

# Тезисы научно-практической конференции «АКУШЕРСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ — ВЫЗОВ XXI ВЕКА»,

25 марта 2016  
г. Киев

На сегодня сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной заболеваемости и смертности во всем мире, при этом занимают первое место среди причин материнской заболеваемости и смертности. Если раньше основными проблемами клиники экстрагенитальной патологии были врожденные и приобретенные пороки сердца, то сегодня к этим проблемам прибавились те, что связаны с увеличением возраста матерей и нарастанием совокупности факторов риска: ожирение, гипертония, сахарный диабет 2-го типа. Все это диктует необходимость разрабатывать новые подходы и методы оказания специализированной помощи таким беременным с участием врачей разных специальностей.

Именно этому была посвящена научно-практическая конференция «Акушерская кардиология — вызов XXI столетия», которая состоялась впервые в Украине 25 марта 2016 г. в г. Киеве. В работе конференции приняли участие более 200 отечественных специалистов: акушеров-гинекологов, педиатров, врачей семейной практики, кардиологов и кардиохирургов из разных регионов Украины.

Участникам данного форума были представлены результаты последних достижений и разработок мультидисциплинарной команды в организации оказания специализированной перинатальной и кардиохирургической помощи беременным с сердечно-сосудистой патологией.

Впервые принцип мультидисциплинарного подхода в рамках межсекторального взаимодействия институтов НАМН Украины была введен в 2013 г. В соответствии с принципами, изложенными в рекомендациях Европейского общества кардиологов, в которых отражены научно обоснованные и имеющие убедительную доказательную базу результаты исследователей ведущих стран мира, специалисты ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины» и Национального института сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины создали научно-практический фундамент, позволивший объединить лидирующие отечественные разработки и международный опыт, что может рассматриваться, как резерв снижения показателей материнской и фетальной смертности.

Научно-практическую конференцию открыл В.И. Цымбалюк, Президент НАМН Украины, академик

НАМН Украины. Он отметил, что сегодня в Украине создана и эффективно работает мультидисциплинарная команда, способная оказать специализированную перинатальную помощь женщинам с сердечно-сосудистой патологией на уровне стандартов ведущих стран мира, в том числе и в учреждении кардиохирургического профиля.

В своем выступлении В.В. Лазоришинец, директор Национального института сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины, член-корреспондент НАМН Украины, отметил, что в Украине создана мультидисциплинарная команда «акушерская кардиология», научно-практический концепт которой — направление в акушерстве, перинатологии, педиатрии, кардиологии и кардиохирургии, которое охватывает весь спектр оказания квалифицированной помощи беременным и новорожденным с сердечно-сосудистой патологией на этапах планирования беременности, гестации, родов и в послеродовом периоде.

Высокую оценку работе созданной команды дал Ю.Г. Антишкин, директор ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», академик НАМН Украины. Он отметил, что в институте оказывается помощь наиболее тяжелым женщинам и детям из всех регионов Украины, в том числе и с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, потенциал сотрудников и учреждения позволяет решать самые сложные научные, практические и организационные проблемы.

Объединение науки и практики было подтверждено проведением ультразвукового обследования беременных с пороками сердца и магистральных сосудов. Всех желающих получить такое обследование консультировали: руководитель отделения лучевой диагностики и пренатальной кардиологии ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Ирина Сергеевна Лукьянова и заведующий лабораторией ультразвуковой диагностики Национального института сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины, кандидат медицинских наук Вячеслав Михайлович Бешляга.

## І.О. Дітківський, Ю.В. Єрмолович, І.С. Лук'янова, Ю.В. Панічкін Ендоваскулярні втручання у вагітних жінок з вродженими вадами серця

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Часто діагноз вродженої вади серця (ВВС) встановлюється в жінки вже після настання вагітності під час детального обстеження. При можливості, перевага надається консервативному лікуванню ВВС під час вагітності, з подальшим оперативним втручанням після пологів. Але існує категорія вагітних, у яких консервативне лікування неефективне,

а перебіг ВВС під час вагітності створює загрозу життю та здоров'ю як матері, так і плода. У таких випадках необхідне хірургічне або ендоваскулярне лікування. При можливості, перевага надається другому, менш травматичному методу.

**Пацієнти та методи.** В Інституті серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова у період 2004–2015 р. прооперо-

вано ендovasкулярно 14 вагітних жінок із ВВС. Вісім (57%) хворих мали стеноз легеневої артерії (ЛА) з ознаками декомпенсації правого шлуночка і градієнтом систолического тиску на клапані ЛА понад 80 mm Hg; їм проведено рентгеноваскулярну дилатацію стенозу ЛА. Чотири (29%) жінки мали коарктацію аорти (КоА), що викликала артеріальну гіпертензію, яку неможливо було компенсувати медикаментозно, та гіперфузію нижньої частини тіла, у т.ч. плода; їм проведено пряме стентування КоА. Дві (14%) вагітні мали відкриту артеріальну протоку (ВАП) з легеневою гіпертензією за рахунок вираженої гіперволемії малого кола кровообігу та значну дилатацію лівих відділів серця з порушенням ритму серця у вигляді пароксизмальної форми тріпотіння передсердь; їм проведено закриття ВАП оклюдером. Ендovasкулярні втручання проведено жінкам у період від 11 до 30-го тижня вагітності. Під час операцій з метою запобігання нанесення шкоди плоду застосовано такі заходи: захист черевної порожнини за допомогою свинцевого фартуха; мінімізація рентгеновського опромінювання під час операції; обмеження кількості введеної рентгенконтрастної речовини до мінімально необхідної; місцеве знеболення; контроль стану плода до і після проведення операції.

**Результати.** Ефективність операцій досягнута у 13 (93%) випадках, в одній (7%) хворій з КоА градієнт тиску не вдалося знизити до безпечних показників. Ускладнення отримали у двох (14%) випадках, ми пов'язуємо їх з маленьким строком вагітності. Перебіг вагітності не ускладнився у всіх жінок, прооперованих із приводу стенозу ЛА, незалежно від строку вагітності. В одній жінки, оперованої з приводу КоА, на 19-му тижні вагітності виникла загроза переривання вагітності на другий післяопераційний день із причини надризу навколоплідного міхура і підтікання вод. Вагітна була переведена в ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» для подальшого лікування, яке виявилось ефективним. У вагітній, прооперованій з приводу ВАП, у терміні вагітності 11 тижнів відбулося спонтанне переривання вагітності на наступний день після операції.

**Висновки.** Рентгеноваскулярне лікування ВВС у вагітних жінок можливе, але показане тільки у випадках, коли стан жінки загрожує декомпенсацією, а медикаментозне лікування не ефективне. Втручання потрібно відкладати на максимально допустимий безпечний строк.

## Б.Б. Кравчук, В.П. Залевський, М.М. Петканич, О.З. Парацій, А.Ю. Лиманська Застосування радіочастотної катетерної абляції в лікуванні тахіаритмій у вагітних

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України», м. Київ, Україна  
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

**Мета** — проаналізувати результати застосування радіочастотної катетерної абляції (РЧКА) у лікуванні тахікардій у вагітних пацієнток.

**Пацієнти та методи.** У лабораторії електрофізіологічних та гемодинамічних досліджень з рентгеноопераційною ДУ «НІССХ ім. М.М. Амосова» у період 2008–2015 рр. у 14 послідовних вагітних пацієнток проведено РЧКА. Середній вік пацієнток становив  $25 \pm 2,4$  року. Середній термін вагітності —  $21,2 \pm 6,4$  тижня. Пацієнтки надійшли з такими діагнозами: синдром Вольфа—Паркінсона—Уайта (ВПУ) — 4, суправентрикулярна ре-ентрі тахікардія — 4, ектопічна шлуночкова тахікардія — 2, часта шлуночкова екстрасистоля, нестійка шлуночкова тахікардія — 4. У всіх пацієнток не виявлено структурних захворювань серця.

РЧКА проведено за класичною методикою в рентгеноопераційній під флюороскопічним контролем. Використано режим флюороскопії з найнижчою потужністю.

Втручання проведено в умовах місцевої анестезії в поєднанні з внутрішньовенним введенням низьких доз транквілізаторів.

**Результати.** Усім пацієнткам вилучено субстрат аритмії. З чотирьох пацієнток із синдромом ВПУ ліва латеральна локалізація додаткового шляху проведення (ДШП) була у трьох випадках, задньосептальна — в одному. У двох пацієнток з атріовентрикулярною реципрокною тахікардією вилучено прихований ДШП лівої латеральної локалізації. Вилучення повільного шляху проведення атріовентрикулярного вузла при атріовентрикулярній вузловій тахікардії проведено у двох пацієнток.

РЧКА вогнища шлуночкової ектопії у вихідному тракті правого шлуночка виконано у двох пацієнток, субстрат шлуночкової ектопічної тахікардії вилучено з трансортального доступу з лівого синуса Вальсальви у двох жінок. Середній час втручання становив  $57 \pm 14$  хв. Середня поглинута доза іонізуючого випромінювання під час РЧКА дорівнювала  $78,4 \pm 15,4$  мГр, при середній тривалості часу рентгеноскопії —  $15,2 \pm 5,6$  хв. Під час рентгеноскопії використано 1-мм свинцевий захисний екран, який накладався на черевну та тазову ділянку вагітної. Середня кількість аплікацій становила  $15 \pm 5$  з енергією 35 Ват.

Усі пацієнтки виписані зі стаціонару на наступний день після РЧКА. Ранніх післяопераційних ускладнень не виявлено. Проведення РЧКА не мало негативного впливу на подальший перебіг вагітності.

**Висновки.** У зв'язку з потенційною токсичністю антиаритмічної терапії у вагітних РЧКА субстрату аритмії є методом вибору у високосимптоматичних пацієнток.

РЧКА — найефективніший спосіб профілактики ускладнень під час вагітності та пологів із боку серцево-судинної системи в даній групі пацієнтів.

Для уникнення небажаного тривалого рентгеновського опромінення плода рекомендовано проведення РЧКА бригадою фахівців експертного класу.

У умовах сучасної електрофізіологічної лабораторії обладнаної цифровим ангиографом при адекватному анестезіологічному супроводі РЧКА субстрату тахіаритмій у вагітних є технічно безпечною та ефективною операцією.

## В.В. Лазоришинець, К.В. Руденко, В.В. Шаповалова, Л.О. Невмержицька Перипортальна (післяпологова) кардіоміопатія: можливості діагностики та лікування

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН», м. Київ, Україна

**Перипортальна (післяпологова) кардіоміопатія (ПКМП)** — одна з форм дилатаційної кардіоміопатії (ДКМП), для якої характерний розвиток ознак серцевої недостатності протягом останнього місяця вагітності або перших 5 місяців після пологів (Elliott P. et al., Eur. Heart J.).

Частота поширеності ПКМП становить 1 на 3000–4000 вагітностей. ПКМП є наслідком оксидативного стресу, який призводить до протеолітичного руйнування пролактину з утворенням потужного ангіоспастичного фактора і проапоптотичних фрагментів.

**Пацієнти та методи.** Усім пацієнткам із ПКМП проводять такі лабораторні та інструментальні дослідження: загальноклінічні та біохімічні аналізи крові, загальний аналіз сечі, аналіз крові на TORCH-інфекцію, мозковий натрійуретичний пептид (NT-proBNP), вміст у плазмі крові тропоніна-T, коагулограму, ЕКГ, холтеровське моніторування, ЕхоКГ, виміри міжшлуночнової та внутрішньошлуночнової асинхронії, вектор ЕхоКГ, КВГ, КТ коронарних судин, МРТ серця.

Для лікування пацієнтів із ПКМП застосовують медикаментозну терапію, електрофізіологічні, еферентні та хірургічні методи лікування.

**Клінічний випадок.** Хвора С., 39 років, ФК по NYHA III, звернулася зі скаргами на задишку та серцебиття. Погіршення стану відмітила після перенесеної ГВРІ на 32–33-му тижні вагітності, IV пологи 2 міс. тому на 38–39-му тижні. ЕКГ: ритм синусовий, ЧСС — 107 уд./хв., ПБЛНПГ. ЕХО КГ: регургітація МК — ++, регургітація ТК — ++, КДО — 263 мл, КСО — 173 мл, УО — 80 мл, ФВ — 28%, тиск у ПШ — 60 мм Нг.

Пацієнтці призначено медикаментозну терапію серцевої недостатності відповідно до протоколів та виконано три сеанси каскадної плазмафільтрації. Після лікування пацієнтка перейшла в II ФК по NYHA, суб'єктивно відмітила поліпшення стану, зменшення задишки, підвищення толерантності до фізичних навантажень. ЕКГ: ритм синусовий, ЧСС — 63 уд./хв. ЕХО КГ: регургітація МК — +, регургітація ТК — (+), КДО — 214 мл, КСО — 138 мл, УО — 85 мл, ФВ — 40%, тиск у ПШ — 36 мм Нг.

**Висновки.** Пацієнтки з ПКМП мають позитивний прогноз щодо одужання за умови надання вчасної та адекватної медичної допомоги.

В.В. Лазоришинець<sup>1</sup>, С.О. Сіромаха<sup>1</sup>, К.В. Руденко<sup>1</sup>,  
Л.М. Прокопович<sup>1</sup>, Ю.В. Давидова<sup>2</sup>, А.Ю. Ліманська<sup>2</sup>

## Екстрена кардіохірургічна та акушерська тактика у вагітних групи високого кардіального ризику

<sup>1</sup>ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України», м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

Вагітність викликає зміни серцево-судинної системи. У зв'язку з чим у пацієнок із кардіальною патологією збільшується ризик невиношування вагітності, а також ускладнень під час вагітності. У 1–3% вагітних на момент початку вагітності існують захворювання серця або діагноз встановлюється під час вагітності. В Україні це становить 13500–18000 випадків на рік. Група особливого ризику — вагітні з життєзагрозливими патологіями серцево-судинної системи. Так, щорічно в Україні реєструється 6–8 випадків материнської смертності від ускладнень аневризм аорти.

**Мета** — знизити рівень малюкової та материнської смертності шляхом застосування мультидисциплінарного підходу до лікування жінок фертильного віку з життєзагрозовою кардіальною патологією.

**Пацієнти та методи.** З 2013 р. в Україні, відповідно до рекомендацій Європейського товариства кардіологів, функціонує мультидисциплінарна допомога вагітним із кардіальною патологією. Стратифікація ризику виникнення кардіальних подій у жінок визначена за міжнародними шкалами WHO та ZAHARA. Виявлена група вагітних із патологією серцево-судинної системи, що потребувала екстреного та

невідкладного кардіохірургічного втручання (ZAHARA 3,5, WHO III–IV клас). До даної групи увійшли 10 пацієнок із такими патологіями: тромбозом штучного клапана серця, розшируванням аорти, життєзагрозливими порушеннями ритму серця, критичними набутими вадами серця, які супроводжуються вираженою клінічною симптоматикою та серцево-судинною недостатністю. Цим жінкам виконано три хірургічні втручання зі штучним кровообігом (ШК), чотири — без ШК, три рентгеноваскулярні втручання. До цієї групи пацієнок можуть бути віднесені також вагітні з тромбоемболією легеневої артерії, гострим коронарним синдромом, гострим інфекційним ендокардитом із наявністю масивних вегетацій.

**Висновки.** Життєзагрозливі стани у вагітних є основною причиною материнської смертності та потребують кардіохірургічних втручань в екстреному порядку. Мультидисциплінарний підхід до консультування таких жінок у прекоцепційному періоді, на різних термінах вагітності та перинатальному періоді, дасть змогу знизити ризик великих кардіальних подій, а відповідно і ризик материнської та малюкової смертності.