

Хронічна серцева недостатність у вагітних (клінічна лекція)

В.І. Медведь

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України»

Хвороби системи кровообігу серед усіх екстрагенітальних захворювань у вагітних посідають особливе місце. По-перше, хвороби серця під час вагітності у багатьох випадках перебігають гірше, ніж поза вагітністю, загострюються, прогресують, декомпенсуються. По-друге, притаманні вагітності цілком фізіологічні зміни, з одного боку, можуть симулювати, з іншого – маскувати кардіологічну патологію, значно утруднюючи своєчасну діагностику. По-третє, надзвичайно різноманітні за характером і ступенем вираженості серцево-судинні захворювання вимагають надання високоспеціалізованої допомоги лише досвідченими і висококваліфікованими фахівцями. І по-четверте, в Україні, так само як і в найрозвиненіших країнах світу, серцево-судинні події є найчастішою неакушерською причиною материнської смертності.

За офіційними даними МОЗ України, поширеність хвороб системи кровообігу у вагітних становила у 2010 р. 6,19% [4], а їх питома вага серед екстрагенітальних причин материнських втрат – 44,8% [1].

Незважаючи на величезне різноманіття серцево-судинних захворювань, їх об'єднує синдром серцевої недостатності (СН). Будь-яка кардіологічна патологія зрештою призводить до розвитку хронічної СН, яка має виключно прогресивний характер і значно погіршує прогноз для життя пацієнта. У кардіоакушерській клініці СН є визначальним клінічним чинником для обрання адекватної лікарської тактики, а саме: для визначення протипоказань до виношування вагітності, терміну, місця і способу розродження, можливості лактації, тривалості перебування в стаціонарі після пологів.

У цій лекції автор намагатиметься надати лікарям, які спостерігають вагітних, найнеобхідніші сучасні відомості щодо визначення, основних механізмів, клінічних варіантів, класифікації та лікування СН, а також акушерської тактики у вагітних із СН. Важливо зазначити, що нижченаведений матеріал ґрунтується на цілком офіційних новітніх джерелах – національних нормативних документах і міжнародних настановах [2, 3, 5].

Серцева недостатність – це патологічний стан, за якого серце, внаслідок порушення насосної функції, не забезпечує метаболічні потреби органів і тканин організму.

СН може бути хронічною або гострою і завжди асоціюється з підвищеним ризиком смерті.

Хронічна серцева недостатність (ХСН) – це клінічний синдром, що має прогресуючий характер і проявляється зниженням толерантності до фізичних навантажень, затримкою в організмі рідини і зменшенням тривалості життя.

Патофізіологічні механізми

СН може бути зумовлена одним з трьох патофізіологічних механізмів:

- 1) гемодинамічним перевантаженням серця, зазвичай, лівого шлуночка (об'ємом або тиском);
- 2) зниженням скоротливої здатності міокарда;
- 3) порушенням діастолічного наповнення шлуночка (шлуночків).

Типовими прикладами *перевантаження об'ємом* є мітральна і аортальна недостатність (перевантажений лівий

шлуночок), дефект міжпередсердної і міжшлуночкової перегородки (правий шлуночок).

Перевантаження тиском спостерігається за наявності артеріальної гіпертензії, аортального стенозу, коарктації аорти (лівий шлуночок), стенозу легеневої артерії, легеневої гіпертензії (правий шлуночок).

Зниження інотропної функції міокарда, як первинна причина СН, трапляється в разі ішемічної хвороби серця, перенесеного міокардиту, кардіосклерозу, дилатаційної кардіоміопатії.

Порушення наповнення шлуночків серця відбувається за наявності мітрального та трикуспідального стенозу, перикардиту, гіпертрофічної кардіоміопатії.

Нерідко різні патофізіологічні механізми розвитку СН у конкретного пацієнта поєднуються або включаються послідовно. Так, у разі артеріальної гіпертензії до перевантаження лівого шлуночка тиском згодом приєднується порушення діастолічного наповнення, зумовлене гіпертрофією міокарда. У разі дефекта міжшлуночкової перегородки до первинного перевантаження правого шлуночка об'ємом з формуванням легеневої гіпертензії приєднується перевантаження тиском.

У вагітних найчастішими причинами ХСН є вроджені та набуті (клапанні) вади серця, первинна кардіоміопатія, артеріальна і легенева гіпертензія, ураження міокарда в разі системних захворювань сполучної тканини, тиреотоксикозу, а також внаслідок перенесеного міокардиту, перикардиту. У рідкісних випадках ХСН у вагітних спричинена ішемічною хворобою серця. Така досить відмінна від загальнопопуляційної нозологічна структура ХСН пов'язана з молодим і середнім віком вагітних, в якому майже не спостерігається коронарогенне ураження серця – домінуюча причина міокардальної недостатності у населення в цілому.

У кардіологічній практиці вирізняють певні клінічні варіанти ХСН, від чого залежить клінічна симптоматика і диференційоване лікування.

Лівосерцева, або «лівобічна», СН зумовлює застій крові у малому колі кровообігу. У переважній більшості випадків лівосерцева – це лівошлуночкова недостатність, зрідка лівопередсердна (мітральний стеноз, міксома лівого передсердя).

Правосерцева, майже завжди правошлуночкова, СН характеризується застійними явищами у великому колі кровообігу – збільшенням печінки, периферійними набряками, наявністю рідини у порожнинах тіла (плевральна, черевна, а також у перикарді). У формі ізольованої правошлуночкової недостатності трапляється за наявності ідіопатичної легеневої гіпертензії, легеневого серця, стенозу легеневої артерії.

Тривало існуюча лівосерцева недостатність згодом «ускладнюється» вторинною правосерцевою. Такий стан називають «тотальною», або *бівентрикулярною*, СН. Інколи вона виникає первинно, коли є виражене ураження міокарда обох шлуночків, наприклад у разі дифузного міокардиту.

СН поділяють на систолічну і діастолічну. По-іншому ці варіанти називають СН зі зниженою або збереженою фракцією викиду (ФВ), причому йдеться зазвичай про ФВ лівого шлуночка. *Систолічну* СН встановлюють, якщо ФВ менше 45%. У цих випадках СН зумовлена значним зменшенням серцевого викиду через зниження інотропної (скоротли-

вої) функції міокарда. Систолична СН розвивається у хворих на дилатаційну кардіоміопатію, дифузний міокардит, мітральну та аортальну недостатність (у пізній стадії вади).

Діастолічна СН спричиняється зменшенням серцевого викиду внаслідок неадекватного наповнення лівого або, рідше, правого чи обох шлуночків. У цих випадках ФВ нормальна, інколи навіть підвищена, проте істотно змінюються доплерометричні показники трансмітрального і легеневого венозного кровотоку. Типовими прикладами діастолічної СН є гіпертрофічна кардіоміопатія, артеріальна гіпертензія, мітральний стеноз.

Як вже зазначалося вище, синдром ХСН – це прояв невідповідності серцевого викиду метаболічним потребам організму. Причому в переважній більшості випадків (>95%) – внаслідок зниження серцевого викиду. Проте існують клінічні ситуації, за яких ознаки серцевої недостатності виникають, незважаючи на *підвищений хвилинний об'єм кровообігу* (гіперкінетичний тип гемодинаміки). Такий стан виникає на певному етапі хвороби, коли серцевий викид, залишаючись вище нормального, стає нижче, ніж був у хворого раніше, тобто до появи клінічних проявів СН, а метаболічні потреби тканин організму є неадекватно вищими. До рідкісних хвороб із ХСН, що виникає при гіперкінетичному типі кровообігу, належать тиреотоксикоз, тяжка анемія, хвороба Педжета.

Класифікація

Класифікація ХСН, прийнята в Україні (2000), передбачає визначення стадії, варіанта та функціонального класу.

Клінічні стадії ХСН повністю відповідають стадіям хронічної недостатності кровообігу за класифікацією М.Д. Стражеска і В.Х. Василенка (1935).

I стадія (початкова) – клінічні прояви СН (задишка, тахікардія, стомлюваність) виникають лише під час фізичного навантаження; у стані спокою гемодинаміка і функції органів не порушені.

II стадія (тривала) – порушення гемодинаміки у вигляді застійних явищ у малому або/та великому колі кровообігу є у стані спокою. Ця стадія СН поділяється на два періоди:

IIА – початок тривалої стадії характеризується помірними порушеннями кровообігу переважно за одним колом, відзначається порушення функції одного або більше відділів серця;

IIБ – кінець тривалої стадії, що проявляється глибокими порушеннями гемодинаміки у малому і великому колі та функцій усіх відділів серцево-судинної системи.

III стадія (кінцева, дистрофічна) – тяжкі порушення гемодинаміки асоціюються зі стійкими необоротними змінами метаболізму, структури і функції органів і систем організму.

Можна сказати, що видатні вітчизняні терапевти, пропонуючи в 1935 році свою класифікацію, заклали до неї такий запас міцності, якого вже вистачило на 77 років (унікальний випадок у клінічній медицині XX–XXI століть) і, мабуть, ще вистачить надовго. Єдине, чого не передбачили наші попередники, – це глобалізації світу, яка вимагає від нас розмовляти однією професійною мовою з нашими закордонними колегами. А оскільки за кордоном вживається термін «серцева недостатність», а не «недостатність кровообігу», Асоціація кардіологів України змінила одне слово у класифікації Стражеска–Василенка.

Варіанти ХСН – систолічний або з систолічною дисфункцією лівого шлуночка (ФВ $\leq 45\%$) і діастолічний або зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка (ФВ $> 45\%$).

Зазначимо, що за кордоном більше вживаються другі, менш лаконічні назви, хоча нам уявляються доцільнішими саме перші, тому що порушення як систолічної, так і діастолічної функції може на певному етапі хвороби стосуватися ізольовано правого шлуночка. Отже, терміни «систолична» і «діастолічна» СН є універсальнішими.

Функціональні класи (ФК) за критеріями NYHA (Нью-Йоркської асоціації серця):

I ФК – звичайні фізичні навантаження не викликають клінічних проявів СН – задишки, втоми, серцебиття (хвороба серця не спричиняє обмежень звичайної повсякденної фізичної активності);

II ФК – звичайні фізичні навантаження викликають задишку, втому, серцебиття (помірне обмеження фізичної активності);

III ФК – незначні фізичні навантаження викликають задишку, втому, серцебиття, але у стані спокою скарги відсутні (значне обмеження фізичної активності);

IV ФК – дискомфорт через клінічні прояви СН є у стані спокою, будь-які фізичні навантаження викликають посилення задишки, втоми, серцебиття (вимушена відсутність фізичної активності).

Слід зазначити, що в медичній літературі та наукових доповідях кардіологів нерідко фігурує словосполучення «функціональний клас серцевої недостатності». На нашу думку, правильніше казати «функціональний клас пацієнта», оскільки критерії NYHA характеризують толерантність власне хворого до фізичних навантажень, тобто його стан. На підставі цього роблять висновок про ступінь або вираженість хвороби серця, що спричиняє обмеження. Тому коректніше «ФК пацієнта» з кардіологічною патологією, а не «ФК серцевої недостатності».

Чи доцільно в діагнозі одного й того самого хворого зазначати і стадію СН, і ФК? Адже в країнах, де не користуються класифікацією Стражеска–Василенка, для характеристики синдрому СН використовують лише критерії ФК пацієнта. Гадаємо, що доцільно. Асоціація кардіологів України слушно відмічає, що стадія СН віддзеркалює «етап клінічної еволюції цього синдрому, а ФК пацієнта є динамічною характеристикою, що може змінюватися під впливом лікування». Отже, стадія – це стала характеристика і, з точки зору провідних вітчизняних кардіологів, прогредієнтна, тобто здатна еволюціонувати тільки в одному напрямку – від нижчого до вищого, а функціональний клас – рухлива, що може змінюватися як у бік підвищення, так і в бік зменшення.

Отже, поняття „стадія СН” і „ФК” не є тотожними, але між ними існує відповідність. Так, клінічному стану, коли хвороба серця є, а клінічних проявів СН немає, відповідає I ФК. (У дужках зазначимо, що в класифікації Стражеска–Василенка відсутня нульова стадія СН, отже, у випадку, коли у хворого перший ФК – це має бути єдина характеристика серцевої недостатності. На практиці ж лікарі дуже часто в діагнозі зазначають «СН0, I ФК», і це досить точно характеризує клінічну ситуацію, хоча є певним відхиленням від оригіналу вітчизняної класифікації СН за Стражеском–Василенком). Першій стадії СН відповідає II ФК, але під впливом адекватного лікування останній може стати першим. Відповідно, IIА стадія без лікування проявляється III ФК, а на фоні тривалого адекватного лікування – II ФК, іноді – навіть I ФК. Стадія IIБ первинно відповідає IV ФК, на фоні лікування – III ФК, зрідка – II ФК; III стадія – IV ФК, на фоні терапії – іноді III ФК.

До ускладнень ХСН відносять аритмії, тромбози і тромбоемболії, пневмонію, ниркову недостатність, печінкову (гепатоцелюлярну) недостатність, серцеву хахексію.

Тактика ведення вагітності та пологів

ХСН є основною характеристикою хвороби серця, яка визначає акушерську тактику на всіх етапах спостереження вагітних, роділей і породілей. Згідно з національним клінічним протоколом «Ведення вагітності та пологів у жінок з хворобами серця», затвердженим наказом МОЗ України від 28 січня 2011 р. № 42, наявність СН IIА, IIБ чи III

стадії є показанням до *переривання вагітності* до 12 тиж. Пізні переривання (до 22 тиж) пропонують і, у разі згоди, виконують хворій із СН ІІБ або ІІІ стадії. Слід підкреслити, що вагітні з такими хворобами серця, які зумовлюють ІІБ чи ІІІ стадію ХСН, входять до категорії вкрай високого материнського ризику (ІV ступень). На щастя, таких хворих серед вагітних жінок дуже мало, але в них, незважаючи на всі зусилля лікарів, є висока імовірність смерті під час вагітності або впродовж 42 діб після її закінчення.

Жінки, в яких немає жодних клінічних проявів серцевої недостатності (СНО, І ФК), можуть *спостерігатися* і народжувати за місцем мешкання. Кардіологічні хворі з маніфестною серцевою недостатністю акушерську (перинатальну) допомогу мають отримувати в закладах ІІІ рівня.

За відсутності ознак СН *пологи ведуть* відповідно до акушерської ситуації. За наявності СН І стадії в більшості випадків пологи відбуваються без кардіологічних ускладнень і не потребують оперативних акушерських втручань. Проте жінки із СН І стадії потребують спостереження терапевта (кардіолога) під час пологів, і в разі погіршення стану спеціаліст вирішує питання не тільки щодо адекватної терапії, а й доцільності укорочення потуг. Вагітним із ХСН ІІА стадії під час пологів показане планове укорочення/ослаблення потуг шляхом накладання вихідних акушерських щипців, а хворим з ІІБ і ІІІ стадіями – виключення потуг із застосуванням порожнинних щипців. До того ж, за міжнародними стандартами, хворим останньої категорії необхідно проводити під час пологів інвазивний моніторинг внутрішньосерцевої і центральної гемодинаміки.

Коментуючи вищевведені рекомендації, слід зупинитися на кількох важливих моментах. Перше. Хворі, які наприкінці вагітності мають СН ІІА стадії, спостерігаються у спеціалізованій кардіоакушерській клініці не так вже й рідко. Згідно з нашими нормативними документами, їм, дійсно, показане укорочення потуг. Проте, у сучасних умовах, завдяки адекватному лікуванню, що підтримує другий функціональний клас пацієнтки, і застосуванням епідуральної анестезії під час пологів, при СН ІІА стадії нерідко вдається уникнути накладання акушерських щипців.

Друге. Вагітні з СН ІІБ і ІІІ стадій, як вже кілька разів зазначалося, – це вкрай тяжкі хворі з високим ризиком не тільки материнських, а й перинатальних ускладнень. У більшості випадків у них дуже істотно страждає плід, спостерігається затримка утробного росту і дистрес. До того ж стан самої жінки або/та плода змушують лікарів приймати рішення про дострокове розродження. У таких умовах операція застосування порожнинних акушерських щипців (що є досить травматичною навіть для доношеного й добре розвинутого плода) стає з акушерської точки зору неприйнятною. Тому, з огляду на інтереси дитини, планом ведення пологів обирають кесарів розтин. Проте таке рішення не є ідеальним і, на жаль, не забезпечує мати та не гарантує виживання дитини. Кардіологічні хворі, які, згідно з наказом № 42, віднесені до категорії ІV ступеня ризику, за будь-якого способу розродження потенційно загрозливі щодо материнської смерті.

Третє. Ані стадія СН, ані ФК пацієнтки як такі не є показанням до абдомінального розродження, тому що не існує доказів, що кесарів розтин дозволяє поліпшити наслідки вагітності для матерів з некомпенсованою гемодинамікою. Натомість є достатньо даних, що свідчать про підвищення ризику гострих кардіологічних ускладнень у разі кесарева розтину порівняно з вагінальними пологами. Планове абдомінальне розродження застосовують лише в тих випадках, коли характер серцево-судинної патології обумовлює ризик виникнення життєзагрозливих ускладнень безпосередньо під час переймів та/або потуг. Загальновизнано, що саме така клінічна ситуація є у хворих на коарктацію аорти, аневризму аорти чи іншої круп-

ної артерії, констриктивний перикардит, а також у хворих з глибоким ураженням міокарда лівого шлуночка, яке проявляється зниженням фракції викиду <40%. Відзначу, що суворих наукових доказів обґрунтованості навіть цих обмежених і рідкісних показань не існує. Є спорадичні поодинокі спостереження несприятливого закінчення вагінальних пологів у жінок з вищезазначеними патологіями, вони й стали підставою для визнання планового кесарева розтину оптимальним (безпечнішим) способом розродження таких хворих. А скільки було випадків успішного розродження через природні пологові шляхи при цих хворобах? Не відомо. Переглянути перелічені вище кардіологічні показання можна було б, виконавши спеціальне рандомізоване контрольоване дослідження, але провести його неможливо, оскільки воно не відповідає біоетичним принципам: не можна піддавати будь-якому ризику життя жінки, якщо на сьогодні є хоч-якісь підстави його, тобто ризик припускається. Отже, залишається єдине – сподіватися на накопичення переконливої кількості спорадичних спостережень, які б дозволили спростувати доцільність кесарева розтину в таких хворих. Навряд чи за наявності нормативно закріплених показань саме до такого способу розродження можна очікувати необхідної кількості спостережень найближчим часом.

І останнє, четверте, – про роль і місце операції вакуум-екстракції плода в розродженні хворих із СН. Вони такі ж самі, як взагалі в акушерстві: вакуум-екстракцію застосовують для прискорення народження дитини виключно в екстремному порядку і за акушерськими показаннями. У кардіоакушерській клініці операції акушерських щипців і вакуум-екстракції не є конкурентними, оскільки лише перша здатна „виключити” потужну діяльність і, таким чином, істотно зменшити навантаження на серце у другому періоді пологів. Тому, плануючи розродження кардіологічної хворої, саме цю операцію в разі необхідності передбачають виконати. Відоме і цілком науково обґрунтоване положення, згідно з яким „у клінічних ситуаціях, коли можна виконати і операцію накладання щипців, і вакуум-екстракцію плода, перевагу слід надавати вакуум-екстракції”, не розповсюджується на випадки, коли втручання виконується за кардіологічними показаннями з боку матері.

Наявність і стадія СН визначають також можливість *грудного вигодовування*. У разі відсутності СН та при СН І стадії хворій дозволяють лактацію. Якщо СН ІІА стадії, питання вирішують індивідуально, залежно від стабільності стану породіллі, її ФК, об'єму медикаментозної терапії, а також з урахуванням ставлення жінки до можливого припинення лактації. Лікар має повідомити хвору, що грудне вигодовування дитини може сприяти декомпенсації, підвищенню ФК. Пацієнткам з СН ІІБ та ІІІ стадій лактація протипоказана, і їм слід наполегливо пропонувати утриматися від грудного вигодовування дитини.

У національному протоколі зазначено терміни перебування хворої після пологів в акушерському стаціонарі залежно від стадії СН. За відсутності клінічно явної СН породіллі виписують на 3–5-ту добу, у разі СН І стадії – на 6–7-му, ІІА стадії – на 8–10-ту добу. Питання щодо виписки після пологів хворих з СН ІІБ і ІІІ стадіями вирішують індивідуально, у більшості випадків породіллі переводять до іншого спеціалізованого стаціонару – кардіологічного, інколи – кардіохірургічного.

Лікування

Лікування СН у вагітних має істотні особливості та обмеження.

Етіотропне лікування є можливим лише у поодиноких випадках. Планове хірургічне лікування вад серця під час вагітності в Україні, на жаль, дотепер не набуло достатніх обсягів. Широко в нас виконують лише ті кардіохірургічні втручання, які не потребують екстракорпорального кровообігу. Фактично безвідмовно сьогодні проводять планову

мітральну комісуротомію або ендovasкулярну мітральну вальвулопластику (усувають мітральний стеноз), ендovasкулярні дилатації з приводу клапанного стенозу легеневої артерії і меншою мірою – аортального стенозу та коарктації аорти. Ефективність лікування СН у цих випадках досить висока. Операції зі штучним кровообігом, зокрема протезування клапанів серця, радикальна корекція вроджених вад, хірургічне усунення обструкції виносного тракту лівого шлуночка та інші, проводять дуже рідко, здебільшого у випадках безпосередньої загрози життю вагітної. Проте такі операції цілком можливі, і за кордоном їх виконують значно частіше.

Певною мірою до методів етіотропної терапії СН належить нормалізація або зниження до оптимального для вагітних рівня артеріального тиску при гіпертензивному серці. Зазначимо, що клінічно маніфестна СН у вагітних з гіпертонічною хворобою буває рідко, а ефективність антигіпертензивної терапії як засобу лікування СН доволі невисока.

У хворих на ревматизм та системні захворювання сполучної тканини з високою активністю запального процесу роль етіотропної терапії СН виконує протизапальне лікування. Останнє, щоправда, має під час вагітності істотні обмеження у зв'язку з негативним впливом на плід, а побічні ефекти (затримка рідини, підвищення тиску, гіпокаліємія, ін.) можуть нівелювати позитивний ефект щодо зменшення проявів СН.

Оскільки в більшості випадків радикальне усунення причини ХСН неможливе, виникає необхідність спеціального призначення патогенетичного і симптоматичного лікування синдрому СН як такого.

Харчування і питний режим. Усім вагітним із СН рекомендують обмежити споживання кухонної солі до 3 г на добу, що досягається виключенням з раціону солоних продуктів та відмовою від досоловання готової їжі. Споживання рідини жінками з гемодинамічно стабільною ХСН має обмежуватися помірно – до 2 л на добу. У разі декомпенсації гемодинаміки має бути більш жорсткий контроль водного балансу, а рідину, що споживається, обмежують до 1–1,2 л на добу. Їжа має бути висококалорійною та містити достатньо білка, калію та магнію. Під час вагітності не рекомендують обмежувати добову калорійність раціону пацієнток з надмірною масою тіла.

Режим фізичної активності в разі гемодинамічно стабільної ХСН обирає сама пацієнтка. Фізична активність має бути регулярною, але в таких межах, аби не спричинити задишки і серцебиття. Можливе призначення легких/помірних аеробних фізичних вправ у регулярному режимі. У разі некомпенсованої СН з явищами затримки рідини в організмі вагітній призначають ліжковий або палатний режим із суворим обмеженням фізичної активності.

Пацієнткам, які завагітніли з ХСН ІІА стадії чи вище і відмовляються від переривання, доцільно рекомендувати *вакцинацію* проти грипу та пневмококової пневмонії. Особливо важливе значення цей захід має в пацієнток з ціанотичними вадами серця та з високою легеневою гіпертензією.

Слід пам'ятати, що вагітним з ХСН не бажано застосовувати медикаментозні засоби, які можуть спричинити дестабілізацію гемодинаміки, а саме: глюкокортикоїди (затримка рідини, гіпокаліємія, підвищення АТ у гіпертензивних хворих), нестероїдні протизапальні препарати (погіршення ниркового кровотоку із затримкою рідини, ослаблення терапевтичної дії діуретиків), антиаритмічні препарати І класу (кардіодепресивна дія, аритмогенний ефект), антагоністи кальцію (верапаміл, дилтіазем – поглиблення систолічної дисфункції лівого шлуночка, ніфедипін, інші дигідропіридинові – активація симпатоадреналової системи). Останнє засте-

реження стосується лише систолічного варіанта СН, натомість при діастолічній СН антагоністи кальцію (переважно недигідропіридинові) є рекомендованими.

Усі фармакологічні препарати, які застосовують для поліпшення гемодинаміки, підвищення толерантності до фізичних навантажень, покращання якості життя і, зрештою, збільшення тривалості життя у хворих на ХСН, принципово поділяють на симптоматичні засоби і нейрогуморальні антагоністи. До перших відносять діуретики і серцеві глікозиди, до других – інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ), β-адреноблокатори, антагоністи альдостерону і блокатори рецепторів ангіотензину II. Читач може оцінити драматизм ситуації, в якій опиняється кардіолог в акушерстві: із шести груп препаратів вагітним із певними і досить суттєвими застереженнями можна призначити три – діуретики, глікозиди, β-блокатори, а три категорично протипоказані. А з чотирьох груп найбільш важливих, можна сказати базисних, засобів – нейрогуморальних антагоністів – доступною є лише одна. Зауважимо, що за сучасними стандартами лікування ХСН із систолічною дисфункцією лівого шлуночка, кожний хворий має отримувати інгібітор АПФ, а в разі його непереносимості – блокатор рецепторів ангіотензину II. Отже, інгібітори АПФ – це ключова ланка фармакотерапії ХСН, але під час вагітності не застосовує.

Діуретики показані всім хворим з СН і ознаками затримки рідини в організмі. У вагітних – це вимушена міра, оскільки добре відомо, що препарати цієї групи зменшують плацентарно-плодову перфузію і таким чином можуть погіршувати стан плода. Але у випадках застійної СН іншого виходу немає. Із діуретиків під час вагітності найчастіше застосовують фуросемід і гідрохлортиазид.

Дигоксин – єдиний представник серцевих глікозидів, щодо якого є переконлива доказова база ефективності при ХСН. Досвід його застосування в акушерстві дуже великий. Безумовним показанням до призначення дигоксину є ХСН у хворих з постійною формою фібриляції передсердь. Окрім того, його доцільно застосовувати у пацієнток з ХСН ІІБ і ІІІ стадій, навіть при синусовому ритмі.

β-адреноблокатори показані всім хворим з клінічно маніфестною систолічною СН (ФК ІІ–ІV) у період гемодинамічної стабільності. Не слід призначати β-блокатори, якщо у вагітної спостерігається прогресування СН, є декомпенсація. Серед численних представників цієї групи при ХСН використовують лише чотири: бісопролол, метопрололу сукцинат (не тартрат!), небіволол і карведилол. Звертаємо увагу читача, що в офіційній інструкції з методичного застосування кожного з цих препаратів, так само як і в Державному формулярі лікарських засобів України, вагітність зазначена як протипоказання до їх призначення. Проте β-блокатори, незважаючи на відомі побічні ефекти з боку плода (затримка утробного росту) і матки (утеротонічна дія, особливо в разі використання високих доз), рекомендовані вагітним багатьма міжнародними і європейськими настановами. Особливістю застосування β-блокаторів у разі систолічної СН є „титрування” дози – дуже повільне, упродовж кількох тижнів підвищення дози від зовсім низької до цільової підтримувальної. Під час вагітності, коли лікарі прагнуть якнайшвидше досягти лікувального результату, „титрування” видається незручною технологією. Проте починати призначення β-блокаторів з високих, гемодинамічно ефективних доз вагітній із систолічною СН не можна, оскільки це потенційно загрожує поглибленням декомпенсації. Отже, відносно швидкого ефекту досягають іншими засобами (сечогінні, дигоксин, інколи периферійні вазодилататори), а β-блокатори призначають у розрахунок на повільний, але довготривалий результат. Ці препарати не використовують у разі гострої СН і, навіть, у період нестабільної гемодинаміки

при ХСН, коли є потреба в активній діуретичній терапії, а також внутрішньовенній інотропній терапії. Зазначимо, що в разі діастолічної дисфункції необхідності „титрування” дози β-блокаторів немає.

Окрім препаратів трьох вищезазначених груп, у деяких клінічних ситуаціях вагітним з ХСН призначають додаткові засоби. За наявності штучних механічних клапанів серця, постійної або персистоуючої форми фібриляції передсердя, підтвердженого тромбозу лівого передсердя або інших камер серця чи глибоких вен, а також у край високої легеневої гіпертензії (синдром Ейзенменгера, ідіопатична легенева гіпертензія) показана постійна *антикоагулянтна терапія*. Її проведення під час вагітності має певні особливості, пов'язані з тим, що непрямі антикоагулянти – антагоністи вітаміну К 1) мають виражену тератогенну дію, отже у І триместрі можуть спричинити типові множинні вади розвитку; 2) проникають крізь плаценту, накопичуються в організмі плода і здатні викликати внутрішньочерепні геморагічні ускладнення у новонародженого, особливо недоношеного; 3) дуже повільно виводяться з організму і створюють реальну загрозу тяжкої неконтрольованої маткової кровотечі під час пологів та/або в післяпологовий період.

Виходячи з цього, хворим вище перелічених категорій у І триместрі призначають стандартний нефракціонований гепарин (дотепер офіційно рекомендований усіма міжнародними настановами, що стосуються вагітних) або низькомолекулярний гепарин (емпіричний досвід безпечного застосування в І триместрі вже досить великий); від 13-го тижня переходять на варфарин, контролюючи показник міжнародного нормалізованого відношення (підтримувати 2,0–3,0); у 37–38 тиж його відмінюють і знову починають вводити прямий антикоагулянт.

Вагітним з явищами застою переважно у малому колі кровообігу в період дестабілізації ХСН призначають *нітрати*. Вони дозволяють пришвидшити ліквідацію застою в легенях і покращують суб'єктивний стан таких

пацієнток. Обов'язковою умовою призначення нітратів є систолічний тиск вище 100 мм рт.ст. Препарати приймають нетривало і відмінюють після досягнення гемодинамічного і клінічного ефекту.

Лікування ХСН з діастолічною дисфункцією лівого або, зрідка, правого шлуночка передбачає значно обережніше застосування діуретиків (гіповолемія призводить до подальшого зменшення діастолічного наповнення шлуночків), натомість ширше і починаючи відразу з ефективних доз вживання β-блокаторів, можливість за непереносимості останніх призначення недигідропіридинових антагоністів кальцію.

Кваліфіковане ведення пацієнток з ХСН за вищевикладеними принципами є, з одного боку, запорукою сприятливого закінчення в них вагітності в більшості випадків, з іншого – свідченням високого рівня освіченості лікаря. Гостра СН у вагітних – не менш актуальна сучасна кардіоакшерська проблема, і вона заслуговує на окрему велику статтю, яку автор планує згодом опублікувати в часописі «Здоров'я жінки».

ЛІТЕРАТУРА

1. Аналіз випадків смерті жінок в Україні під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді за 2010 рік та шляхи їх профілактики (циркулярний лист Департаменту охорони материнства, дитинства і санаторної справи МОЗ України). – К., 2011.
2. Наказ МОЗ України від 28 січня 2001 р. № 42 «Про затвердження клінічного протоколу «Ведення вагітності та пологів у жінок з хворобами серця».
3. Настава з кардіології /За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОПОН, 2009. – 1368 с.
4. Стан здоров'я жіночого населення в Україні за 2010 рік /Гол. ред. О.В. Аніщенко. – К.: МОЗ України, 2011. – 225 с.
5. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy. The Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of European Society of Cardiology (ESC) //Eur. Heart. J. – 2011, doi: 10.1093/eurheartj/her 218.

ТЕСТОВІЕ ВОПРОСИ

1. Які фізіологічні зміни, що відбуваються в організмі вагітної, сприяють прогресуванню серцевої недостатності?

2. Які хвороби серця найчастіше спричиняють серцеву недостатність у вагітних?

3. Назвіть основні патофізіологічні механізми серцевої недостатності.

ДИСТАНЦІОННЕ ОБУЧЕННЯ

4. Чим клінічно відрізняються явища застою в малому і великому колах кровообігу?

5. Ураження якого відділу серця спричиняє застій у малому колі кровообігу?

6. Який рівень фракції викиду лівого шлуночка свідчить про явну систолічну дисфункцію?

7. Які характеристики синдрому серцевої недостатності презентуються у класифікації, рекомендованій Асоціацією кардіологів України?

8. Якій клінічній стадії серцевої недостатності відповідає перший функціональний клас пацієнта?

9. За якої стадії серцевої недостатності виношування вагітності є протипоказаним?

10. На яких рівнях акушерської допомоги мають народжувати жінки з різними стадіями серцевої недостатності?

11. Які стадії серцевої недостатності дозволяють жінці народжувати консервативно без будь-яких акушерських втручань у другому періоді?

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ

12. Чи є така стадія (стадії) СН, яка визначає необхідність розродження шляхом планового кесарева розтину? Якщо так, то яка (які)?

13. Чи може лікар, який веде пологи у хворій із серцевою недостатністю, обрати на свій розсуд операцію для укорочення потуг – акушерські щипці чи вакуум-екстракцію?

14. Чи слід рекомендувати хворій із серцевою недостатністю ІІА стадії відмовитися від грудного вигодовування?

15. Препарати яких груп, що традиційно застосовують у лікуванні хронічної серцевої недостатності, категорично протипоказані під час вагітності?

Для получения сертификата отправьте ксерокопию страниц с ответами вместе с контактной информацией по адресу редакции: 03039, Киев, ул. Голосеевская, 13, офис 6.

КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ:

Ф.И.О. _____

Место работы _____

Должность _____

Почтовый адрес: индекс _____ Область _____

район _____

город _____

улица _____

дом _____ квартира _____

Телефон _____ **e-mail** _____