УДК 616.127

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИНЫ С ДВУСТВОРЧАТЫМ АОРТАЛЬНЫМ КЛАПАНОМ

Ловцева В.А.

Бюджетное учреждение здравоохранения Вологодской области «Череповецкий городской родильный дом», (БУЗ ВО "Чергорроддом"), проспект Луначарского, 50, Череповец, Вологодская область, Российская Федерация, 162600.

Основные положения

Описано два клинических случая ведения беременности у пациенток с двустворчатым аортальным клапаном с разницей в один год, позволившие накопить клинический опыт и отработать схему маршрутизации беременных пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Аннотация

В структуре экстрагенитальной патологии заболевания сердечно-сосудистой системы составляют около 10%. Диагностика и лечение данной категории пациенток в период беременности представляют определенные трудности, связанные с ограничением диагностических возможностей и с выбором медикаментозного лечения. Целью данной работы явилась передача опыта курации и маршрутизации беременных с врожденными пороками сердца в условиях женских консультаций для повышения качества оказываемой помощи врачами акушерами - гинекологами. Представлены описания двух клинических случаев пациентов, наблюдавшихся в Бюджетном учреждении здравоохранения Вологодской области «Череповецкий городской родильный дом», имевших врожденный порок сердца – двустворчатый аортальный клапан.

Ключевые слова. Беременность, врожденный порок сердца, двустворчатый аортальный клапан

Автор, ответственный за переписку: Ловцева В.А., пр. Луначарского, 50, г. Череповец, Вологодская область, Российская Федерация, 162600, lovsevavika@yandex.ru

Для цитирования: Ловцева В.А. Клинический случай ведения беременности у женщины с двустворчатым аортальным клапаном. Инновационное развитие врача. 2023;1: 42-46. doi: 10.24412/cl-37091-2023-1-42-46

Поступила в редакцию: 30.03.2023; поступила после доработки: 18.04.2023; принята к печати: 25.04.2023

MANAGEMENT OF A PREGNANT WOMAN WITH A BICUSPID AORTIC VALVE: A CASE REPORT

Lovtseva V.A.

Cherepovets City Maternity Hospital, Lunacharsky prospekt, 50, Cherepovets, Vologda region, Russian Federation, 162600.

Highlights

The paper describes two case reports of managing pregnant women with bicuspid aortic valve with a difference of one year, which made it possible to accumulate clinical experience and work out a routing pattern for pregnant patients with cardiovascular diseases.

Abstract

In the pattern of extragenital pathology, cardiovascular disease account for about 10%. Diagnosis and treatment of this category of patients during pregnancy presents certain difficulties associated with diagnostic limitations and the therapy choice. The purpose of this work was to transfer the experience of management and routing of pregnant women with congenital heart defects in antenatal clinics to improve the quality of care provided by obstetrician-gynecologists. We presents two cases of patients with congenital heart disease (bicuspid aortic valve) followed up in the Vologda Region Budgetary Healthcare Institution Cherepovets City Maternity Hospital.

Keywords. Pregnancy, congenital heart defects, bicuspid aortic valve

Corresponding author: Lovtseva V.A., Lunacharsky prospekt, 50, Cherepovets, Vologda region, Russian Federation, 162600, lovsevavika@yandex.ru

For citation: Lovtseva VA. Management of a pregnant woman with a bicuspid aortic valve: a case report. Innovative doctor's development. 2023;1: 42-46. doi: 10.24412/cl-37091-2023-1-42-46

Recieved:30.03.2023; **recieved in revised from: 18.04.2023;** **accepted: 25.04.2023**

Список сокращений

АД - артериальное давление,
АР - аортальная регургитация,
ВПС - врожденный порок сердца,
КТР - копчико-теменной размер,
МР - митральная регургитация,
ППС - приобретенный порок сердца,
ПЦ - перинатальный центр,
ССЗ - сердечно сосудистое заболевание,
ТР - трикуспидальная регургитация,
УЗИ - ультразвуковое исследование,
ФК - функциональный класс,
ХСН - хроническая сердечная недостаточность,
ЧСС - частота сердечных сокращений,
ЭКГ - электрокардиография,
ЭХОКГ - эхокардиография

Введение

В структуре экстрагенитальной патологии заболевания сердечно-сосудистой системы составляют около 10% и представлены врожденными и приобретенными пороками сердца (ВПС и ППС), аритмиями и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), диагностика и лечение которых в период беременности представляют определенные трудности, связанные не только с ограничением диагностических возможностей, но и с выбором медикаментозного лечения [1].

Частота ВПС составляет примерно 4-6% от общего количества ССЗ. В женской консультации № 2 БУЗ ВО "Череповецкий городской родильный дом" заболеваемость ВПС составляет от 0,3 до 0,5%, но остается стабильной на протяжении 6 лет. В абсолютных единицах — это курация 1 пациентки с ВПС в год. Диспансерное наблюдение осуществляет заведующий женской консультацией, что позволяет накопить и структурировать клинический опыт, а также отработать вопросы маршрутизации.

Цель - передача опыта курации и маршрутизации беременных с врожденными пороками сердца в условиях женских консультаций и поликлиник для повышения качества оказываемой помощи врачами акушерами - гинекологами.

Клинический случай №1

Пациентка Г. 29 лет обратилась в женскую консультацию с целью ведения беременности. Данная беременность вторая. Первая наступила на фоне обострения тяжелой формы распространенного псориаза, требовавшего лечения метотрексатом, в связи с чем было проведено прерывание беременности до 12 недель. При постановке на диспансерный учет жалоб не предъявляла. Гинекологический анамнез без особенностей. Из соматических заболеваний отмечает: перенесенные ОРВИ, краснуху, распространенный псориаз, миопию средней степени и врожденный порок сердца (какой именно не помнит). Кардиолога не посещала последние 4 года. Ранее наблюдалась ежегодно с проведением эхокардиографии (ЭХОКГ). Со слов, показаний к оперативному лечению не было.

Обследована в полном объеме согласно Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г.№ 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)". Отклонений от нормы не выявлено. Назначения: общий анализ мочи перед каждым визитом, ведение дневника АД и пульса, фолиевая кислота 400 мкг один раз в сутки до 16 недель, калия йодид 200 мкг один раз в сутки до и после родов [2].

При сроке беременности 13 недель выполнен комбинированный биохимический скрининг 1 триместра врачом-экспертом по пренатальной диагностике. Результаты скрининга: Беременность 13 недель 1 день. Маркеры хромосомных аномалий, врожденные пороки развития не выявлены. Индивидуальные риски по Трисомии 21, 18 и 13 - низкие. Скрининги 2 и 3 триместра проводились в установленные сроки врачами-экспертами по пренатальной диагностике. Дополнительно выполнялась допплерометрия при сроке беременности 28 недель. Признаки нарушения маточно-плодово-плацентарного кровообращения не выявлены.

Ведение беременности проводилось совместно с кардиологом. Пациентка посещала кардиолога регулярно, проводилось суточное мониторирование

ЭКГ и ЭХОКГ ежемесячно. Результат суточного мониторирования ЭКГ при сроке 21 неделя: за весь период мониторирования ЭКГ в динамике ЧСС: средняя ЧСС днем 85 ударов в 1 мин, минимальная 54, максимальная 157. Средняя ЧСС ночью 67 ударов в 1 мин, минимальная 41, максимальная 101. Циркадный индекс 1.3. Адекватный прирост ЧСС в течение суток на физическую нагрузку. За время исследования был зарегистрирован синусовый ритм с эпизодами синусовой тахикардии (5,6%), на фоне которого выявлены следующие нарушения ритма и проводимости сердца: одиночная наджелудочковая экстрасистолия (24), парные наджелудочковые экстрасистолы (1), групповые наджелудочковые экстрасистолы (1 эпизод), синоатриальная блокада 1:1 (6 эпизодов). Вариабельность сердечного ритма в течение суток сохранена. Значимых изменений интервала QT в течение суток не выявлено. Ишемических изменений сегмента ST в течение суток не выявлено. ЭХО-КГ: размеры левого предсердия на верхней границе нормы. Умеренная концентрическая гипертрофия левого желудочка. Зон нарушения локальной сократимости нет. Стенки аорты уплотнены. Аортальный клапан - двустворчатый, стенки умеренно фиброзированы по краю. Цветное допплеровское картирование и допплеркардиография: АР-1, МР-1, ТР - 0-1. Аортальный стеноз умеренно выраженный, компенсированный. Сократимость не снижена. Добавочная хорда в средней трети левого желудочка.

Осмотрена кардиологом, установлен диагноз: ВПС: двустворчатый аортальный клапан. Аортальный стеноз, умеренно выраженный. Беременность 9 недель.

Рекомендовано: ввиду высоких рисков осложнений ведение беременности и родоразрешение в условиях специализированной клиники.

Направлена в Перинатальный центр ФГБУ “НМИЦ им. В.А. Алмазова” Минздрава России. Окончательный диагноз: беременность 10 2/7 недель. ВПС: аортальный клапан функционирует как бикуспидальный. Тяжелый аортальный стеноз. АР 0. ХСН 0-1 ФК (NYHA). Псориаз, обострение средней степени. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Проведен перинатальный консилиум. Решение консилиума:

1. Пациентка 3 группы риска по сердечно-сосудистым осложнениям материнской летальности по шкале ВОЗ. Учитывая тяжесть сердечно-сосудистой патологии, с пациенткой проведена беседа о возможных осложнениях и рисках для здоровья, вплоть до летального исхода в случае пролонгирования беременности. Пациентке в доступной форме также разъяснены возможные последствия для состояния плода. Пациентка ознакомлена с решением консилиума, предложено досрочное родоразрешение. Пациентка категорически отказывается, настаивает на пролонгировании беременности. Подписан информированный отказ от медицинского вмешательства.

2. Учитывая категорический отказ от прерывания беременности, настоятельное желание пациента пролонгировать беременность, отсутствие жалоб, гемодинамически стабильное состояние пациентки, с учетом срока гестации в настоящее время может быть выписана на амбулаторный этап ведения под наблюдением кардиолога и акушера-гинеколога по месту жительства.

3. В настоящий момент рекомендовано ведение без кардиотропной терапии.

4. Контроль ЭХОКГ по месту жительства сразу и через 2-3 недели с последующей телемедицинской консультацией с ФГБУ "НМИЦ им В.А. Алмазова" или ранее при ухудшении самочувствия.

5. Контроль натрийуретического пептида через 2-3 недели.

6. Учитывая отсутствие клиники аортального стеноза, нормальное давление в легочной артерии, в настоящее время абсолютных показаний к хирургической коррекции порока нет. Повторное обсуждение необходимости кардиохирургического лечения после родоразрешения по результатам ЭХОКГ плановом порядке.

7. Госпитализация в ФСПЦ "НМИЦ им В.А. Алмазова" при сроке гестации 32 недели для дообследования и решения вопроса о сроках родоразрешения или ранее при ухудшении самочувствия.

Дальнейшее наблюдение проводилось в женской консультации по месту жительства. За весь период беременности показатели АД и ЧСС были в пределах нормы.

Пациентка родоразрешена в сроке 38 недель 1 день в ПЦ ФГБУ "НМИЦ им В.А. Алмазова". Диагноз: роды 1 срочные в 38 1/7 дней. ВПС: функционально двустворчатый аортальный клапан. Тяжелый аортальный стеноз. Псориаз обыкновенный, стационарная стадия. Варикозная болезнь. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Лапаротомия по Пфанненштилю. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Синдром системного воспалительного ответа.

Родился живой доношенный мальчик, вес - 3420 г, рост - 52 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Послеродовый период протекал физиологично.

В течение последующих двух лет проводилось динамическое наблюдение акушером-гинекологом и кардиологом. Кардиолог отмечает стабильное состояние. Рекомендовано диспансерное наблюдение 1 раз в год. Ребенок находится на диспансерном наблюдении педиатра и детского кардиолога. Ежегодно выполняется УЗИ сердца. Диагноз детского кардиолога: функциональный систолический шум (поперечные хорды в полости левого желудочка).

Клинический случай №2

Пациентка обратилась в женскую консультацию с запросом прерывания беременности по своему желанию. Повод для прерывания беременности: ВПС, планируемое оперативное лечение.

Диагноз: Беременность первая в сроке 8 недель 3 дня. ВПС. Бикуспидальный аортальный клапан. Аортальная недостаточность 3 ст. Аортальный стеноз 1 ст.

Данная беременность первая, самостоятельная. В анамнезе в течение 3 лет первичное бесплодие. В дальнейшем пациенткой принято решение о сохранении беременности. Для выработки тактики ведения направлена в гинекологическое отделение Перинатального центра БУЗ ВО “Вологодская областная клиническая больница” (ВОКБ).

При поступлении осмотрена кардиологом. Заключение: ВПС. Двухстворчатый аортальный клапан, аортальный порок с выраженной недостаточностью. ХСН - 1. Степень риска 2. Консультация кардиохирурга, заключение: ВПС. Бикуспидальный аортальный клапан. Недостаточность аортального клапана 3 ст. Аортальный стеноз 1 ст. Гестация 10 недель. Проведена телемедицинская консультация с ФГБУ "НМИЦ им. В.А. Алмазова". Заключение: Первобеременная, первородящая в 22 года прогрессирующей беременностью 10 недель, с ВПС, трикуспидальным аортальным клапаном, аортальной недостаточностью 3 ст., аортальным стенозом 1 ст.

По данным ЭХОКГ – аортальная недостаточность 3 ст., дилатация левого желудочка без снижения фракции выброса. Беременность ассоциирована с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений. Пациентка стратифицирована как 2-3 ст. mWHO. Согласно национальным рекомендациям по ведению беременности у пациентов с ССЗ 2018 г. в случае выраженной дилатации левого желудочка по данным ЭХОКГ (конечный диастолический размер более 5,5 см) у пациентов с аортальной недостаточностью беременность противопоказана [3,4].

Рекомендовано:

1. В случае пролонгации беременности по желанию пациентки, пациентка и ее семья должны быть предупреждены о возможном неблагоприятном прогнозе беременности и течения своего основного заболевания после родоразрешения.

2. Госпитализация в ПЦ "НМИЦ им. В.А. Алмазова" возможна с 22 недель беременности в случае пролонгации беременности по желанию пациентки.

3. В случае пролонгации беременности осуществлять наблюдение кардиологом, акушер-гинекологом в динамике, ЭХО-КГ, суточный мониторинг ЭКГ ежемесячно.

4. Показано родоразрешение в специализированном роддоме 3 уровня.

Пациентка обследована согласно Приказа МЗ РФ от 20 октября 2020 г. N 1130 н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология” [5]. Отклонений в обследовании не выявлено.

Назначения: общий анализ мочи перед каждым визитом, ведение дневника АД и пульса, фолиевая кислота 400 мкг один раз в сутки до 16 недель, калия йодид 200 мкг один раз в сутки до и после родов [2]. Дальнейшее ведение осуществлялось совместно с кардиологом городской поликлиники, которого пациентка посещала нерегулярно. Беременность протекала физиологично. Контроль АД - 120/80 -125/85 ммрт.ст. В сроке 19 недель выявлена анемия легкой степени тяжести. Проведена антианемическая терапия препаратом железа сульфата в сочетании с аскорбиновой кислотой. Со срока 30 недель стало отмечаться повышение АД до 130/80 ммрт.ст. периодически. Протеинурия отсутствовала. Проводился самоконтроль АД. Результаты: 125/70-135/85 мм.рт.ст. (один раз в 5-6 дней). Пульс до 90 уд/мин. Назначения кардиолога: метопролола сукцинат 25 мг по 1 таблетке утром под контролем ЧСС; магний 48 мг + пиридоксина гидрохлорид 5 мг по 1 таблетке 3 раза в день 3 недели.

УЗИ 1 плода экспертное (06.04.22): Беременность 11 недель 5 дней, прогрессирует. Врожденных пороков развития плода не выявлено.

Комбинированный биохимический скрининг 1 триместра (07.04.22). Индивидуальные риски хромосомных аномалий низкие.

Экспертное УЗИ второго триместра - патологии не выявлено.

Экспертное УЗИ третьего триместра - выявлено подозрение на порок сердца плода.

При эхокардиодопплерографии плода в сроке 32 недели определены эхопризнаки рабдомиомы в сердце плода. Была проведена пренатальная комиссия. Заключение: Учитывая характер выявленных аномалий, прогноз для жизни плода благоприятный, в связи с чем показано дальнейшее вынашивание беременности.

В сроке 38 недель 6 дней пациентка родоразрешена в ФГБУ "НМИЦ им. В.А. Алмазова".

Диагноз после родов: Роды срочные в 38 6/7 недель (по КТР). Преэклампсия умеренной степени. ВПС: бикуспидальный аортальный клапан, с формированием умеренного аортального стеноза и аортальной недостаточности умеренной степени тяжести. ВПС плода: множественная рабдомиома сердца. Родовозбуждение. Амниотомия. Разрыв промежности 1 степени. Перинеорафия.

Родилась живая доношенная девочка, вес - 2890 г, рост - 48 см. Оценка по шкале Апгар - 8/9 баллов. Послеродовый период протекал физиологично, выписана на 9 сутки с ребенком.

Обсуждение и заключение

Представленные в описании двух клинических случаев пациентки имели медицинские противопоказания для вынашивания беременности. Данные беременности могли быть прерваны в сроке и свыше 12 недель по заключению врачебной комиссии согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2007 N 736 “Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности” [5]. Женщины предпочли сохранить беременность, несмотря на их незапланированный характер и отсутствие предгравидарной подготовки.

Беременные с врожденными пороками сердца относятся к группе беременностей высокой группы риска и должны наблюдаться совместно с кардиологом. В этом возникает основная проблема в регионах, обусловленная дефицитом узких специалистов. Пациентка, представленная в описании

клинического случая № 1, наблюдалась кардиологом регулярно и проходила необходимые обследования, так как обращалась в частные медицинские организации. Вторая пациентка наблюдалась в поликлинике по месту жительства. У нас возникали сложности с записью к кардиологу и на эхокардиографию. Разница между описанными клиническими случаями составляет один год. В вопросе наблюдения за этот период достигнуты колоссальные успехи: организована маршрутизация пациенток, привлечены узкопрофильные консультанты, все беременные высокой группы риска наблюдаются совместно со специалистами консультативно-диагностической поликлиники Перинатального центра ВОКБ. Ведение документации беременных в нашем регионе осуществляется в автоматической информационной системе АИСТ «РАМ». Куратор перинатального центра видит всех беременных высокой группы риска и организует необходимое сопровождение в ФНМИЦ. Стали доступны телемедицинские консультации, что ускоряет составление плана ведения, и снижает тревожность лечащего врача и пациента.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование

Исследование не имело спонсорской поддержки

Информация об авторах

Ловцева Виктория Анатольевна, врач акушер-гинеколог, заведующая женской консультацией №2 БУЗ ВО «Череповецкий городской родильный дом», Череповец, Российская Федерация.

ORCID: 0009-0003-9212-0084

Victoria A. Lovtseva, obstetrician-gynecologist, head of the antenatal clinic № 2 of the Cherepovets City Maternity Hospital, Cherepovets, Russian Federation.

ORCID: 0009-0003-9212-0084

Список литературы

1. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде», 2021 г. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/637_1 (дата обращения 17.02.2023 г.)

2. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ «Нормальная беременность» 2020 г. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/288 (дата обращения 17.02.2023 г.)

3. Стрюк Р.И., Бунин Ю.А., Гурьева В.М., Иртюга О.Б., Коков Л.С., Коломацкая О.Е., Моисеева О.М., Мравян С.Р., Чесникова А.И., Чулков В.С. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности, 2018. Национальные рекомендации. *Российский Кардиологический Журнал*. 2018;7:156-200. DOI: 10.15829/1560-4071-2018-7-156-200

4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2007 N736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности». Режим доступа: https://base.garant.ru/12158174/ (дата обращения 17.02.2023 г.)

5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология». Режим доступа: https://base.garant.ru/74840123/#friends (дата обращения 17.02.2023 г.)

References

1. Klinicheskie rekomendacii Ministerstva zdravoohraneniya RF «Preyeklampsiya. Yeklampsija. Oteki, proteinuria i gipertenzivnye rasstroystva vo vremya beremennosti, v rodah i posle rodovom periode», 2021. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/637_1 (accessed 17.02.2023) (In Russ.).

2. Klinicheskie rekomendacii Ministerstva zdravoohraneniya RF «Normalnaya Beremennost'», 2020. Available at: https://base.garant.ru/74840123/#friends (accessed 17.02.2023) (In Russ.).

3. National guidelines for diagnosis and treatment of cardiovascular diseases during pregnancy 2018. *Russian Journal of Cardiology*. 2018;(7):156-200. DOI: 10.15829/1560-4071-2018-7-156-200

4. Prikaz Minzdravsocrazvitija RF ot 03.12.2007 N 736 “Ob utverzhdenii perechnja medicinskih pokazaniy dlya iskusstvennogo preryvanija beremennosti”. Available at: https://base.garant.ru/12158174/(accessed 17.02.2023) (In Russ.).

5. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya RF ot 20 oktyabrya 2020 g. N 1130n "Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya medicinskoy pomoshh ipoprofilyu "akusherstvo i ginekologiya". Available at: https://base.garant.ru/74840123/#friends (accessed 17.02.2023) (In Russ.).