗ I
Неосложненный, незначительный или умеренно выраженный стеноз легочной артерии — открытый артериальный проток (ОАП)

Продолжение таблицы

Успешно оперированный порок сердца (дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) или дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), ОАП, аномальный дренаж легочных вен)
Редкие предсердные или желудочковые экстрасистолы
Состояния у беременных с оценкой риска ВОЗ II или III ВОЗ II (при отсутствии других осложнений)
Неоперированный ДМПП или ДМЖП
Корригированная тетрада Фалло
Большинство аритмий
ВОЗ III (в зависимости от индивидуальных особенностей)
Умеренно выраженное поражение левого желудочка
Гипертрофическая кардиомиопатия
Заболевание клапанного аппарата, не соответствующее ВОЗ I или IV
Синдром Марфана без дилатации аорты
Диаметр аорты менее 45 мм в сочетании с двустворчатым клапаном аорты
Оперированная коарктация аорты
ВОЗ III
Механический искусственный клапан
Системный правый желудочек
Операция Фонтена
Неоперированные пороки сердца с цианозом
Другие сложные врожденные пороки сердца
Дилатация аорты 40–45 мм при синдроме Марфана
Дилатация аорты 45–50 мм при двустворчатом клапане аорты
Состояния у беременных с оценкой риска ВОЗ IV (беременность противопоказана)
Все случаи легочной артериальной гипертензии

Окончание таблицы

Выраженная дисфункция системного желудочка (фракция выброса менее 30%, функциональный класс (ФК) сердечной недостаточности III–IV)
Предшествующая перипартальная кардиомиопатия с резидуальным поражением левого желудочка
Выраженный митральный стеноз, выраженный стеноз устья аорты с субъективными симптомами
Синдром Марфана с дилатацией аорты более 45 мм
Дилатация аорты более 50 мм при двустворчатом клапане аорты
Выраженная коарктация аорты

При наличии порока сердца, соответствующего I степени риска (очень низкий), беременные могут наблюдаться у кардиолога 1–2 раза за все время беременности. При II степени риск осложнений оценивается как низкий или умеренно выраженный, а наблюдение кардиологом осуществляется каждый триместр. При III степени риск осложнений оценивается как высокий, а коллегиальное заключение кардиолога и акушера-гинеколога формируется 1 раз в один или два месяца. Такой же тактики придерживаются при IV степени риска осложнений, если женщина не дает согласие на прерывание беременности. В случае наступления беременности материнская смертность может достигать 8–35%, тяжелые осложнения — 50%. [1]

Стратификация риска беременности при ВПС и наличия или отсутствия хронической сердечной недостаточности (ХСН):

- I степень — риск не повышен: сердечная недостаточность клинически отсутствует, ФК I; давление в легочной артерии (ЛА) в пределах нормы; гипертрофии и дилатации отделов сердца нет. Беременность не противопоказана, вероятность осложнений не превышает в популяции.
- II степень — риск умеренно повышен: сердечная недостаточность I стадии, ФК II; давление в легочной артерии умеренно повышено; начальная или умеренная гипертрофия отделов сердца; небольшая дилатация отделов сердца.

Беременность допустима, хотя обусловливает определенный риск ухудшения состояния больной.

- III степень — риск высокий: сердечная недостаточность IA стадии, ФК III; выраженная легочная гипертензия; значительная гипертрофия отделов сердца; выраженная дилатация отделов сердца. Риск беременности значительно повышен, течение гестации сопровождается кардиальными и акушерскими осложнениями. Беременность противопоказана и должна быть прервана до 12 недель. Вопрос о позднем прерывании решается индивидуально.
- IV степень — риск крайне высокий: сердечная недостаточность IIБ или III стадии, ФК IV; легочная гипертензия крайней степени (давление в легочной артерии превышает системное). В этой группе высока вероятность материнской смертности. Показано прерывание беременности в ранние и более поздние сроки.

Для сердечной недостаточности беременных помимо указанных выше справедливы те же классификации, что и при сердечной недостаточности для остальных групп больных (см. Приложения и ссылки).