



Амурская область, г. Благовещенск,  
ул. Горького, д. 97  
Справка: 8 (4162) 77-06-02

E-mail: kkh@amursma.su

E-mail для заочных консультаций:  
consultant.kkh@amursma.su



Главный врач *В. В. Коротких*

## **Методические рекомендации по направлению на консультацию к кардиохирургу пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями при беременности.**

Настоящие методические рекомендации разработаны специалистами клиники кардиохирургии на основании Приказа Минздрава России от 20.10.2020 N 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология» клинических рекомендаций от 2018 года по «Диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний при беременности».

Клиника кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России (далее – клиника кардиохирургии) оказывает гражданам РФ специализированную помощь, в т.ч. высокотехнологичную (далее – СМП/ВМП), в условиях круглосуточного стационара по профилям сердечно-сосудистая хирургия и кардиология в соответствии с перечнем изложенных ниже нозологий и медицинских услуг.

Для определения медицинских показаний по оказанию специализированной помощи по профилю сердечно-сосудистой хирургии нужно направить пациентку с комплектом документов к врачу сердечно-сосудистому хирургу в клинику кардиохирургии для проведения очной консультации или направить комплект документов пациента для получения результатов заочной консультации.

### Клиника гарантирует:

*Квалифицированное заключение специалиста.* Медицинские документы пациента в кратчайшие сроки рассмотрят высококвалифицированные специалисты.

*Анонимность и сохранность направленных данных.* Работа с персональными данными осуществляется в строгом соответствии с Федеральным законом РФ «О персональных данных» №152-ФЗ от 27.07.2006 с изменениями.

### Ключевые условия:

Документы должны быть хорошего качества (для прочтения), на русском языке.

Записи исследований в формате DICOM: МРТ/МСКТ, коронарографии, ангиографии, рентгенографии.

Результаты УЗИ, ЭКГ, ЭХОКГ с копией заключения врача и его подписью.

### Для получения заочной консультации.

Заочная консультация проводится только по медицинским документам. Все документы направляются одним архивом (ограничений их размера нет).

Срок проведения плановой заочной консультации до 10 рабочих дней.

Специалист самостоятельно направляет комплект документов следующим способом:

А) нарочно, по адресу: Амурская область, г. Благовещенск, ул. Горького, д. 97, клиника кардиохирургии, регистратура;

Б) почтой, по адресу: 675000, Амурская область г. Благовещенск ул. Горького, д. 97, клиника кардиохирургии, регистратура;

В) электронной почтой по адресу: [consultant.kkh@amursma.su](mailto:consultant.kkh@amursma.su);

В комплект документов, направляемых учреждением, входит:

1. *Направление (Форма №057/у)* с указанием диагнозов основного заболевания и сопутствующей патологии, сформулированных согласно принятых классификаций, и с отражением отсутствия у пациента медицинских противопоказаний к госпитализации;

2. *Выписка из медицинской документации пациента* (в печатном виде, с подписями лечащего врача и заведующего отделением, с печатью направляющей медицинской организации), содержащая:

- диагноз основного заболевания (состояния) и сопутствующих, сформулированных согласно принятых классификаций, с кодами по МКБ-10,
- сведения о состоянии здоровья пациентки,
- результаты лабораторных, инструментальных и др. исследований, подтверждающих основной диагноз.

3. *Анкета* (Приложение №1) с персональными данными пациента и согласием на их обработку.

Заочная консультация в клинике кардиохирургии проводится в течение 10 рабочих дней. Принятое решение оформляется в виде заочной консультации, которое содержит различные варианты решений:

- предложен план дополнительного обследования пациента,
- назначена дата прохождения очной консультации,
- назначен план лечения,

По всем вопросам оказания дистанционных услуг, в т.ч. по результатам заседания ВК, можно обращаться с 8:30 ч. до 16:00 ч. по телефону ординаторской клиники кардиохирургии на базе ул. Горького, 97: 8(4162)77-06-01.

Ответственный специалист: заведующий кардиохирургическим отделением Филатов Валентин Викторович.

## Для получения очной консультации

Предварительная запись на получение очной консультации у сердечно-сосудистого хирурга и кардиолога осуществляется по телефону 8(4162)77-06-02. Для пациенток перинатального центра ежедневно оставлено 1 «окно» очного приема сердечно-сосудистого хирурга на время: 13ч 10 минут. Прием осуществляется по предварительной записи специалистом по вышеуказанному номеру телефона или по согласованию с заведующим отделением Филатовым В.В, а в его отсутствие с врачом сердечно-сосудистым хирургом Шульгой А.С.

В назначенную дату необходимо явиться к консультирующему специалисту с полным перечнем необходимых результатов анализов и методов обследования и с документами.

### **Комплект документов, для получения очной консультации:**

- *Направление (Форма №057/у)* с указанием диагнозов основного заболевания и сопутствующей патологии, сформулированных согласно принятых классификаций.

- *Выписка из медицинской документации пациента* в печатном виде, заверенная подписями лечащего врача, заведующего отделением, содержащая основной и сопутствующий диагнозы заболевания (коды по МКБ-10), подробный анамнез заболевания, данные объективного осмотра.

Обязательно наличие **копий** документов: ПАСПОРТА (страница с фото и пропиской), ПОЛИСА, СНИЛС на момент осуществления очной консультации.

## АНКЕТА

## ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол: муж \_\_\_\_\_ жен \_\_\_\_\_

Гражданство: РФ \_\_\_\_\_ иностранный гражданин \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

\*Если пациенту менее 18 лет, необходимо указать телефон и почту представителя пациента, а также его: фамилию, имя, отчество законного представителя

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Я даю своё согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с указанными ниже Условиями, согласно Политике в отношении обработки персональных данных в ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Условия: Своей волей и в своем интересе я даю согласие на обработку, в т.ч. на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение (уточнение, изменение, обновление), извлечение использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, уничтожение моих персональных данных, которые в зависимости от документа (анкета, заявление и др.) включают, но не ограничиваются следующими ПД: ФИО, дата рождения, пол, паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан), адрес регистрации или пребывания (фактический адрес проживания), номер контактного телефона, адрес электронной почты, клинике кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России, с целью предоставления мне услуг (продуктов).

Я согласен/на, что мои персональные данные будут обрабатываться способами, соответствующими целям обработки персональных данных, в т.ч. с использованием средств автоматизации и без использования таких средств.

А также я согласен/на с тем, что согласие, данное мной и направленное, в т.ч. электронной почтой, является полностью отвечающим требованиям законодательства и позволяющим полностью подтвердить факт его получения клиникой кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в любой момент путем направления мной соответствующего письменного обращения по адресу: 675000, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Горького, 97Б – с пометкой «Отзыв персональных данных».

Я хочу получать от клиники кардиохирургии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России по электронным каналам связи, в том числе через мобильный телефон, электронную почту информацию о новых методах лечения, современных рекомендациях по здоровому образу жизни, рекламных акциях, услугах, скидках, предоставляемых Центром

Подпись пациента

Дата \_\_\_\_\_

**ПЕРЕЧЕНЬ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБСЛЕДОВАНИЙ  
У КАЖДОЙ ПАЦИЕНТКИ:**

**1. Сроком не больше 10 дней:**

Общий анализ крови, включая тромбоциты, СОЭ.

Общий анализ мочи, включая показатель микроальбуминурии.

Биохимический анализ крови: электролиты, общий белок, мочеви́на, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АСТ, АЛТ, глюкоза, триглицериды, общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, моче́вая кислота, СРБ, МНО, ПТИ, АЧТВ, фибриноген.

Группа крови, Rh-фактор.

ЭКГ (пленка и заключение).

Анализ крови на сифилис (методом ИФА).

Анализ кала на яйца гельминтов.

Консультация врача-кардиолога

При наличии сопутствующих заболеваний - консультации врачей-специалистов

**2. При нарушениях ритма сердца:**

Гормоны щитовидной железы (ТТГ, Т4 свободный) сроком не более 30 дней.

УЗИ щитовидной железы сроком не более 30 дней.

ЭХОКГ сроком не более 30 дней.

Холтеровское мониторирование ЭКГ сроком не более 30 дней.

**3. Врожденные пороки развития плода:**

Фетальное ЭХОКГ

Заключение перинатолога.

**4. Врожденные и/или приобретенные пороки сердца беременной женщины, в том числе после оперативных вмешательств на сердце:**

ЭХОКГ сроком не более 30 дней.

Холтеровское мониторирование ЭКГ сроком не более 30 дней.

**5. Кардиомиопатии:**

ЭХОКГ сроком не более 30 дней.

Холтеровское мониторирование ЭКГ сроком не более 30 дней.

Кровь на NT-proBNP сроком не более 30 дней.

**6. Болезни эндокарда, миокарда и перикарда: острые и подострые формы миокардита:**

ЭХОКГ сроком не более 30 дней.

Холтеровское мониторирование ЭКГ сроком не более 30 дней.

**ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ,  
ТРЕБУЮЩИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ ПО ПРОФИЛЮ "СЕРДЕЧНО-  
СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ" У БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК  
НА СРОКЕ ДО 12 НЕДЕЛЬ.**

1. Врожденные пороки сердца:

- пороки сердца с большим размером шунта, требующие кардиохирургического лечения;
- пороки сердца с наличием патологического сброса крови (дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток);
- пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;
- пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;
- пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;
- пороки сердца с затрудненным выбросом крови из правого или левого желудочка (гемодинамически значимые, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и (или) наличием постстенотического расширения);
- врожденные аномалии атрио-вентрикулярных клапанов, сопровождающиеся регургитацией II и более степени и (или) нарушениями сердечного ритма;
- кардиомиопатии;
- тетрада Фалло;
- болезнь Эбштейна;
- сложные ВПС;
- синдром Эйзенменгера;
- болезнь Аэрза.

2. Ревматические пороки сердца:

- все пороки сердца, сопровождающиеся активностью ревматического процесса;
- все пороки сердца, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения;
- ревматические стенозы и недостаточности сердечных клапанов II и более степени тяжести;
- все пороки сердца, сопровождающиеся легочной гипертензией;
- пороки сердца, осложненные бактериальным эндокардитом;
- пороки сердца с нарушениями сердечного ритма;
- пороки сердца с тромбоемболическими осложнениями;
- пороки сердца с атриомегалией или кардиомегалией.

3. Болезни эндокарда, миокарда и перикарда: острые и подострые формы миокардита:

- хронический миокардит, миокардиосклероз и миокардиодистрофия, сопровождающиеся недостаточностью кровообращения и (или) сложными нарушениями сердечного ритма;
  - инфаркт миокарда в анамнезе;
  - острые и подострые формы бактериального эндокардита;
  - острые и подострые формы перикардита;
4. Нарушения ритма сердца (сложные формы нарушения сердечного ритма).
5. Состояния после операций на сердце.

## ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КРАТНОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЙ БЕРЕМЕННОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ:

### **1. Врожденные пороки сердца у беременной женщины:**

#### **Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП):**

Принципиальное значение имеет выделение низкого и высокого ДМЖП. Низкий ДМЖП располагается в мышечной части межжелудочковой перегородки (МЖП) сброс крови слева направо при таком пороке незначительный, гемодинамические нарушения практически отсутствуют, и этот порок имеет благоприятное течение, в данном случае рекомендовано 2-х кратный осмотр кардиологом с результатами Эхокардиографии (УЗИ сердца), за время беременности. Противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути нет.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ 1-2 раза (в зависимости от динамики признаков сердечной недостаточности)

Осмотр кардиологом – 2;

Осмотр кардиохирургом – 1 раз.

Высокий ДМЖП характеризуется значительным сбросом крови слева направо.

При незначительной и умеренной легочной гипертензии и сердечной недостаточности I ст. (I функционального класса (ФК) по NYHA) беременность не противопоказана, роды проводят через естественные родовые пути (с исключением потуг). При высокой легочной гипертензии, а также при наличии симптомов недостаточности кровообращения, соответствующих III-IV ФК (NYHA) пролонгирование беременности противопоказано. В случае пролонгирования беременности практически на весь гестационный период рекомендуется стационарное лечение, показано абдоминальное родоразрешение (если нет сопутствующей легочной гипертензии). После родов необходимо учитывать возможность парадоксальной системной эмболии.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ 2 раза (в зависимости от динамики признаков сердечной недостаточности)

Осмотр кардиологом – динамическое наблюдение;

Осмотр кардиохирургом – 1 раз, кратность консультации осуществляется по результатам ЭХОКГ и осмотра кардиолога, тактика

зависит от степени ЛГ и стадии сердечной недостаточности.

### **Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП):**

При неосложненном вторичном ДМПП вынашивание беременности и роды не противопоказаны. При осложненном — тактика зависит от характера и выраженности осложнений. Обычно достаточно 2-х кратного осмотра кардиолога за время беременности и однократного осмотра сердечно-сосудистого-хирурга с результатами ЭХОКГ и осмотра кардиолога. Катетерному закрытию по Amplatzer подлежат вторичные ДМПП только при условии ухудшения состояния больной (подтвержденного при чреспищеводной ЭхоКГ)

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ -1раз;

Осмотр кардиологом – 2;

Осмотр кардиохирургом – 1 раз, дополнительно по показаниям.

### **Неполная атриовентрикулярная коммуникация (АВК):**

1) неполная форма АВК, включающую в себя ДМПП с расщеплением створки митрального клапана;

2) полная форма АВК представляющую собой практически единый септальных створок митрального клапана и трикуспидального клапана. Этот порок выглядит как единое атриовентрикулярное (АВ) отверстие.

Признаки сердечной недостаточности (тахипноэ, тахикардия, застой в лёгких, гепатоспленомегалия)

характерны для больных полной АВК с первых часов жизни, а достижение фертильного возраста часто невозможно.

У больных с неполной формой АВК степень проявления нарушения кровообращения в основном зависит от выраженности недостаточности митрального клапана.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ -1раз;

Осмотр кардиологом – не менее 2 раз;

Осмотр кардиохирургом – 1 раз, дополнительно по показаниям.

### **Открытый артериальный проток (ОАП):**

При неосложненном ОАП — беременность и роды не противопоказаны. При присоединении легочной гипертензии по результатам ЭХОКГ беременность противопоказана.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – 1раз;

Осмотр кардиологом – 1-2 раза;

Осмотр кардиохирургом – 1 раз, дополнительно по показаниям.

### **Коарктация аорты и синдром Тернера:**

Обоснованным является регулярный контроль АД с тщательным обследованием (СМАД) 1 раз в триместр. При АГ должна быть назначена гипотензивная терапия с учетом состояния маточно-плацентарного кровотока. Во время беременности только при высокой артериальной гипертензии, не поддающейся лечению, может быть проведена чрескожная пластика коарктации аорты, с учетом соотношения риск/польза, однако она чревата диссекцией аорты. Использование стента (у беременных

рекомендуют стенты без лекарственного покрытия) может снизить риск диссекции.

Тактика у оперированных больных зависит от срока давности, типа операции и ее эффективности. При сохранении повышенного АД, срока операции менее 1 года рекомендуется родоразрешение путем кесарева сечения. В остальных случаях — родоразрешение через естественные родовые пути с исключением потуг.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – 1 раз;

Суточный мониторинг АД не менее 1 раза, дополнительно по показаниям;

Осмотр кардиологом – не менее 2 раз;

Осмотр кардиохирургом – 1 раз, дополнительно по показаниям.

#### **Врожденный стеноз устья аорты:**

При легкой и средней степени стеноза устья аорты возможны вынашивание беременности и благополучные роды, однако риск осложнений при тяжелой степени стеноза устья аорты как во время беременности и родов, так и в послеродовом периоде существенен.

При тяжелом аортальном стенозе (если вышеописанные признаки имелись еще до возникновения беременности) женщине необходимо объяснить смертельную опасность, связанную с возможной беременностью и родами. Если сроки беременности уже большие, показано абдоминальное родоразрешение.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – не менее 2 раз;

Холтеровское мониторирование ЭКГ - 2 раза.

Осмотр кардиологом – не менее 2 раз;

Осмотр неврологом – не менее 1 раза.

Осмотр кардиохирургом – 1 раз, дополнительно по показаниям.

#### **Стеноз устья легочной артерии:**

При легкой и средней степени стеноза устья легочной артерии беременность и роды протекают обычно благополучно (через естественные родовые пути). Осложнения со стороны матери, как правило, встречаются с частотой до 15%. При тяжелой степени стеноза беременность может способствовать развитию правожелудочковой недостаточности, суправентрикулярных аритмий. При планировании беременности порок сердца должен быть скорректирован до ее наступления. В случае развития правожелудочковой недостаточности во время беременности методом выбора при тяжелом стенозе является баллонная вальвулопластика.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – не менее 2 раз;

Холтеровское мониторирование ЭКГ - 2 раза.

Осмотр кардиологом – не менее 2 раз;

Осмотр неврологом – не менее 1 раза.

Осмотр кардиохирургом – не менее 1 раза, дополнительно по показаниям

#### **Аномалия Эбштейна:**

Пациентки с аномалией Эбштейна без сердечной недостаточности и цианоза беременность переносят хорошо. В большинстве случаев прогноз беременности вполне оптимистичен. У пациенток с симптомами сердечной недостаточности, выраженной трёхстворчатой регургитацией и/или цианозом до беременности должно быть проведено хирургическое лечение, в противном случае беременность противопоказана. В большинстве случаев роды ведутся через естественные родовые пути.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – не менее 2 раз;

Холтеровское мониторирование ЭКГ - 2 раза.

Осмотр кардиологом – 1 раз в триместр;

Осмотр кардиохирургом – не менее 1 раза, дополнительно по показаниям.

#### **Операция Фонтена:**

Единственный желудочек сердца является достаточно редко встречаемой аномалией у женщин репродуктивного возраста, лишь проведение операции Фонтена позволяет успешно выносить беременность до сроков 25-35 нед. при риске III-IV ВОЗ. Беременность противопоказана при сатурации кислорода менее 85% в покое, снижении сократительной функции правого желудочка, умеренной или выраженной АВ-регургитации или протеиновой энтеропатии. При возможности вынашивания беременности необходимо ежемесячное наблюдение кардиолога. Учитывая высокий риск тромбоза шунта и тромбоэмболических осложнений, рекомендуется предусмотреть возможность терапии антикоагулянтами. Рекомендуется раннее родоразрешение кесаревым сечением в специализированном роддоме.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – не менее 2 раз;

Холтеровское мониторирование ЭКГ - 2 раза.

УЗИ внутренних органов 2 раза;

УЗИ почек – 2 раза;

Осмотр кардиологом – ежемесячно;

Осмотр кардиохирургом – не менее 1 раза, дополнительно по показаниям.

#### **Пороки группы Фалло:**

“Синие” пороки служат противопоказанием для беременности и родов. В любом сроке необходимо убедить женщину прервать беременность. Беременность резко утяжеляет течение этих пороков, велика опасность присоединения церебральных осложнений, тромбозов, сердечной недостаточности, осложнений со стороны плода.

Пациентки, перенесшие радикальную коррекцию тетрады Фалло, обычно переносят беременность и роды хорошо. В большинстве случаев достаточно обследования у кардиолога 1 раз в триместр. У беременных с умеренной или выраженной регургитацией на легочной артерии показана Эхо-КГ 1 раз в 1-2 месяц. В большинстве случаев возможны роды через естественные родовые пути

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – 1-2 раза в триместр;

Холтеровское мониторирование ЭКГ - 2 раза.  
УЗИ внутренних органов не менее 1 раза;  
Осмотр кардиологом – не менее 1 раза в триместр;  
Осмотр кардиохирургом – не менее 1 раза, дополнительно по показаниям.

#### **Синдром Эйзенменгера:**

Сформировавшийся Синдром Эйзенменгера не поддается хирургической коррекции.

При наличии Синдром Эйзенменгера рекомендуется прерывание беременности в I триместре. В случае, когда беременность не была прервана в ранние сроки, необходима госпитализация пациентки практически на весь период беременности в высококвалифицированное специализированное учреждение, в котором может быть осуществлен контроль за состоянием периферической и центральной гемодинамики и давлением в системе малого круга.

Роды ведут через естественные родовые пути с исключением потуг. При ухудшении состояния матери и плода необходимо планировать раннее родоразрешение в условиях специализированного роддома, предпочтительнее в условиях регионарной анестезии.

## **2. Приобретенные пороки сердца у беременной женщины:**

#### **Митральный стеноз:**

Беременность и роды у женщин с митральным стенозом могут протекать без осложнений. У пациенток с тяжелым митральным стенозом показано оперативное родоразрешение, с мониторным контролем центральной гемодинамики, АД и кислотно-щелочного состояния. У остальной категории пациенток роды предпочтительнее вести через естественные родовые пути.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – ежемесячно;

Осмотр кардиологом – 1 раз в месяц;

Осмотр кардиохирургом – не менее 1 раза, дополнительно по показаниям.

#### **Недостаточность митрального клапана:**

Роды через естественные родовые пути безопасны у большинства пациенток, даже у тех, у кого были эпизоды непродолжительной сердечной недостаточности.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – 1 раз в триместр;

Холтеровское мониторирование ЭКГ – не менее 1 раза в год.

Осмотр кардиологом – не менее 1 раза в триместр;

Осмотр кардиохирургом – не менее 1 раза, дополнительно по показаниям.

#### **Недостаточность аортального клапана:**

При отсутствии клинической картины порока беременность и роды протекают без осложнений. В случае выраженной дилатации левого желудочка (по данным ЭхоКГ конечный диастолический размер >5,5 см) беременность противопоказана.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – ежемесячно;

Осмотр кардиологом – 1 раз в месяц;

Осмотр кардиохирургом – не менее 1 раза, дополнительно по показаниям

#### **Ведение беременных с легочной гипертензией:**

В случае наступления беременности, необходимо информировать пациентку о высоком риске развития серьезных осложнений, как со стороны матери, так и со стороны плода/ребенка и обсуждать вопрос об искусственном прерывании беременности. В случае согласия пациентки на прерывание беременности, медицинский аборт должен быть выполнен до 22 нед. беременности.

В случае отказа от искусственного прерывания беременности пациентка с легочной гипертензией всю беременность наблюдается мультидисциплинарной командой специалистов (кардиолог, акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, неонатолог/педиатр, при необходимости привлекаются врачи других специальностей), которая принимает коллегиальное решение по тактике ведения, сроках и способе родоразрешения.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – ежемесячно, при необходимости чаще;

Осмотр кардиологом – не менее 1 раза в месяц;

Осмотр кардиохирургом – не менее 1 раза, дополнительно по показаниям.

#### **Ведение беременных с протезированными клапанами сердца:**

Частота дообследования в течение беременности:

Контроль показателей коагулограммы и МНО 1 раз в 10 дней,

ЭХОКГ – ежемесячно, при необходимости чаще;

Осмотр кардиологом – не менее 1 раза в месяц;

Осмотр кардиохирургом – не менее 1 раза, дополнительно по показаниям.

#### **Пролапс митрального клапана:**

В подавляющем большинстве случаев беременность у женщин с ПМК протекает благоприятно и заканчивается нормальными родами.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – 1-2 раза;

Осмотр кардиологом – 1-2 раза;

Осмотр кардиохирургом – не менее 1 раза, дополнительно по показаниям.

#### **Синдром Марфана:**

Наблюдение за беременными с синдромом Марфана осуществляется ежемесячно (при показаниях — чаще) с проведением мониторинга развития плода (особенно на фоне приема женщиной  $\beta$ -блокаторов). У беременных с нормальными размерами аорты посещение специалистов осуществляется ежемесячно с проведением ЭхоКГ-исследования 1 раз в триместр и до родов. При диаметре аорты более 40 мм, прогрессирующей ее

дилатацией, хирургическом лечении расслаивания или разрыва аорты в анамнезе, ЭхоКГ-исследование осуществляется каждые 4-6 нед

Роды естественным путем возможны у женщин без выраженной патологии ССС и при диаметре аорты, не превышающем 4 см. Когда диаметр корня аорты >5,5 см или увеличивается за время беременности более чем на 1 см, необходимо досрочное родоразрешение, даже при отсутствии каких либо субъективных симптомов.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – 1 раз в триместр, при диаметре аорты более 4 см, ежемесячно.

Холтеровское мониторирование ЭКГ - 2 раза.

Осмотр кардиологом – ежемесячно;

Осмотр кардиохирургом – не менее 1 раза, дополнительно по показаниям.

### **3. Ишемическая болезнь сердца и острый коронарный синдром (ОКС):**

Пациентка с ОКС должна быть немедленно переведена в специализированный центр согласно действующей маршрутизации для проведения диагностической коронароангиографии и чрескожного коронарного вмешательства. Отмечено, что выживаемость увеличивается при использовании транслюминальной баллонной ангиопластики, которая безопасна в отношении матери и плода и показана при поражении одной коронарной артерии с сохраняющейся ишемией миокарда. Показаниями к прерыванию беременности или досрочному родоразрешению являются: сохраняющаяся после транслюминальной баллонной ангиопластики стенокардия; злокачественные аритмии, устойчивые к проводимой терапии; левожелудочковая сердечная недостаточность (кардиальная астма, отёк лёгких, кардиогенный шок). Родоразрешение осуществляется как через естественные родовые пути, так и оперативным путем.

### **4. Кардиомиопатии:**

#### **Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП):**

Если ДКМП была диагностирована до беременности, то женщине следует рекомендовать от нее воздержаться даже при отсутствии клинических симптомов. При наступлении беременности и отказе от её прерывания, ФВ менее 40% пациентка нуждается в наблюдении в специализированном акушерском роддоме, а при ФВ менее 20% — в прерывании беременности. Родоразрешение осуществляется при стабилизации основных параметров гемодинамики или по витальным показаниям со стороны матери под эпидуральной, спинально-эпидуральной анестезией или общим наркозом.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – 1 раз в месяц.

Холтеровское мониторирование ЭКГ - 2 раза.

Осмотр кардиологом – ежемесячно;

Осмотр кардиохирургом – не менее 1 раза, дополнительно по показаниям.

#### **Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП):**

При не обструктивной форме ГКМП пролонгирование беременности может быть разрешено при условии постоянного наблюдения кардиологом. Роды через естественные родовые пути

При средней степени обструкции выносящего тракта левого желудочка вопрос о вынашивании беременности решается индивидуально: необходимо постоянное наблюдение кардиолога и акушера-гинеколога. Роды проводят через естественные родовые пути с исключением потуг.

При тяжелой степени обструкции выносящего тракта ЛЖ (градиент давления — 50 мм рт.ст. и выше) вынашивание беременности и роды категорически противопоказаны. При отказе женщины от прерывания беременности показана госпитализация практически на весь срок беременности. Родоразрешение проводят путем операции кесарево сечение.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – 1 раз в месяц.

Холтеровское мониторирование ЭКГ - 2 раза.

Осмотр кардиологом – ежемесячно;

Осмотр кардиохирургом – не менее 1 раза, дополнительно по показаниям.

#### **Рестриктивная кардиомиопатия:**

Беременность при данном заболевании категорически противопоказана ввиду высокого риска возникновения стойких жизнеугрожающих аритмий.

#### **Перипортальная кардиомиопатия:**

Клинически перипортальная кардиомиопатия в конце беременности или в первые месяцы после родов манифестирует с симптомов сердечной недостаточности с систолической дисфункцией левого желудочка. Часто развивается острая сердечная недостаточность, имеются случаи угрожающих жизни желудочковых аритмий и внезапной сердечной смерти (ВСС). Диагноз перипортальная кардиомиопатия следует подозревать у всех женщин, состояние которых после родов медленно возвращается к исходному (т.е. до беременности) и устанавливают методом исключения других причин сердечной недостаточности.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – 1 раз в месяц.

Холтеровское мониторирование ЭКГ - 2 раза.

Осмотр кардиологом – ежемесячно;

Осмотр кардиохирургом – 1 раз, повторный осмотр через 6 месяцев после родоразрешения, при сохраняющейся клинической картине на фоне оптимальной медикаментозной терапии, для рассмотрения вопроса о необходимости проведения ресинхронизирующей терапии, ИКД.

### **5. Нарушения ритма сердца:**

#### **Экстрасистолия:**

В подавляющем большинстве случаев наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия не является противопоказанием к естественным родам и не требует медикаментозного лечения. Консультация кардиохирурга необходима у беременных с желудочковой экстрасистолией и систолической дисфункцией левого желудочка (потенциально опасная желудочковая аритмия).

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – 1-2 раза.

Холтеровское мониторирование ЭКГ - 2 раза.

Осмотр кардиологом – 1 раз в триместр, при необходимости чаще;

Осмотр кардиохирургом – по показаниям.

**Наджелудочковые тахикардии, а именно: пароксизмальная АВ-узловая реципрокная тахикардия, АВ-реципрокная тахикардия при наличии дополнительных путей АВ-проведения- синдром WPW,**

Беременность может спровоцировать развитие НЖТ или привести к учащению уже имевшихся пароксизмов,

Частота дообследования в течение беременности:

УЗИ щитовидной железы 1 раз.

Гормоны щитовидной железы не менее 1 раза.

ЭХОКГ – 1-2 раза.

Холтеровское мониторирование ЭКГ – не менее 2 раз.

Осмотр кардиологом – 1 раз в триместр, при необходимости чаще;

Осмотр кардиохирургом – 1 раз, дополнительно по показаниям.

**Фибрилляция предсердий:**

Короткие, асимптомные (малосимптомные) пароксизмы ФП не требуют антиаритмической терапии. Профилактическая антиаритмическая терапия может потребоваться при устойчивых, рецидивирующих, симптомных приступах аритмии.

Частота дообследования в течение беременности:

УЗИ щитовидной железы 1 раз.

Гормоны щитовидной железы не менее 1 раза.

ЭХОКГ – 1-2 раза.

Холтеровское мониторирование ЭКГ – не менее 2 раз.

Осмотр кардиологом – 1 раз в триместр, при необходимости чаще;

Осмотр кардиохирургом – 1 раз, дополнительно по показаниям.

**Желудочковая тахикардия и фибрилляция желудочков:**

Группу лиц со злокачественными желудочковыми аритмиями формируют беременные с выраженным структурным поражением миокарда и пароксизмами устойчивой ЖТ и/или успешно реанимированные по поводу ФЖ. Прогноз жизни у этих больных крайне неблагоприятен.

ИКД (наиболее эффективный метод вторичной профилактики ВСС) может быть проведена как до беременности, так и при необходимости в любом сроке беременности с использованием средств максимальной защиты плода. ИКД не является противопоказанием для будущей беременности.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – 1 раз в триместр.

Холтеровское мониторирование ЭКГ – не менее 2 раз.

Осмотр кардиологом – ежемесячно;

Осмотр кардиохирургом – 1 раз, дополнительно по показаниям.

**Нарушение проводимости сердца:**

Выделяют следующие виды блокад:

- Синоатриальную;

- Внутривердсердечную;
- АВ: I, II (Мобитц I, Мобитц II) и III степени;
- блокады ветвей пучка Гиса.

Причинами возникновения синоатриальной и внутривердсердечной блокад могут быть воспалительные, склеротические, дегенеративные изменения миокарда предсердий, передозировка лекарственных препаратов ( $\beta$ -АБ, сердечные гликозиды и др.), электролитные нарушения. Эти виды блокад наблюдаются у практически здоровых лиц при ваготонии. Синоатриальные блокады в подавляющем случае бессимптомны и не требуют специального лечения. Синоатриальные блокады с симптомной брадикардией (пресинкопе, синкопе) являются показанием для имплантации искусственного водителя ритма.

У беременных с симптомами, связанными с синдромом слабости синусового узла, нарушениями АВ проводимости II-III ст. (пресинкопе и синкопальные состояния) требуется выполнение временной или постоянной эндокардиальной стимуляции сердца. Такого рода вмешательства необходимо осуществлять с максимальным использованием ЭхоКГ, как правило, не ранее 8-ой нед. беременности.

Частота дообследования в течение беременности:

ЭХОКГ – 1 раз в триместр.

Холтеровское мониторирование ЭКГ – не менее 2 раз.

Осмотр кардиологом – ежемесячно;

Осмотр кардиохирургом – 1 раз, дополнительно по показаниям.

### **ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА ПЛОДА.**

Врожденные пороки сердца плода подлежат обязательной консультации сердечно-сосудистого хирурга, при выявлении патологии со стороны сердца с целью определения тактики ведения новорожденного в раннем послеродовом периоде.

## **Памятка по направлению на консультацию к кардиохирургу пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями при беременности.**

### **Проведение очной консультации абсолютно показано:**

1. Врожденные или приобретенные пороки сердца беременной пациентки с признаками недостаточности кровообращения, гемодинамически значимыми изменениями по результатам ЭХОКГ и/или нарушениями сердечного ритма.
2. Болезни эндокарда, миокарда и перикарда: острые и подострые формы (эндокардит, перикардит, миокардит, ИБС).
3. Пациентки с легочной гипертензией.
4. Сложные нарушения ритма сердца.
5. Состояния после операций на сердце.
6. Пациентки с протезированными клапанами сердца.

### **Проведение заочной консультации рекомендовано:**

1. В отсутствии возможности осуществить очную консультацию в любом из вышеперечисленных случаев.
2. Пороки сердца у плода.
3. Гемодинамически незначимые пороки сердца у беременной женщины.
4. Состояния после некоторых операций на сердце (скорректированный ДМПП, ДМЖП при отсутствии признаков сердечной недостаточности)

### **Для получения заочной консультации:**

Специалист самостоятельно направляет комплект документов электронной почтой по адресу: [consultant.kkh@amursma.su](mailto:consultant.kkh@amursma.su).

По всем вопросам оказания дистанционных услуг можно обращаться с 8:30 ч до 16:00 часов по телефону ординаторской клиники кардиохирургии на базе ул. Горького, 97: 8(4162)77-06-01. Ответственный специалист: заведующий кардиохирургическим отделением Филатов Валентин Викторович.

### **Для получения очной консультации:**

Для пациенток перинатального центра ежедневно оставлено 1 «окно» очного приема сердечно-сосудистого хирурга на 13:10 часов. Предварительная запись на получение очной консультации у сердечно-сосудистого хирурга осуществляется по телефону 8(4162)77-06-02 (справка клиники) или по согласованию с заведующим кардиохирургическим отделением Филатовым Валентином Викторовичем, а в его отсутствие – Шульгой Андреем Сергеевичем.

В назначенную дату необходимо явиться к консультирующему специалисту с полным перечнем необходимых результатов анализов и методов обследования и с документами согласно утвержденных в «Методических рекомендациях по направлению на консультацию к кардиохирургу пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями при беременности».

Для пациенток, проживающих в отдаленных районах Амурской области, при необходимости осуществления очной консультации «день в день», время осмотра определяется по согласованию с заведующим отделением Филатовым В.В., а в его отсутствие с врачом сердечно-сосудистым хирургом Шульгой А.С.