

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр» МЗ РФ



**Случай ведения
и родоразрешения
беременной
с протезированным
клапаном**

**Иртюга О.Б., Гордеев М.Л., Баутин А.Е., Якубов А.В.,
Степановых Е.Д.,
Карелкина Е.В, Моисеева О.М.**

Пациентка К

Жалобы при поступлении:

**на момент осмотра не предъявляла
Одышку, перебои в работе сердца,
сердцебиение - отрицала**

Anamnesis morbi (1)



2000 год

Наблюдается с рождения кардиологом с диагнозом: ВПС. Неполная форма АВ-канала.

2007 год

Радикальная хирургическая коррекция ВПС : пластика передней створки МК, с пластикой первичного ДМПП

При выписке: ЧСС: 80/мин
ЭХОКГ: МН 1-2 ст,
ТН 1-2 ст.

2008 год

Полная АВ блокада.
ЧСС=42/мин.
Нарастание МН

Anamnesis morbi (2)



2008 год

Консультирована кардиохирургом

ЭХОКГ: МН 3-4 ст.

Рекомендована госпитализация для оперативного лечения тяжелой МН

2009 год

Протезирование МК механическим протезом St.Jude .
Имплантация ЭКС 12-е сутки п\о (полная АВ блокада)

Начат прием Варфарина под контролем МНО.

август 2014 год

Госпитализация в ПЦ Тверской области с диагнозом:
Беременность 35 недель. Дисфункция протеза (?)

МНО=1.
(на фоне самостоятельной отмены варфарина)

Anamnesis morbi (3)

 27.08.2014 переведена в ПЦ ФГБУ СЗФМИЦ для родоразрешения

Общее состояние: удовлетворительное

Отеки: отсутствуют

Сердечно-сосудистая система:

Аускультативно приглушенная мелодия протеза в митральной позиции.

Пульс: 110 уд./мин ритмичный удов.наполнения, не напряжен

АД на правой руке = на левой руке : 90/60 мм рт. ст.

Дыхание: везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки

Терапия: Фраксипарин 0.3-2 раза - контроль антиХа активность-0.1

Диагноз при поступлении:

Беременность 36/1 недель

ВПС: Радикальная коррекция неполной формы АВК 2007 году. Протез МК St. Jude №27, ТЭКС 2009г.

ТРОМБОЗ протеза МК?

Врожденная полная расщелина неба (уранопластика 2014 г)

ХСН II ФК, НК IIA. Легочная гипертензия.

Анемия легкой степени. Первородящая юного возраста.

ВПС плода: ДМЖП.

Anamnesis vitae

Ребенок от 8 беременности, роды 3 срочные.

Вес при рождении 3150 гр, длина 50 см, по Апгар 7/8 баллов.

Росла с отставание в физическом развитии. наблюдалась логопедом и ЛОР с диагнозом: Двусторонняя полная расщелина твердого и мягкого неба, по поводу чего прооперирована только в 2014г.

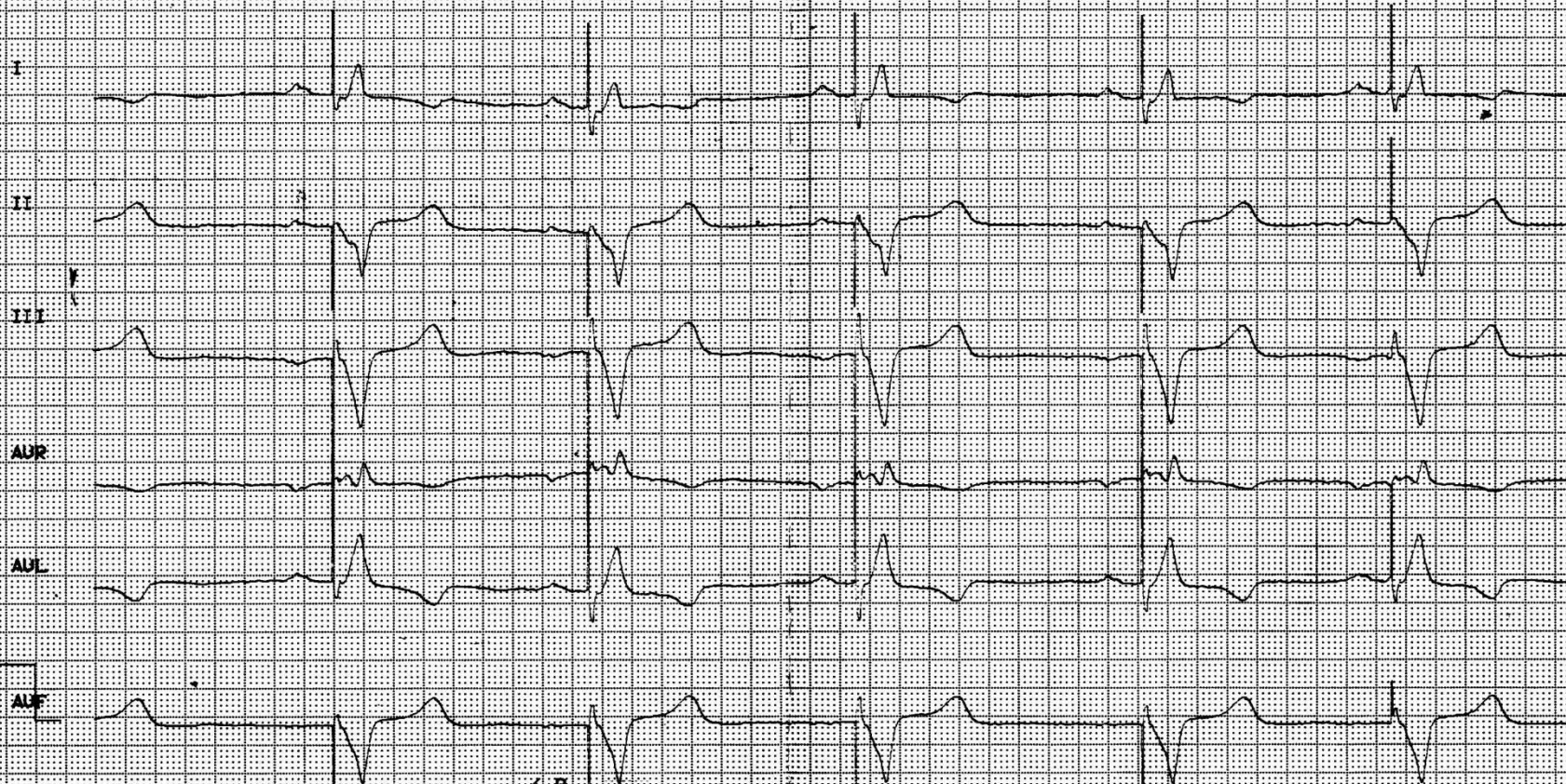
Инфекционные: ОРВИ редко

ЭКГ от 28.08.14

712750 CE 0434 BT6218

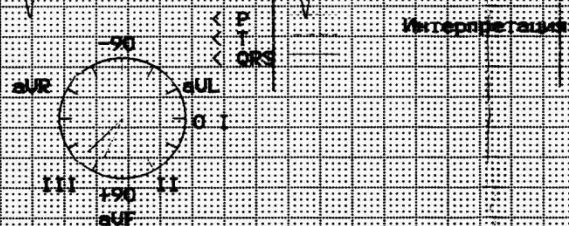
GE MAC1200-ST

vc 66 mm/min



Результаты измерений:

PRS	154	мс
RT/QTcB	438 /	450 мс
PG	158	мс
P	100	мс
RR/PP	908 /	930 мс
P/QRS/T	135 / 135 /	115 град.
STP/QTcBD	48 /	50 мс
Скорость	1.7	мм
МК	8	



Сообщение не подтверждено

ЭХО-КГ

	28.08.14
V_{max} на протезе МК, м\сек	2.4
P_{max} на протезе, мм.рт.ст	28
P_{mean} на протезе, мм. рт. ст.	18
Давление в ЛА, мм.рт.ст	70
ТН, ст	1-2
МР, ст	1
ФВ ЛЖ, %	47
КСРЛЖ, мм	41
КДРЛЖ, мм	58
ЛПТ, мм	40
ТАРСЕ, ПЖ, мм	13
NT-proBNP, пг\мл	745

Консилиум 29.08.14

1. По данным ЭхоКГ от 28.08.14 убедительных данных за дисфункцию протеза митрального клапана нет, тромботические массы на ушке ЛП не визуализируются однако обращает на себя внимание высокий градиент, соответствующий тяжелому митральному стенозу
2. Учитывая регистрируемый высокий градиент на протезе митрального клапана, высокий уровень pro-BNP (745,1 пг/мл), риск тромбоза, учитывая отсутствие адекватной гипокоагуляционной терапии (Анти-Ха активность 0,10), пациентку решено досрочно родоразрешить путем операцией кесарево сечения в плановом порядке 02.09.14
3. Для верификации состояния клапана показано интраоперационное ЧТ ЭхоКГ.

Лапаротомия по Пфранненштилю.

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки 02.09.14

Продолжительность-29 минут

Срочность- плановая

Доступ- по Пфранненштилю

Анестезия- эндотрахеальный наркоз

Срок беременности на момент операции-37 нед

За головку, без затруднений была извлечена живая девочка массой 2400 гр, длиной 46 см в удовлетворительном состоянии. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.

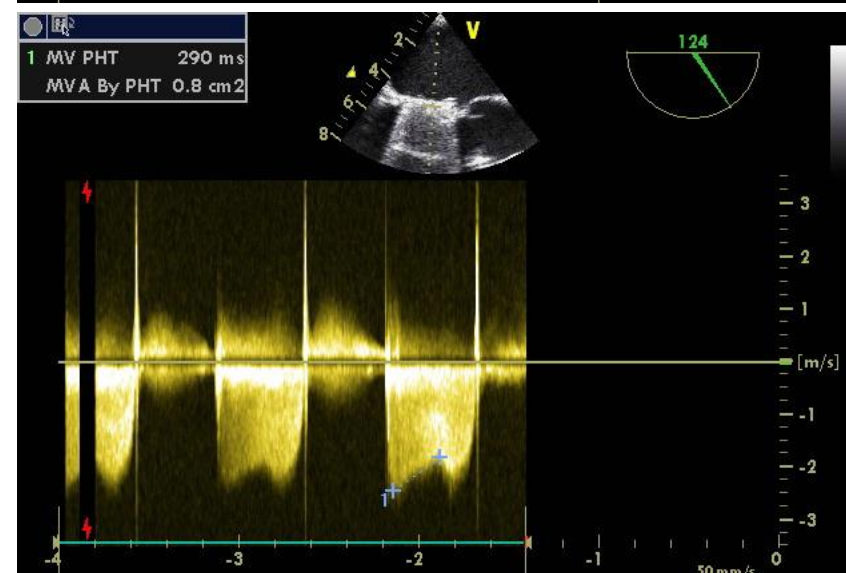
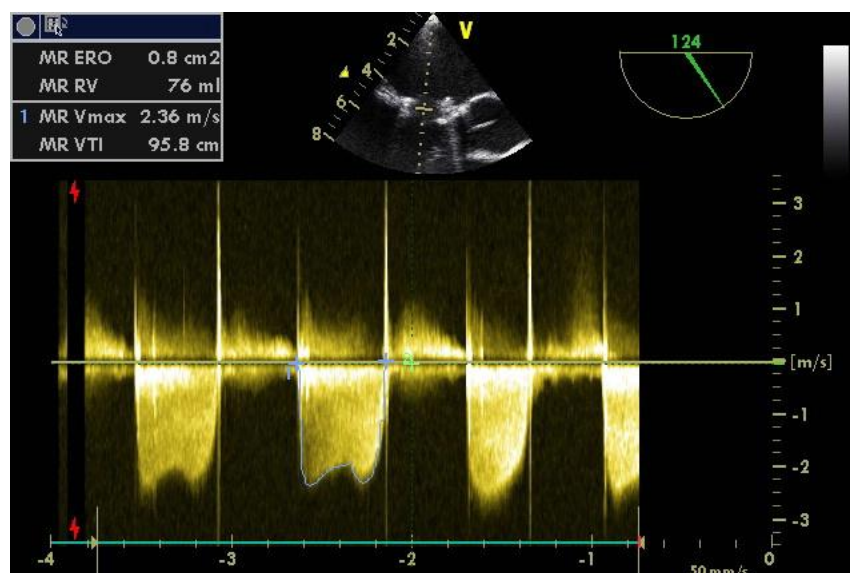
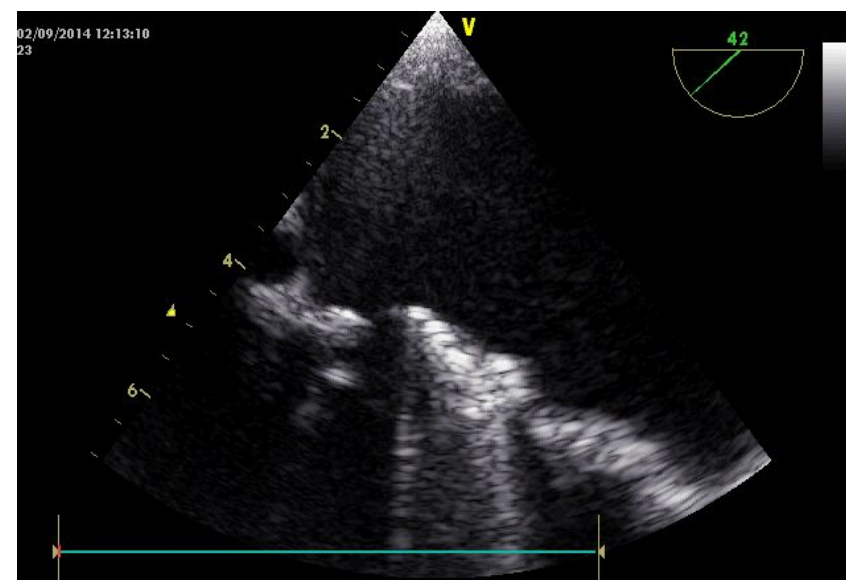
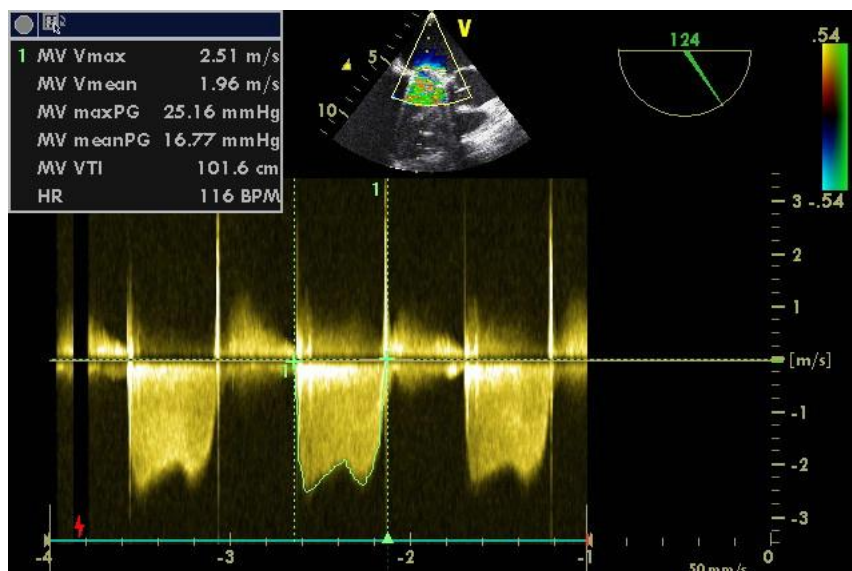
Общая кровопотеря составила 300 мл.

Интраоперационно в/в введен антибиотик(Амписид-1,5гр)

ЭхоКг заключение новорожденной К:

Аневризма МПП с вторичным ДМПП 5 мм
с лево-правым сбросом, ОАП закрыт.

Чп-ЭХО-КГ интраоперационное



18.09.2014

- ▣ Рестернотомия, репротезирование митрального клапана механическим протезом Оп-Х (размер №27), пластика межпредсердной перегородки заплатой из ксеноперикарда в условиях ЭКК и КТТ.

Интраоперационно

- ▣ Два электрода КС, с налетом фибрина. Механический протез с элементами пануса, один из запирательных элементов из-за тромботических масс, фиксирован в полуоткрытом состоянии, второй запирательный элемент подвижный, в движении не ограничен, раскрытие полное.
- ▣ Гистологическое исследование: протезный инфекционный эндокардит с умеренной активностью



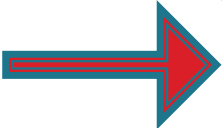


Диагноз при выписке

- ВПС: Радикальная коррекция неполной формы АВК 2007 году. Протез МК St. Jude №27, ПЭКС 2009г.
- Дисфункция протеза митрального клапана: репротезирование митрального клапана механическим протезом On-X (№27) от 18.09.14
- Вторичный ИЭ протеза МК, клинико-лабораторная ремиссия
- Лапаротомия по Пфаннштилю. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки 02.09.14г
- ХСН IIф.к. НК IIA. Легочная гипертензия 1ст
- Врожденная полная расщелина неба (уранопластика 2014г)

Режимы антикоагулянтной терапии у пациенток с протезированными клапанами

Рекомендации	Класс	Уровень
• Обсуждается прием ОАК в I триместре при дозе варфарина не более 5мг, при подписании ИС	IIa	C
• НМГ или НФГ с 6 по 12 неделю беременности	I	C
• Оральные антикоагулянты во II и III триместрах до 34-36 недели	I	C
• Замена ОАК на НМГ или НФГ на 34-36 недели	I	C

Режимы антикоагулянтной терапии во время беременности

1. Варфарин (до наступления беременности) 
НМГ\НФГ до 12\14 недели  варфарин до
35-36 недели  НМГ /НФГ до родов
2. Варфарин до 35-36 недели  НМГ\НФГ
до родов
3. Варфарин (до наступления беременности) 
НМГ\НФГ до родов

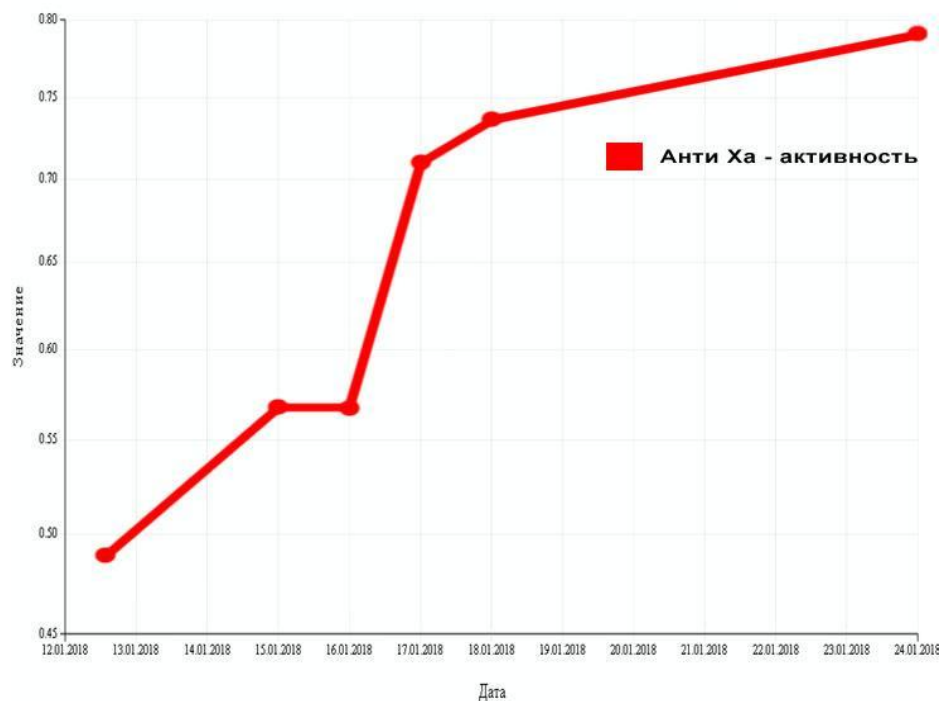
Контроль за лечением НФГ

- ▣ Изменения антикоагулянтного режима в стационаре
- ▣ Первая дозировка НФГ рассчитывается по весу $18 \text{ МЕ} \backslash \text{кг} \backslash \text{час}$ через инфузомат
- ▣ Контроль АЧТВ через 4-6 часов после начала введения и через каждые 6 часов после изменения дозировки НФГ
- ▣ Лечебная дозировка - увеличение АЧТВ в 1,5-2 раза
- ▣ Отмена НФГ за 4-6 часов до начала оперативного вмешательства.

Контроль за лечением НМГ I (C)

- Изменения антикоагулянтного режима в стационаре
- Первая дозировка НМГ рассчитывается по весу
- АнтиХа активность определяется через 4-6 часов после введения НМГ
- Целевое значение - 0.8-1.2 МЕ\мл
- До подбора терапевтической дозировки АнтиХа активность определяется ежедневно
- При достижении целевого уровня во время беременности определяется 1 раз в 7 дней
- Отмена НМГ за 24 часа до начала оперативного вмешательства.

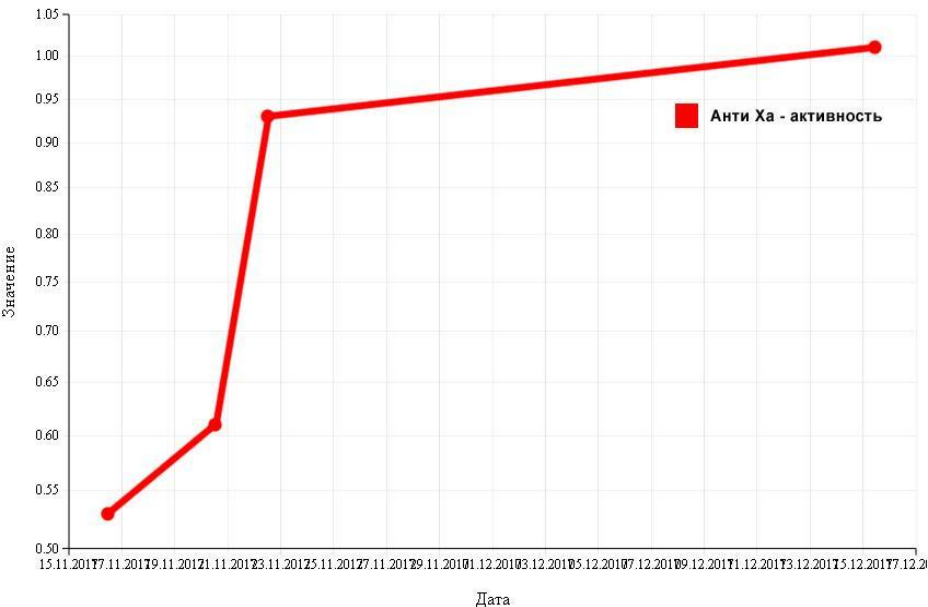
Пациентка, 1.



- До 35 недели варфарин дозировка 5мг - 4.325 мг - 3,75 мг - 2,5мг
- Б 36 н. вес-69кг
- Фраксипарин 0.7мл- 2 раза в день
- Фраксипарин 0.8мл-2р
- Фраксипарин 0.9мл-2р
- Фраксипарин 1.0мл-2р
- Фраксипарин 1.1мл-2р
- Фраксипарин 1.2мл-2р

• Пациентка, 2.

- Вес 50кг, варфарин 3т-7,5мг. Беременность-5н
- 1—2-й день
- Фраксипарин 0.5мл-2 раза в день
- 3-4-й день
- Фраксипарин 0.7мл-2раза
- 5-й день. Беременность 6н
- Фраксипарин 0.9мл-2 раза в день= 0.94 антиХа активность
- Беременность 9 н
- Фраксипарин 0.9мл-2 раза в день= 1.01 антиХа активность



Спасибо за внимание

