

КОММЕНТАРИИ К РЕКОМЕНДАЦИЯМ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ ПО ЛЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Ткачева О.Н.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины.
101990, Москва, Петроверигский пер., 10

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в период беременности представляют серьезную и клинически очень сложную проблему. Несмотря на то, что клинические исследования в период беременности затруднены по этическим соображениям, новые рекомендации составлены с учетом класса рекомендаций и уровня доказательств. Это несомненное достоинство настоящих рекомендаций, которые, к тому же, гораздо более четкие и подробные, чем предыдущая версия.

Кроме того, понятно, что для решения проблем ССЗ у беременных необходим консенсус между врачами многих специальностей: терапевтами, кардиологами, врачами общей практики, акушерами, анестезиологами, генетиками, педиатрами. Представленный документ отвечает этим требованиям. Он одобрен Европейским обществом гинекологов, Европейской ассоциацией педиатров-кардиологов и Немецким обществом гендерной медицины.

Интересен тот факт, что спектр ССЗ у беременных меняется. Практические врачи, безусловно, согласятся, что риск развития сердечно-сосудистых осложнений у беременных повысился вследствие увеличения возраста женщин с первой беременностью и распространения сердечно-сосудистых факторов риска, в том числе сахарного диабета, артериальной гипертонии и ожирения. Кроме того, улучшились результаты лечения врожденных пороков сердца, что привело к увеличению числа пациенток с пороками сердца, способных иметь детей. В России, также как и в западных странах, заболевания сердца сегодня стали основной причиной материнской смертности во время беременности.

В представленных рекомендациях особо выделен очень важный раздел — генетические тесты и консультации. Отмечено, что важное значение для молодых женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями имеет оценка риска наследования имеющихся дефектов. Этот риск значительно повышен по сравнению с таковым у родителей без сердечно-сосудистых заболе-

ваний. Вероятность передачи различных наследственных заболеваний сердца детям значительно отличается; этот риск зависит от того, страдают ли ими только мать, только отец или оба родителя. В целом риск выше, если наследственное заболевание имеется у матери, а не у отца. В связи с изменениями эпидемиологической ситуации и увеличением количества наследственных заболеваний сердца у родителей, подобное тестирование необходимо вводить в рутинную практику в нашей стране.

Очень полезен и важен раздел, который посвящен оценке факторов риска развития неблагоприятных событий, как для матери, так и для ребенка. Члены рабочей группы рекомендуют оценивать риск сердечно-сосудистых исходов у беременных женщин в соответствии с модифицированной классификацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Эта классификация интегрирует все известные сердечно-сосудистые факторы риска, включая основное заболевание сердца и сопутствующие заболевания.

Особо выделены в рекомендациях методы контрацепции и прерывания беременности и оплодотворение *in vitro*. Эти вопросы очень часто возникают в практике и хорошо разъяснены в настоящих рекомендациях. Отмечено, например, что оплодотворение *in vitro* возможно в тех случаях, когда риск, ассоциирующийся с самим вмешательством, включая гормональную стимуляцию и беременность, низкий. Тромбоэмболии могут осложнить оплодотворение *in vitro*, так как высокие уровни эстрадиола могут вызвать протромботическое состояние.

Интересно, что в рекомендациях освещен раздел «Ишемическая болезнь сердца и острый коронарный синдром». Мы все больше убеждаемся в том, что из казуистики эта проблема превращается в реальную, в связи с тем, что, с одной стороны, возраст беременных все больше, а с другой стороны — сердечно-сосудистые заболевания «молодеют».

Эксперты отмечают, что во время беременности повышена частота экстрасистолии и стойких тахикардий, которые в этот период могут появиться впервые. Хотя большинство аритмий являются доброкачественными, тем не менее, возможно развитие желудоч-

Сведения об авторе:

Ткачева Ольга Николаевна — д.м.н., профессор, первый заместитель директора ГНИЦ ПМ по научной и лечебной работе
E-mail: OTkacheva@gnicpm.ru

ковой тахикардии, а у пациенток следует исключить органическое поражение сердца. Лечение аритмий у беременных — сложная проблема. Все антиаритмические препараты следует рассматривать как фетотоксические. Риск тератогенности выше всего в первом триместре беременности, однако, в более поздние сроки беременности антиаритмические препараты могут оказывать нежелательное влияние на рост и развитие плода, а также повышают риск проаритмогенного действия.

В рекомендациях подробно изложен и раздел, посвященный артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия во время беременности остается ведущей причиной материнской, фетальной и неонатальной смертности в развивающихся и индустриально-развитых странах. У женщин с артериальной гипертензией выше риск тяжелых осложнений, таких как отслойка плаценты, нарушение мозгового кровообращения, недостаточность органов и синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, а также внутриутробной задержки роста плода, недоношенности и внутриутробной смерти плода. Артериальная гипертензия — это самая распространенная медицинская проблема у беременных женщин. Артериальная гипертензия является причиной примерно 25% всех госпитализаций беременных женщин.

Отмечено, что критериями диагностики артериальной гипертензии у беременных являются увеличение систолического АД ≥ 140 мм рт. ст. или диастолического АД ≥ 90 мм рт. ст. Предложена новая классификация степени повышения АД. Выделяют легкую ($140-159/90-109$ мм рт. ст.) и тяжелую ($\geq 160/110$ мм рт. ст.) гипертензию. Отмечено, что артериальная гипертензия у беременных — это неоднородное состояние, которое включает в себя следующие формы: артериальную гипертензию, имевшуюся до беременности; гестационную гипертензию; артериальную гипертензию, имевшуюся до беременности и сочетающуюся с гестационной гипертензией и протеинурией; неклассифицируемую гипертензию.

На предложенной классификации следует остановиться подробнее. В Российских рекомендациях исполь-

зуются другие термины (преэклампсия, хроническая АГ и т.д.). Это позволяет нам говорить на одном языке с акушерами. Такой же подход использует международное общество по АГ у беременных.

Таким образом, проблема «АГ в период беременности» содержит множество несогласованных на сегодняшний день аспектов: отсутствует единая терминологическая база, используются различные классификации и критерии АГ.

Важен тезис о том, что у большинства женщин с артериальной гипертензией, имевшейся до беременности, отмечается небольшое или умеренное повышение АД ($140-160/90-109$ мм рт. ст.), а риск развития сердечно-сосудистых осложнений во время беременности низкий. Медикаментозная терапия необходима при тяжелой гипертензии, в то время как в менее тяжелых случаях польза ее спорная. Хотя снижение АД оказывает благоприятное влияние на состояние матери, оно может вызывать ухудшение маточно-плацентарного кровотока и развития плода.

Отдаленные сердечно-сосудистые последствия гестационной гипертензии рассматриваются в отдельном разделе. Кстати, в этом разделе «звучит» термин преэклампсия, которого нет в классификации. Отмечено, что у женщин с гестационной гипертензией или преэклампсией повышен риск развития гипертензии и инсульта в старшем возрасте, а также ИБС. Относительный риск развития ИБС после преэклампсии более чем в 2 раза выше, чем у женщин с нормальным течением беременности, а риск развития гипертензии — выше в 4 раза. Самый высокий риск отмечается у женщин с ранней преэклампсией (роды до 32 нед гестации), мертворождением или внутриутробной задержкой роста плода.

Принятые в 2011 г. в Европе рекомендации по ведению беременных с ССЗ — это огромное достижение. Безусловно, по сравнению с предыдущими, эти рекомендации более полные, четкие и удобные для практического врача. В России уже созданы рекомендации по ведению беременных с ССЗ. Очевидно, назрела необходимость внесения в них изменений и новых данных.