

УДК 616.92-002.77/12:618.2/3

М.Г. НОГАЕВА, С.А. ТУЛЕУТАЕВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ХРОНИЧЕСКАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И БЕРЕМЕННОСТЬ

В статье представлено описание клинического случая беременной женщины с хронической ревматической болезнью сердца. Даны рекомендации по ведению беременных с данной патологией в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: хроническая ревматическая болезнь сердца, беременность.

Хронические ревматические болезни сердца (ХРБС) включают в себя ревматические пороки сердца (РПС) и хронический ревматический кардит. Среди болезней системы кровообращения эта патология занимает место после артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС), инсульта. В некоторых странах мира у лиц моложе 40 лет, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), ХРБС являются наиболее частой причиной летальных исходов [1]. Возникнув после острой ревматической лихорадки (ОРЛ) и ревмокардита, ХРБС протекают с развитием хронической сердечной недостаточности (ХСН), аритмий сердца, тромбозов и тромбоземболий, которые в итоге определяют прогноз заболевания. Тактика ведения и лечения пациентов с ХРБС обязательно входит в современные программы по борьбе с ССЗ и остается в центре внимания врачей-терапевтов, педиатров, ревматологов, кардиологов, кардиохирургов.

По данным женской консультации (ЖК) Городской поликлиники (ГП) №5 ССЗ занимают в составе экстагениальной патологии (ЭГП) 5%, из них 2,4% ХРБС. Ревматический процесс чаще обостряется во второй половине беременности и оказывает неблагоприятное влияние на развитие плода: гипоксия плода, внутриутробная смерть, недоношенность, асфиксия новорожденных, пороки развития (Шехтман М.М., 2008). Ревматические пороки сердца составляют 75-90% всех поражений сердца у беременных, несмотря на снижение ревматических пороков сердца, ХРБС не утратила своей актуальности в период беременности.

Описание случая

Пациентка О., 34 года, находилась под наблюдением в ЖК ГП №5 в 2013 году с диагнозом: беременность 34-35 недель, отягощенный акушерский анамнез. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Недостаточность митрального, трикуспидального, аортального клапанов с регургитацией I степени. ХСН I, ФК 2 степени. Анемия легкой степени. Хронический двусторонний пиелонефрит, ремиссия. Хронический панкреатит, ремиссия. Варикозное расширение вен нижних конечностей I степени.

Жалобы на одышку, усиливающиеся при физической нагрузке, сердцебиение, общую слабость.

Anamnesis morbi: беременности три, в 2009 году срочные роды без осложнений, родилась девочка весом 2950,0 г; в 2010 году медицинский аборт в сроке 8-9 недель; в 2013 году данная беременность наступила самопроизвольно. С 15-16 недель по данной беременности состояла на диспансерном учете по месту жительства в г. Талдыкурган. Токсикоз в I половине беременности. Ревматическая атака в детском возрасте, получала вторичную профилактику в течение 5 лет. С 2005 года хронический пиелонефрит. Перенесенные заболевания: хронический эндофрит, хронический бронхит, хронический гайморит.

В 32-33 недели беременности была госпитализирована в городскую больницу г. Текели с жалобами на одышку,

усиливающуюся при физической нагрузке, резкую слабость, боль в области сердца колющего характера. Было проведено лечение бензилпенициллином 1,0x4 раза в день – 7 дней, кардиопротекторы, антикоагулянты, диуретики. В 32-33 недели взята на учет по беременности в ГП г. Алматы.

С 5.04 по 15.04. 2014 года с профилактической целью со сроком беременности 36-37 недель была госпитализирована в ГКП на ПВХ (городской перинатальный центр). Выписана в удовлетворительном состоянии, под наблюдение врача ЖК.

Anamnesis vitae: росла и развивалась соответственно возрасту. Болезнь Боткина, туберкулез, кожно-венерические заболевания отрицает. Гемотрансфузии не было. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез: отрицательный.

Status praesens: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной розовой окраски, чистые. Язык влажный, зев чистый. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правильное телосложения, умеренного питания. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Границы относительной тупости: правая на 1 см снаружи по правому краю грудины, левая – по среднеключичной линии на 1,5 см. снаружи, верхняя – III межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке сердца. АД 110/70 мм рт. ст. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот увеличен в объеме за счет беременности. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.

В клиническом анализе крови беременной были отмечены анемия легкой степени, в моче протеинурия (0,033 г/л), бактериурия (*St. Haemolyticus* 10⁵ КОЕ/мл). Ревмопробы отрицательные. Коагулограмма: ПТИ 119%, фибриноген 4,5 г/л. ЭхоКГ: полости сердца не увеличены. Сократительная способность миокарда левого желудочка не нарушена. Фракция выброса 66%. Тахикардия 91 удар в минуту, митральная регургитация первой степени. Минимальная недостаточность митрального клапана, трикуспидальная регургитация первой степени.

Консультации специалистов: окулист – глазное дно в норме, лор-врач – хронический тонзиллит, хронической риносинусит. Стоматолог – полость санирована. Эндокринолог – аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз. Хирург – варикозное расширение вен нижних конечностей. Кардиолог – ХРБС. Недостаточность митрального, трикуспидального, аортального клапанов с регургитацией I степени. ХСН I, ФК 2 степени. Ревматолог – ХРБС. Недостаточность митрального, трикуспидального, аортального клапанов с регургитацией I степени. ХСН I, ФК 2 степени. Ангиохирург – варикозное расширение вен нижних конечностей I степени.

Родоразрешение в срок, самостоятельные. Ребенок весом 2800,0 г, по шкале Апгар 7-8 баллов. Послеродовый период у пациентки протекал без осложнений.

Результаты

ЖК должна взять под строгое диспансерное наблюдение каждую беременную, у которой выявлено заболевание сердечно-сосудистой системы. Для уточнения диагноза, оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы необходимо (вплоть до госпитализации) углубленно обследовать каждую беременную, применяя современные методы исследования и привлекая к консультации врачей смежных специальностей. Беременные с заболеваниями сердца должны наблюдаться врачом ЖК не реже 1 раза в месяц в первой половине беременности и 1 раз в 2 нед. во второй ее половине, а с 32-34-й недели беременности – еженедельно. При обострении или ухудшении состояния осмотр осуществляют значительно чаще, по показаниям. Основой правильного ведения и лечения беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями является точная нозологическая диагностика, учитывающая этиологию болезни. В каждом случае следует оценить функциональные возможности миокарда с помощью исследований гемодинамики и проведения проб с дозированной физической нагрузкой. При ревматических поражениях сердца необходимо определить и степень активности ревматического процесса (её следует определять трижды – в наиболее частые периоды обострения ревматизма у беременных: в первые 3 и последние 2 мес. беременности, а также после родов). С учетом того, что наибольшие нагрузки на сердечно-сосудистую систему происходят на 7-8 акушерских месяцах беременности и во время родов, беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимо госпитализировать не менее 3 раз. Первая госпитализация показана на 8-10-й неделе беременности для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности сохранить беременность. Повторные плановые госпитализации следует проводить на 28-29-й неделе беременности и на 37-38-й неделе для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения [2]. Клинический опыт показывает, что женщины с различными пороками сердца обращаются к врачу при любом сроке беременности, с различной тяжестью состояния. Поэтому возникает необходимость в выборе тактики индивидуально для каждой женщины. Существуют общие критерии, на которые следует опираться при выборе тактики: 1) вид и тяжесть порока сердца, 2) степень активности ревматического процесса, 3) сроки беременности, 4) сопутствующая акушерская патология, 5) желание женщины иметь ребенка. Беременность не является противопоказанием к проведению очередного курса бициллинопрофилактики.

Обсуждение

При наступлении и вынашивании беременности у больных ревматическими заболеваниями (РЗ) следует отметить, что благоприятному течению болезни во время гестации и после родоразрешения, а также улучшению исходов беременности для матери и ребенка будет способствовать соблюдение следующих рекомендаций: проведение первичной профилактики (направленной на предотвращение развития острой ревматической лихорадки), вторичная профилактика (при уже имеющемся пороке сердца – направлена на предотвращение повторных ревматических атак и при прогрессировании заболевания).

Выводы

ХРБС до сих пор занимают важное место в структуре

сердечно-сосудистых заболеваний как у городского, так и сельского населения.

ХРБС с определенными пороками сердца на сегодняшний день не является противопоказанием для беременности и для самостоятельного родоразрешения, если со стороны беременной женщины и врачей соблюдаются основные требования:

- регулярное круглогодичное проведение бициллинотерапии (длительность устанавливает врач, исходя из тяжести поражения сердца);
- своевременная постановка на учет в ЖК (до 12-й недели беременности);
- регулярное посещение акушера-гинеколога (1 раз в месяц в 1-м триместре, 1 раз в 2-3 недели во 2-м триместре и 1 раз в 7-10 дней в 3-м триместре);
- при обострении РЗ терапию усиливают в соответствии со степенью активности болезни, а при наличии показаний госпитализируют больную. Вопрос о прерывании беременности, как и о способе родоразрешения, решают индивидуально.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Романенко В.В., Романенко З.В. Хронические ревматические болезни сердца: первичная и вторичная профилактика, тактика ведения и лечения // Медицинские новости. – 2009. – № 9. – С. 32-37
- 2 Машкунова О.В. Острая ревматическая лихорадка и хронические ревматические болезни сердца в современном аспекте // Учебно-методическое пособие. – Алматы. – 2008. – С. 73-75
- 3 Серманизова Г.К. Распространенность врожденных и приобретенных пороков сердца при беременности // Материалы международной научно-практической конференции: экстрагенитальная патология у беременных. Актуальные проблемы и пути решения. – Караганда. – 2013. – № 2. – С. 222-224
- 4 Ревматология: национальное руководство / под ред. акад. РАМН Насонова Е.Л., акад. РАМН Насоновой В.А. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 641-642

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

М.Г. НОҒАЕВА, С.А. ТӨЛЕУТАЕВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ЖҮРЕКТІҢ СОЗЫЛМАЛЫ РЕВМАТИКАЛЫҚ АУРУЫ ЖӘНЕ ЖҮКТІЛІК

Мақалада жүректің созылмалы ревматикалық ақауы бар жүкті әйелдің клиникалық жағдайы жазылған. Амбулаторлы жағдайда осындай патологиясы бар жүкті әйелді жүргізу тәсілдері туралы нұсқаулар берілген.

Негізгі сөздер: жүректің созылмалы ревматикалық ақауы, жүктілік.

S U M M A R Y

M.G. NOGAIEVA, S.A. TULEUTAIEVA

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

CHRONIC RHEUMATIC HEART DISEASE AND PREGNANCY

The article describes a clinical case of a pregnant woman with chronic rheumatic heart disease. Recommendations on the management of pregnant women with this disorder in an outpatient setting.

Key words: chronic rheumatic heart disease, pregnancy.