

УДК: 616.12-008.64-07-08

ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ  
У ВАГІТНИХ**О.С. Полянська**

Высшее государственное учебное заведение Украины  
«Буковинский государственный медицинский  
университет»  
(г. Черновцы, Украина)

**Резюме.** В статті відображені нові аспекти лікування серцевої недостатності у вагітних. При серцевій недостатності з порушенням систолічної функції лівого шлуночка використовують діуретики, дигоксин, периферичні вазодилататори. Дослідження останніх років (RADIANCE і PROVED і масштабне дослідження DIG) дозволили рекомендувати використання дигоксину для поліпшення клінічного перебігу серцевої недостатності і якості життя не тільки при миготінні передсердь, але і у хворих при серцевій недостатності на фоні синусового ритму. Важливе місце в підвищенні ефективності лікування серцевої недостатності належить підбору фізичної активності та психотерапевтична корекція. Рекомендовано використання інтервенційних і хірургічних методів лікування: реваскуляризації міокарду, пристроїв для підтримки кровообігу.

**Ключові слова:** серцева недостатність; насосна функція серця; серцеві глікозиди

Серцева недостатність (СН) - це комплексний клінічний синдром і кінцева стадія практично всіх важких кардіоваскулярних захворювань. У всіх пацієнтів на СН необхідно діагностувати серцево-судинне захворювання, яке призвело до розвитку цієї патології. У Фремінгемському дослідженні середня тривалість життя після встановлення зазначеного діагнозу становила для чоловіків 1,7, для жінок – 3,2 року [1]. За Рекомендаціями української асоціації кардіологів з діагностики, лікування та профілактики СН (2012) та європейських рекомендацій (2012) [1], при СН виникає порушення насосної функції серця, яке не може задовольняти потреби метаболізму тканин. Основна мета медикаментозної терапії при СН - поліпшення якості та збільшення тривалості життя хворих шляхом покращання серцевого викиду. З патофізіологічної точки зору існують три можливості для досягнення цієї мети: гемодинамічне розвантаження серця, посилення інотропної функції серцевого м'язу, попередження ремоделювання серця.

Зменшення навантаження на серце можна досягти шляхом перерозподілу крові, а саме – за рахунок зниження периферичного опору судин (артеріальна вазодилатація) і зменшення венозного притоку крові до серця. На виживання хворих з СН впливають такі фактори, як зменшення потреби міокарду в кисні, усунення фатальних аритмій та нормалізація нейрогуморальних порушень. У рандомізованих клінічних дослідженнях MADIT-CRT (2009) і RAFT (2010) вперше було доведено користь серцевої ресинхронізуючої терапії у пацієнтів із СН II функціонального класу NYHA і систолічною дисфункцією лівого шлуночка (ЛШ). В європейських рекомендаціях з лікування СН (2012) суттєво змінилися підходи до застосування медикаментозного лікування. Важливе місце в підвищенні ефективності лікування СН належить конкретизації підбору фізичних тренувань та психотерапевтична корекція таких хворих. Рекомендовано використання інтервенційних і хірургічних методів лікування: ресинхронізуючої терапії, реваскуляризації міокарду, пристроїв для підтримки кровообігу [1, 2].

Розповсюдженість органічних хвороб серця серед вагітних становить 10–20 на 1000. У вагітних

можуть зустрічатися будь-які хвороби серця – від незначного пролапсу мітрального клапана, який практично не впливає на перебіг та наслідки вагітності, до синдрому Ейзенменгера, за якого вкрай високим є ризик материнської смерті. Найчастішими видами кардіологічної патології в акушерській практиці є: вроджені вади серця, набуті вади серця, кардіоміопатії, інфекційний ендокардит. Такі кардіологічні ускладнення як аритмії, тромбоемболії, порушення мозкового кровообігу, розшарування аорти трапляються під час вагітності у раніше здорових жінок. Вагітність у більшості випадків призводить до погіршення перебігу хвороб серця, виникнення ускладнень, яких не було до вагітності з виникненням СН. Окрім того, вагітність може спричинити перипартальну кардіоміопатію (ПКМП), що проявляється СН [3].

Згідно визначенню Європейського товариства кардіологів, ПКМП - це форма дилатаційної кардіоміопатії з лівошлуночковою систолічною дисфункцією та клінічними ознаками застійної серцевої недостатності, що розвиваються у раніше здорових жінок в останньому триместрі вагітності або в післяпологовому періоді (перші 5 місяців). Перший опис ПКМП як форми кардіоміопатії було опубліковано тільки в 1937 р. У 1971 р. JG Demakis описав випадки 27 пацієток, у яких відзначали кардіомегалію, симптоми СН, зміни на електрокардіограмі, розвиток яких був пов'язаний з вагітністю, і дали назву цьому захворюванню, що збереглася до цих пір, - ПКМП, а також встановили діагностичні критерії. Захворюваність коливається від 1 випадку на 1300 до 1 випадку на 15 тис. жінок, які народили живих дітей. До факторів ризику розвитку ПКМП відносять: вік вагітної, багатоплідну вагітність, гестаційну артеріальну гіпертензію, прееклампсію, генетичну схильність, токолітичну терапію [4]. Провокувати патологічну імунну відповідь може феномен хімеризма - проникнення клітин плоду через плацентарний бар'єр в організм матері (фетальний мікрохімеризм). При ПКМП виявляють підвищення рівня тропоніну Т в сироватці крові, на електрокардіограмі - синусову тахікардію, порушення фази реполяризації, аритмії. При проведенні

ехокардіографії характерна дилатація порожнин серця, зниження скоротливої здатності лівого шлуночка. У плазмі крові хворих на ПКМП виявляють підвищений рівень С-реактивного білка та фактора некрозу пухлин, порушення регуляції мітогенактивованої протеїнкінази [4]. Половина смертей при ПКМП виникає впродовж перших 3 місяці після пологів і незважаючи на досягнення в області медицини, вона залишається причиною материнської смертності у 6%. Повторні вагітності підвищують ризик рецидиву ПКМП навіть у жінок з відновленими параметрами систолічної функції лівого шлуночка. Рання діагностика, своєчасне і адекватне лікування застійної СН, антикоагулянтна терапія і профілактика раптової смерті покращують прогноз при ПКМП.

Медикаментозне лікування СН у вагітних проводиться залежно від клінічної ситуації. При СН з порушенням систолічної функції лівого шлуночка використовують діуретичну терапію, серцеві глікозиди, периферичні вазодилататори. До групи основних засобів для лікування СН входять діуретики, необхідність застосування яких показана при гіперволемії. У вагітних перевагу віддають петльовим діуретикам (фуросемід, етакринова кислота). Досвіду застосування під час вагітності торасеміду немає, а калійзберігаючі діуретики протипоказані. Тривалий прийом сечогінних засобів може призводити до гіпокаліємії та можливо-го зниження плацентарного кровотоку.

Серцеві глікозиди показані при наявності систолічної дисфункції лівого шлуночка. Дигоксин показаний усім хворим з фібриляцією передсердь, хворим із синусовим ритмом препарат показаний у період прогресування СН одночасно із сечогінними засобами. Основна небезпека систематичного вживання дигоксину - це можливий розвиток глікозидної інтоксикації, ризик якої збільшується у разі гіпокаліємії, при гіпотиреозі, хронічній хворобі нирок. Дослідження останніх років (RADIANCE і PROVED і масштабне дослідження DIG) дозволили рекомендувати використання дигоксину для поліпшення клінічного перебігу СН і якості життя не тільки при миготінні передсердь, але і у хворих з СН і синусовим ритмом.

Вагітним при гемодинамічно стабільній ситуації може бути призначений бета-адреноблокатор. Доцільність включення бета-адреноблокаторів у комплексну терапію хворих з СН довели результати досліджень щодо використання метопрололу, бісопрололу і карведилолу. У дослідженнях CIBIS I і CIBIS II було показано, що включення бісопрололу до стандартної терапії у 641 з 2647 хворих з СН будь-якої етіології і III-IV ФК за NYHA і ФВ менше 35% дозволяє: знизити загальну смертність на 34%; раптову смертність - на 44%; частоту госпіталізацій - на 15%. Аналогічні результати були отримані в дослідженнях з метопрололом і карведилолом (MERIT - HF, MDS, COPERNICUS, USCP). Використання бета-адреноблокаторів призводить до зменшення потреби міокарду в кисні, зменшує активність симпатичного відділу вегетативної нервової системи, ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. За результатами рандомізованого клінічного дослідження CIBIS-III використання бісопрололу

сприяє покращенню комбінованої кінцевої точки в середньому на 31% в рік, а також зниженню ризику кардіальної смерті на 46%. Найчастіше у вагітних застосовують метопрололу сукцинат та бісопролол, дозволяється застосування карведилолу та небівололу. Лікування починають з мінімальної дози і поступово збільшують її кожні 2 тижні до оптимальних доз. Протипоказаннями до призначення бета-адреноблокаторів є: бронхообструктивний синдром, брадикардія, артеріальна гіпотензія, атріовентрикулярна блокада II-III ст. Побічними ефектами бета-адреноблокаторів під час вагітності є затримка росту плода та брадикардія у плода.

У разі вираженого застою у малому колі кровообігу та лівошлуночкової недостатності на короткий термін можна призначити венозні вазодилататори: нітрогліцерин (короткої та пролонгованої дії), ізосорбїду динітрат, ізосорбїду мононітрат, молсидомін. Основним побічним ефектом, окрім головного болю, є гіпотензія, що може призводити до дистресу плода. У вагітних на СН з порушенням систолічної функції лівого шлуночка слід уникати призначення нестероїдних протизапальних препаратів, глюкокортикоїдів, антиаритмічних препаратів I класу, антагоністів кальцію.

Лікування вагітних на СН без порушення систолічної функції лівого шлуночка передбачає призначення бета-адреноблокаторів, а сечогінні та периферичні вазодилататори необхідно застосовувати з обережністю, оскільки їх використання може призводити до зменшення серцевого викиду.

Лікування гострої СН передбачає проведення певних екстрених терапевтичних заходів, а також обрання адекватної акушерської тактики, якщо набряк легенів розвинувся під час пологів. Можна призначити інгаляцію зволоженого 100% кисню через маску з додатковим позитивним тиском на видиху. Можна використовувати венозні вазодилататори: нітрогліцерин 0,5–1 мг сублінгвально 3–4 рази з інтервалом 5 хв. і з подальшою внутрішньовенною інфузією. Внутрішньовенно болюсно вводять фуросемід 40 мг і повторюють в подальшому до загальної дози 100–180 мг. При наявності сильного кашлю, болювих відчуттів вводять морфін 3–5 мг внутрішньовенно.

При необхідності продовження лікування при зниженому артеріальному тиску призначають інотропні засоби з групи симпатоміметиків (допамін, добутамін), які можуть призводити до тахікардії, підвищення артеріального тиску. При низькому АТ можливе введення глюкокортикоїдів (преднізолон 90–120 мг) внутрішньовенно болюсно. У випадках, коли гостра СН супроводжується фібриляцією передсердь, внутрішньовенно вводять аміодарон (300 мг упродовж 30 хв. з подальшою інфузією до загальної дози 1200 мг/доб). У разі поєднання проявів гострої СН з брадикардією застосовують атропін (0,1% розчин 0,5–1 мл), ізопреналін (2,5–5 мг сублінгвально), а за неефективності необхідно терміново розпочинати тимчасову електрокардіостимуляцію [1,3].

При адекватному лікуванні хворих на СН відмічається поліпшення віддаленого прогнозу, що виражається в зниженні загальної смертності, зменшенні клінічних проявів і тривалості госпіталізації пацієнтів.

**Література**

1. Рекомендації з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності [Електронний ресурс] – 2012. – Режим доступу: <http://strazhesko.org.ua/upload/2014/02/20/skor-variant-rekomendaciy-2012.pdf>
2. Жаринов О.Й. Еволюція рекомендацій з медикаментозного та хірургічного лікування серцевої недостатності [Електронний ресурс] / О.Й.Жаринов // Медицина світу. – 2012. – Т. XXIII, №41. – С.5-10. – Режим доступу: <http://msvitu.com/archive/2012/july/article-4.php>.
3. Наказ МОЗ України від 27.01.2011 № 42 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Ведення вагітності та пологів у жінок з хворобами серця» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20110128\\_42.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110128_42.html).
4. Каминский В.В. Токолитическая терапия: новые возможности / В.В. Каминский, С.И. Жук // Женский лікар. – 2008. – № 6. – С. 3.

**ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ  
НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ***О.С. Полянская*

Высшее государственное учебное  
заведение Украины  
«Буковинский государственный  
медицинский университет»  
(г.Черновцы, Украина)

**Резюме.** В статье отображены новые аспекты лечения сердечной недостаточности у беременных. При сердечной недостаточности с нарушением систолической функции левого желудочка используют диуретики, дигоксин, периферические вазодилататоры. Исследования последних лет (RADIANCE і PROVED и масштабное исследование DIG) дали возможность использовать дигоксин для улучшения клинического течения сердечной недостаточности и качества жизни не только при мерцании предсердий, но и у больных при сердечной недостаточности на фоне синусового ритма. Важное место в повышении эффективности лечения сердечной недостаточности занимает подбор физической активности и психотерапевтическая коррекция. Рекомендовано использование интервенционных и хирургических методов лечения: реваскуляризации миокарда, приборов для поддержания кровообращения.

**Ключевые слова:** сердечная недостаточность, насосная функция сердца, сердечные гликозиды.

**TREATMENT OF HEART FAILURE  
PREGNANT WOMEN***O.S. Polianska*

Higher State Educational  
Establishment  
of Ukraine «Bukovinian  
State Medical University»  
(Chernivtsi, Ukraine)

**Summary.** This article represents new aspects of treatment of heart failure in pregnant women. In case of heart failure with violation of systole function of the left ventricle diuretics, digoxin, peripheral vasodilators are used. Researches of the last years (RADIANCE and PROVED and scale research DIG) allowed to recommend the use of digoxin for the improvement of clinical course of heart failure and quality of life not only in atrial fibrillation, but also in patients with heart failure on a background of sinus rhythm. An important place in the increase of treatment efficacy of heart failure is the selection of physical activity and psychotherapy correction. The use of intervention and surgical methods of treatment is recommended: myocardial revascularization, devices for support of blood circulation.

**Key words:** heart failure; pumping function of heart; cardiac glycosides.