



Екстрагенітальна патологія та вагітність: ПРАКТИКУМ

Ю.П. Нерознак¹, С.В. Сало², к. мед. н., завідувач відділення екстреної ендovasкулярної хірургії з рентгеноопераційною, Ю.В. Давидова¹, д. мед. н., завідувач відділення акушерських проблем екстрагенітальної патології, ¹ ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України», ² ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України»

Діагностика та лікування гострого коронарного синдрому під час вагітності

Відомо, що дисекція коронарних артерій та атеросклеротична хвороба є найбільш частою причиною гострого коронарного синдрому (ГКС) серед населення у цілому. Розвиток ГКС у вагітних зумовлений широким спектром різноманітних причин, що має важливе значення для встановлення етіології та подальшого усунення цього патологічного стану.

У статті описано фактори ризику, інструменти діагностики, а також терапевтичні методи, доступні клініцистам при веденні вагітних із ГКС.

Ключові слова: вагітність, гострий коронарний синдром, інфаркт міокарда, спонтанна дисекція коронарних артерій, перкутанне коронарне втручання.

Останніми роками збільшилася частка жінок пізнього репродуктивного віку, зокрема осіб, які у цьому віці застосовують допоміжні репродуктивні технології. У зв'язку із цим виявлено тенденцію до зростання частоти ішемічної хвороби серця та гострого інфаркту міокарда (ІМ) під час вагітності й у післяпологовому періоді, що, у свою чергу, підвищує ризики материнських та перинатальних ускладнень і є актуальною проблемою сучасної кардіології та кардіохірургії.

Мета роботи – розробка алгоритму діагностики та лікування атеросклеротичного й інших видів ушкоджень коронарних артерій у жінок під час вагітності та у післяпологовому періоді.

Матеріал та методи

Проведено аналіз випадків розвитку ГКС (ІМ) під час вагітності та пологів за даними наукових медичних платформ PubMed, Cochrane library, ResearchGate. Досліджено також клінічні випадки ГКС у вагітних в умовах акушерських клінік ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України» та ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України».

На сьогодні існує проблема вибору методів обстеження й лікування цієї категорії пацієнток, адже від тактики лікаря залежить безпека матері й плода. Відповідно до європейських клінічних настанов 2011 р. в Україні на базі двох академічних інститутів у 2013 р. сформовано мультидисциплінарну команду для надання міжсекторальної допомоги вагітним із патологією серцево-судинної системи. Така стратегія базується на засадах доказової медицини й величезному практичному досвіді вітчизняних кардіохірургів [14]. Національна Pregnancy heart team проводить систематичну консультативну, діагностичну й лікувальну роботу з вагітними та породіллями, які мають кардіальну патологію, а також проводить наукову й освітню роботу з колегами [2, 14].

Результати

Серцево-судинні захворювання ускладнюють приблизно від 0,4 до 4% усіх вагітностей [1]. За результатами ретроспективного аналізу виявлено, що ГКС у вагітних виникає у 3-4 рази частіше, ніж у невагітних жінок однієї вікової групи. Поширеність ГКС під час вагітності оцінюється як 1 випадок на 10 тис. вагітностей, а смертність від нього варіюється в діапазоні

5,1-37%. Ризик ІМ підвищується з віком: показник захворюваності становить 8,8 на 100 тис. пологів у жінок віком від 30 до 34 років, 19,0 – віком 35-39 років, 30,2 – у 40 років [2].

Фактори ризику розвитку ішемічної хвороби серця під час вагітності подібні до традиційних, що спостерігаються у загальній популяції. Спонтанна дисекція коронарних артерій (СДКА) є найбільш частою (43%) причиною ГКС, далі слідує атеросклероз (27%); тромб без ангіографічних доказів атеросклеротичного захворювання діагностується у 17% пацієнток; не вдається виявити причину за допомогою ангіографії у 11% випадків [7]. При цьому СДКА рідко зустрічається серед населення в цілому: показник щорічної захворюваності – 0,26 на 100 тис. осіб або близько 800 випадків на рік у США (захворюваність серед жінок і чоловіків становить 0,33 і 0,18 на 100 тис. осіб відповідно) [8]. Таким чином, СДКА та атеросклероз є найбільш частими причинами виникнення ГКС у вагітних [15].

Відповідно до даних огляду D. Wright et al. [16], у пацієнток молодого віку відносно часто виявляються відомі фактори ризику гострого ІМ: куріння (45%), гіперліпідемія (24%), ІМ в анамнезі (22%), артеріальна гіпертензія (15%), цукровий діабет (11%). За даними Н.Е. Ladner et al., до незалежних факторів ризику розвитку гострого ІМ, пов'язаного з вагітністю, відносять хронічну гіпертензію, цукровий діабет, пізній репродуктивний вік матері, преєклампсію та екклампсію [17]. За даними А.Н. James et al., тромбофілія, післяпологові інфекції є додатковими предикторами ризику гострого ІМ [17].

Необхідно зазначити, що фактори ризику атеросклеротичної хвороби коронарних артерій відрізняються від таких при СДКА. Із клінічної точки зору важливо усвідомлювати дану відмінність, оскільки часто неможливо розрізнити причини ГКС у вагітних тільки на підставі клінічних проявів. Однак можна зробити розумне припущення, звернувши увагу на основні фактори ризику. Аналіз великої вибірки з американської бази стаціонарних пацієнтів (National Inpatient Sample) виявив 859 випадків ІМ: рівень захворюваності 6,2 (95% довірчий інтервал 3,0-9,4) на 100 тис. пологів [6]. У 73% випадків ІМ стався до пологів, а в 27% – після пологів. Встановленими факторами ризику були вік (33 проти 27 років) та расова приналежність – ризик був вищим серед пацієнток негроїдної раси порівняно із представницями

латиноамериканської та європеїдної рас (11,4 проти 4,2 проти 7,6 на 100 тис. пологів відповідно). Незалежні предиктори ІМ включали артеріальну гіпертензію (відношення шансів [ВШ] = 21,7), тромбофілію (ВШ = 25,6), цукровий діабет (ВШ = 3,6), куріння (ВШ = 8,4), переливання крові (ВШ = 5,1) і післяпологову інфекцію (ВШ = 3,2) [6].

Фактори ризику СДКА під час вагітності відрізняються від факторів ризику всіх причин ІМ під час вагітності й включають у себе, за даними G.L. Higgins et al.: куріння в анамнезі (23%), обтяжений сімейний анамнез (16%), артеріальну гіпертензію (9%), порушення ліпідного обміну (7%). Тільки 9% пацієнток мали більше одного фактора ризику, натомість як 61% осіб повідомили про відсутність відомих факторів ризику [9].

Преєклампсія, пов'язана із дисфункцією ендотелію, була визначена як фактор ризику ІМ та смертності від серцево-судинних захворювань у подальшому житті. У пацієнток, які помирають від екклампсії, спостерігається збільшення некрозу смуги скорочення міокарда порівняно з контролем, припускаючи, що коронарний спазм артерій також може бути частим явищем при цьому стані [6].

Ряд змін у системі згортання крові, зокрема зменшення вмісту тканинного активатора плазміногена й зниження функціонального рівня S-білка, може підвищити ризик артеріального тромбозу під час вагітності [15].

У більшості (75%) пацієнток діагностується ІМ з елевацією сегмента ST (STEMI), у решти – ІМ без елевації сегмента ST (NSTEMI) [7]. Переважна кількість випадків ІМ фіксується у III триместрі вагітності (STEMI 25%, NSTEMI 32%) або у післяпологовому періоді (STEMI 45%, NSTEMI 55%) [7]. Найбільш часто уражається передня стінка лівого шлуночка – у 69-78% осіб, нижня – у 27%, бічна – у 4% [6, 7]. Висока частота ураження передньої стінки лівого шлуночка спостерігається в ряді досліджень, присвячених опису випадків ІМ у вагітних, незалежно від його причини в кожному з них (атеросклеротична хвороба або СДКА) [6, 7].

Неінвазивні методи дослідження

ЕКГ та визначення рівня тропонінів у крові слід обов'язково виконати у жінки, яка скаржитися на біль за грудиною. Зміна рівня тропонінів має перевагу над іншими серцевими маркерами. Рівень тропонінів не збільшується внаслідок скорочення матки або руйнування



Ю.П. Нерознак



С.В. Сало



Ю.В. Давидова

клітин під час пологів, що призводить до значного підвищення міоглобіну, креатинінкінази й креатинінкінази МВ [2].

Європейське товариство кардіологів (ESC) не рекомендує проводити стрес-ЕхоКГ із добутамінном. Ядерний стрес-тест протипоказаний [3]. У КТ-ангіографії коронарних артерій є кілька обмежень, таких як необхідність зменшення частоти серцевих скорочень для точної інтерпретації ЕКГ і відсутність доступу до більш дрібних артеріальних гілок, які можуть бути задіяні у СДКА. У рекомендаціях ESC йдеться, що інвазивне втручання націлене в першу чергу на пацієнтів, які демонструють ознаки високого ризику; у всіх інших ситуаціях показане консервативне лікування. Отже, за відсутності ознак високого ризику демонстрація ішемії за допомогою стрес-тестування або визначення анатомії коронарних артерій за допомогою КТ-коронарної ангіографії не впливає на ефективність лікування.

Інвазивна коронарна ангіографія залишається стандартною діагностичною процедурою для остаточної оцінки причини ІМ. Частота ятрогенної коронарної дисекції збільшується під час вагітності. Так, за результатами дослідження D. Wright et al., катетеріндукована дисекція ускладнювала 2-4% вагітностей [16].

Опромінення під час вагітності

Вплив радіації на плід залежить від дози опромінення й терміну вагітності [3]. При дозах опромінення вагітної жінки 50 мГр ризик уроджених вад розвитку, розумової відсталості,

