

618.3
C36

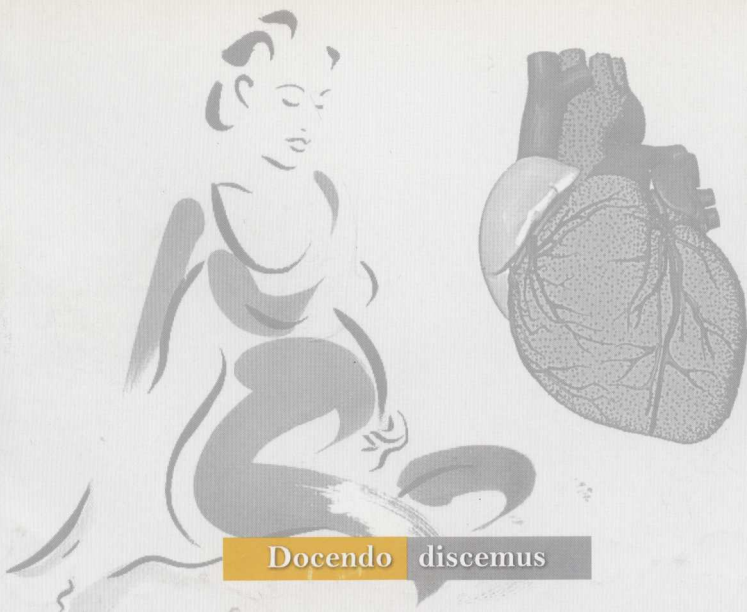


Universitatea de Stat
de Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu”

Biblioteca
Medicului
Practician

O. CERNEȚCHI, M. ȘTEMBERG, L. GRIB

SARCINA ASOCIATĂ BOLILOR CARDIOVASCULARE



Docendo discemus

618.3
C36



Universitatea de Stat | Biblioteca
de Medicină și Farmacie | Medicului
„Nicolae Testemițanu” | Practician

O. CERNEȚCHI, M. ȘTEMBERG, L. GRIB

SARCINA ASOCIATĂ BOLILOR CARDIOVASCULARE

705055

Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
«Nicolae Testemițanu»
Biblioteca Științifică Medicală

sl.

Chișinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2012

CZU 618.3:616.1(076.5)

C 36

Aprobat de Consiliul Metodic Central al USMF
Nicolae Testemițanu cu nr.2 din 17.11.2011

Autori:

Olga CERNEȚCI - dr. hab. med., prof. univ.

Marc ȘTEMBERG - dr. med., conferențiar.

Livi GRIB - dr. hab. med., conferențiar

Recenzenți: ***V. Moșin***, - dr. hab.med.,prof. univ.

Al. Izvoeanu, - dr. med., prof. univ.

Redactor: ***Valentina Batâr***

Procesare computerizată și copertă: ***Natalia Berebiuc***

În carte sunt oglindite diferite aspecte ale problemei asocierii sarcinii și patologiei cardiovasculare. Atenție deosebită se acordă măsurilor prevenirii mortalității materne în cazul patologiei nominalizate.

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Cernețchi, O.

Sarcina asociată bolilor cardiovasculare / O. Cernețchi, M. Ștemberg, L. Grib; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu". - Ch. : CEP "Medicina", 2012. - 108p - (Biblioteca medicului practician)

Bibliogr.: p. 103-104 - 200 ex.

ISBN 978-9975-913-94-2

618.3:616.1(076.5)

C36

ISBN 978-9975-913-94-2

© CEP Medicina, 2012

© O. Cernețchi, M. Ștemberg, L. Grib, 2012

„A salva viața mamelor nu este doar o obligațiune morală, ci și o investiție reală de care beneficiază copiii lor, comunitățile lor și țările lor.”

Tessa Wardlaw

PREFAȚĂ

Perfecționarea tehnicii de diagnosticare, dezvoltarea metodelor chirurgicale radicale sau paliative de corecție a defectelor cardiace și vaselor magistrale, au făcut posibil să se abordeze mai activ tema diagnosticului exact și a tratamentului malformațiilor cardiace congenitale. Câteva decenii în urmă la orice malformație cardiacă congenitală sarcina era interzisă, pe când în prezent, datorită acumulării experienței curății acestor bolnavi, multe gravide cu malformații cardiace congenitale se pot bucura de fericirea maternității.

Bolile organice ale sistemului cardiovascular reprezintă una dintre cele mai grave complicații ale sarcinii, nașterii și perioadei post-partum.

Afecțiunile sistemului cardiovascular la gravide sunt frecvente cauze ale mortalității materne și perinatale. Ponderea afecțiunilor cardiovasculare în sarcină constituie 10%, iar frecvența morții intrauterine a fătului la femeile cu afecțiuni hipoxice congenitale ale cordului – 38%. Aceste fenomene sunt condiționate, în primul rând, de întreruperea sarcinii (avorturi spontane, naștere premătură etc.), precum și de hipoxia intrauterină gravă, soldată cu moartea fătului.

Mortalitatea maternă cauzată de bolile sistemului cardiovascular poate fi redusă dacă examinarea curativo-profilactică a femeilor în timpul sarcinii, nașterii și post-partum va fi efectuată corect și înalt calificat atât la nivel de ambulatoriu cât și în staționar (maternitate, secție terapeutică a spitalului).

Ponderea relativ înaltă a bolnavelor cu maladii cardiovasculare se explică prin faptul că în ultimele decenii tratamentul de corecție

a făcut posibil ca femeile cu cardiopatii congenitale să atingă vârsta reproducerii, iar, pe de altă parte, patologia cardiovasculară afectează tot mai mult tinerii. Din aceste considerente gravidele cu maladii cardiovasculare sunt incluse în grupul de risc, necesitând supraveghere calificată din partea obstetricianului-ginecolog și specialiștilor de profil.

Perioada de gestație implică cerințe majore față de sistemul cardiovascular al femeii. Modificările de adaptare sunt condiționate de coexistența a două organisme – matern și fetal. La gravide se constată tahicardie fiziologică, înregistrând valori maxime în trimestrul al III-lea de sarcină. Concomitent, se mărește volumul sistolic și debitul cardiac. La vârsta sarcinii de 28-30 de săptămâni fluxul sangvin crește cu circa 30%, preponderent pe seama accelerării contracțiilor cardiace și măririi volumului sistolic. Se majorează, de asemenea, volumul sângelui circulant. Odată cu progresarea sarcinii crește necesitatea organismului matern, și a celui fetal în oxigen, care într-o mare măsură este asigurată pe contul intensificării activității cardiace. La femeile care suferă de afecțiuni ale sistemului cardiovascular posibilitățile de compensare sunt limitate, în legătură cu care fapt perioada de gestație la gravidele în cauză decurge cu complicații și poate duce la decompensarea activității cardiace.

În timpul nașterii și în perioada puerperală, de asemenea, se înregistrează anumite modificări în sistemul cardiovascular. Astfel, fiecare contracție uterină este însoțită de împingerea sângelui din uter spre cord, ceea ce majorează cu 15-20% fluxul cardiac, tensiunea arterială și diminuează în mod reflex frecvența contracțiilor cardiace. Durerile și fobiile măresc considerabil fluxul cardiac. O asemenea solicitare a cordului poate fi critică pentru femeia cu patologie cardiacă. Imediat după nașterea fătului, în virtutea excluderii circulației uteroplacentare și înlăturării tensionării venei cave inferioare, se intensifică esențial volumul sangvin total, ceea ce provoacă creșterea solicitării cordului. La femeile bolnave procesul respectiv poate contribui la apariția insuficienței cardiace. Acest lucru necesită acordarea ajutorului medical de urgență. Eficacitatea mă-

surilor terapeutice întreprinse depinde de manifestările clinice ale afecțiunilor cardiace la gravide și de respectarea principiilor asistenței cardiace și obstetricale.

Cel mai frecvent la gravide se depistează:

- 1) valvulopatii cardiace dobândite (reumatice);
- 2) malformații congenitale ale cordului;
- 3) afecțiuni ale miocardului (miocardită, cardiopatii);
- 4) hipertensiunea arterială;
- 5) hipotensiunea arterială;
- 6) patologia venelor.

Lucrarea de față este consacrată problemelor de prevenire a mortalității materne și perinatale cauzată de bolile cardiovasculare la femeii în sarcină, naștere și post-partum.

Se descriu în detaliu acele afecțiuni care pun în pericol viața sau sănătatea mamei sau copilului cu prezentarea succintă a celor bine tolerate.

Lucrarea se adresează medicilor de familie, internistilor, cardiologilor, endocrinologilor, obstetricienilor-ginecologi, medicilor rezidenți și cursanților FECMF.

Autorii

FACTORII CARE CONTRIBUIE LA EVOLUȚIA NEFAVORABILĂ A SARCINII ȘI NAȘTERII LA FEMEILE CU PATOLOGIE CARDIOVASCULARĂ

În timpul sarcinii efortul crescut asupra sistemului cardiovascular provoacă modificări fiziologice reversibile, dar în același timp destul de importante ale hemodinamicii și funcției cardiace.

Creșterea efortului este explicată prin intensificarea metabolismului menit pentru asigurarea necesităților fătului, majorarea volumului circuitului sangvin, apariția circulației placentare suplimentare, cu creșterea permanentă a masei corpului gravidei, creșterea volumului uterului ce limitează mișcările diafragmei. Drept urmare, se mărește presiunea intraabdominală, se modifică poziția cordului în cutia toracică, care, în final, duce la modificarea condițiilor de funcționare a inimii. Astfel de schimbări hemodinamice, ca volumul circuitului sangvin total și al debitului cardiac pot deveni nefiziologice sau chiar periculoase pentru gravidele cu afecțiuni cardiovasculare în urma suprapunerii lor, condiționate de boală.

Consumul de oxigen al organismului în timpul sarcinii crește și înainte de naștere depășește nivelul inițial cu 15-30%. Aceasta se explică prin necesitățile metabolice sporite ale fătului și mamei, concomitent, prin creșterea efortului asupra cordului mamei. În afară de aceasta, a fost stabilită o corelație directă dintre masa corpului fătului și gradul de creștere al consumului de oxigen al mamei. De la debutul procesului de naștere are loc creșterea consumului de oxigen cu 25-30%, în timpul travaliului – cu 65-100%, în perioada a doua – cu 70-85%, la picul travaliului – cu 125-155%. În perioada post-partum precoce consumul de oxigen rămâne în continuare ridicat cu 25%, comparativ cu perioada prenatală. Creșterea bruscă a consumului de oxigen în timpul nașterii este un factor de risc important pentru femei cu boli cardiovasculare. În rezolvarea sarcinii problema majoră rămâne insuficiența circulației sangvine.

Printre cauzele mortalității materne, aceste afecțiuni, observate continuă să ocupe unul din primele locuri. Acest lucru este agravat de unele erori admise la toate etapele de supraveghere a femeilor ce suferă de boli cardiovasculare în timpul sarcinii, nașterii și post-partum, precum și în tratamentul acestora. Printre cele mai frecvente erori menționăm:

- depistarea tardivă a patologiei sistemului cardiovascular la gravide (în timpul luării la evidență) și lăuze, ca rezultat al examinării superficiale și lipsei supravegherii acestora în dinamică;

- abordarea formală a refuzului pacientei de a întrerupe sarcina în cazurile când păstrarea sarcinii este contraindicată;

- trimiterea tardivă a pacientelor în staționar în cazurile când spitalizarea este indicată și controlul incomplet din partea medicilor de familie, obstetricianului și ginecologului pentru realizarea acestei direcții – internarea gravidei în maternitate sau în secția terapeutică a spitalului;

- erorile în tratarea pacientelor din staționar și externarea timpurie, uneori la cerere;

- pregătirea incompletă, insuficientă a gravidelor cu boli cardiovasculare către naștere și conduita incorectă în naștere și perioada post-partum, etc.

Totuși, mortalitatea maternă cauzată de bolile sistemului cardiovascular poate fi micșorată dacă examinarea curativ-profilactică a femeilor în timpul sarcinii, nașterii și post-partum va fi efectuată corect și înalt calificat, atât la nivel de ambulatoriu cât și în staționar (maternitate, secție terapeutică a spitalului).

Indicații medicale pentru întreruperea sarcinii în afecțiuni cardiovasculare

Afecțiuni cardiovasculare

În conformitate cu Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova din 21.09.2010 „Cu privire la efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii în condiții de siguranță”, indicațiile pentru

efectuarea întreruperii sarcinii în afecțiunile cardiovasculare sunt:

- Reumatismul articular acut
- Cardiopatia reumatică cronică
- Bolile reumatismale ale valvei mitrale
- Bolile reumatismale ale valvei aortice
- Bolile reumatismale ale valvei tricuspide
- Boli multiple valvulare
- Boala hipertensivă
- Boala ischemică a inimii (stadiile II-III)
- Cardiopatia pulmonară și bolile vaselor pulmonare
- Pericardita acută
- Alte boli ale pericardului
- Miocardita acută
- Miocardita în bolile clasate pe alte locuri
- Bloc atrio-ventricular și al ramurii stângi a fascicului His
- Stop cardiac
- Tahicardia paroxistică
- Fibrilație atrială, flutter
- Insuficiență cardiacă
- Anevrismul și disecția de aortă
- Embolia și tromboza arterială
- Alte afecțiuni ale arterelor și arteriolelor

Indicații pentru întreruperea sarcinii

A. În perioada precoce:

Problema întreruperii sarcinii până la 12 săptămâni se rezolvă ținând cont de gravitatea viciului cardiac dobândit, starea funcțională a sistemului cardiovascular și gradul de activitate al procesului reumatic.

În stenoza mitrală de gradul I sarcina poate fi prelungită, în absența acutizării procesului reumatic.

Insuficiența valvei mitrale este o contraindicație pentru sarcină numai în cazul scăderii funcției cardiace sau activizării procesului reumatic, la fel și în asociere cu dereglări de ritm și insuficiență

cardiacă.

În stenoza aortică valvulară – sarcina este contraindicată în caz de insuficiență miocardică, cu cardiomegalie marcantă a gravidei.

Insuficiența aortică valvulară este o contraindicație directă pentru sarcină.

Malformațiile congenitale palide ale cordului sunt compatibile cu sarcina, dacă nu se asociază cu hipertensiunea pulmonară.

Pacientele după o intervenție pe cord sunt evaluate diferențiat.

În procesul reumatismal activ sau în activizarea procesului cronic – sarcina este contraindicată.

B. În perioada tardivă

Problema întreruperii sarcinii în termene tardive este dificilă. Deseori apare dilema, ce este mai periculos pentru gravidă: a întrerupe sarcina sau a permite evoluarea ei în continuare.

În orice caz, la apariția semnelor de insuficiență cardiacă sau a bolilor intercurente, pacienta trebuie să fie spitalizată, supusă unui examen minuțios și tratamentului. La un tratament neeficace, și prezența contraindicațiilor pentru intervenție chirurgicală cardiacă, se decide întreruperea sarcinii. Sarcina peste 26 săptămâni se întrerupe prin aplicarea operației cezariene abdominale.

Termenele sarcinii la care este necesară spitalizarea femeilor cu patologii cardiovasculare

- Prima spitalizare se efectuează în săptămâna a 8-10-a de sarcină pentru precizarea diagnosticului și deciderea problemei de păstrare a sarcinii.

- A 2-a spitalizare – în săptămână a 28-29-a de sarcină pentru evaluarea cardiovasculară și, la necesitate, pentru menținerea funcției cardiace în perioada eforturilor fiziologice maxime. ESH necesar pentru profilaxia și tratamentul insuficienței placentare.

- A 3-a spitalizare – în săptămâna a 37-38-a de sarcină, în vederea pregătirii pentru naștere și alegerii metodei de naștere.

La apariția semnelor de insuficiență cardiovasculară, acutizării

procesului reumatismal, în cazul fibrilației atriale, gestozei tardive a gravidei sau anemiei severe, pacienta trebuie să fie spitalizată, indiferent de termenul de sarcină. Conform indicațiilor enumerate, acestea pot fi divizate în dependență de termenul de sarcină: perioada precoce și tardivă.

Metodele principale de examinare a sistemului cardiovascular la gravide

Electrocardiografia – înregistrează impulsurile electrice care apar la excitarea miocardului.

Ecocardiografia se efectuează pentru examinarea hemodinamicii, cardiodinamicii, în scopul măsurării dimensiunilor și volumelor cavităților inimii, aprecierii stării funcționale a miocardului. Metoda este inofensivă atât pentru mamă cât și pentru făt.

Reografia – apreciază starea tonusului vaselor, elasticitatea lor, fluxul sangvin la gravide.

Probele cu efort – se folosesc pentru a evalua starea funcțională a miocardului. Probele cu efort fizic până la atingerea a 150 contracții cardiace per minut se efectuează și la gravide.

Spirografia și echilibrul acido-bazic.

MALFORMAȚII CONGENITALE ALE CORDULUI (MCC)

Malformații congenitale comune ale cordului

Incidența bolilor cardiovasculare la gravide, după datele diferitor autori, variază în limite mari, dar ocupă primul loc în topul tuturor bolilor extragenitale. Astfel, boli cardiace se observă în medie la 7%, hipertensiunea arterială - la 4-5%, hipotonia arterială - la 12% gravide.

La toate femeile gravide cu boală cardiacă congenitală este necesară evaluarea cardiacă fetală, deoarece există un risc de 2-16% de boală cardiacă congenitală la făt. Incidența bolii cardiace congenitale la descendenți este mai mare în cazul afectării materne decât la afectarea tatălui, mai ales în caz de valvă aortică bicuspidă (care este mai frecventă la sexul masculin).

În practica obstetricală se delimitează 3 grupuri ale MCC:

- 1.) malformații cu șunt stânga-dreapta (DSA, DSV, CAV, CAP)
- 2.) malformații cu șunt dreapta-stânga (tetralogia Fallot, TV)
- 3.) malformații cu obstacol în tractul de ieșire a ventriculului drept sau stâng (stenoza a. pulmonare, stenoza aortei, coarctarea de aortă)

Defectul septal atrial. Este cea mai frecventă malformație cardiacă la adulți (9-17%). Se manifestă clinic, de regulă, în decada a 3-4-a de viață. Evoluția și rezultatul sarcinii în această malformație cardiacă de obicei sunt favorabile. În cazuri rare odată cu progresarea insuficienței cardiace se recurge la întreruperea sarcinii.

Stenoza pulmonară izolată. Această malformație este atribuită grupului de MCC frecvente (8-10%). Maladia se poate complica cu dezvoltarea insuficienței ventriculare de dreapta, pentru că în sarcină se mărește volumul sangvin în circuitul mare și debitul cardiac. În stenoza pulmonară ușoară și medie sarcina și nașterea pot evolua

favorabil.

Coarctația aortei. Malformația este condiționată de îngustarea congenitală a aortei descendente toracice, de obicei distal de originea arterei subclaviculare stângi. Coarctația aortei poate să se complice cu hemoragie intracerebrală, disecția sau ruptura aortei, endocardită infecțioasă subacută. Coarctația aortei de gradele II-IIIb este o contraindicație absolută pentru sarcină; pentru gradul I (TA mai puțin de 150 mmHg) sarcina este permisă, cu condiția excluderii perioadei a 2-a de naștere.

În MCC, cu șunt dreapta - stânga combinate și complexe (tetralogia Fallot, transpoziția de vase mari etc.) și sindromul Eisenmenger, mortalitatea gravidelor rămâne a fi cea mai înaltă (până la 70%). Gestantele cu tetralogia Fallot de tip cianotic, chiar în lipsa efortului, manifestă periodic accese hipoxemice: intensificarea cianozei și respirației, confuzia, până la pierderea cunoștinței. Pentru aceste paciente cel mai mare pericol îl prezintă dereglările hemodinamice ce țin de hemoragii în timpul sarcinii sau nașterii.

Actualmente majoritatea femeilor cu MCC pot păstra sarcina și nasc fără risc deosebit pentru sănătate. Prognoza la acestea este determinată nu numai de forma malformației, dar și de faptul dacă este prezentă insuficiența cardiovasculară sau nu, este sau nu majorată presiunea în a. pulmonară, are loc hipoxemia pronunțată sau nu, etc.

Hipoxia de lungă durată și insuficiența circulatorie la bolnavele cu MCC cauzează complicații ale sarcinii și nașterii. Dacă starea funcțională a cordului și circulația sunt satisfăcătoare, complicațiile obstetricale nu sunt mai frecvente decât în lotul femeilor sănătoase.

Datorită perfecționării tehnicilor de diagnostic, elaborării noilor metode chirurgicale radicale sau paliative de corecție a malformațiilor cardiace și vasculare, pe parcursul ultimelor decenii, problemele de diagnosticare topică corectă și tratament ale acestor anomalii congenitale sunt activ rezolvate. Până nu demult în orice tip de malformație congenitală a cordului sarcina era inacceptabilă.

lă. Actualmente, datorită acumulării experienței managementului acestor paciente, multe dintre femeile cu cardiopatii congenitale pot trăi fericirea maternității.

MCC cu șunt stânga-dreapta constituie cca 50% din cazuri și se întâlnesc mai frecvent la gravide. Majoritatea pacientelor poartă bine sarcina și nasc în absența dereglărilor hemodinamice în circuitul mic. În caz contrar, sarcina poate fi purtată până la termen doar cu condiția monitorizării și tratamentului sistematic în servicii specializate. Nașterea la pacientele în cauză decurge cu aplicarea forcepsului obstetrical.

În travaliu și post-partum la bolnavele cu defecte septale este posibilă embolia în vasele sistemului circuitului sangvin mare (inclusiv în creier).

Cel mai mare pericol pentru aceste bolnave, intervine în perioada post-partum precoce, când în cordul drept vine un flux mare de sânge, care interesează șuntarea și suprasolicitarea cordului stâng cu pericol de hipoxie și insuficiență cardiacă acută.

Bolnavelor cu MCC cu șunt stânga-dreapta, cu insuficiență circulatorie de gradul I sau gr. IIA, cu hipertensiune pulmonară, sarcina le este contraindicată. Hipertensiunea pulmonară are ca efect sclerozarea vaselor pulmonare și instalarea sindromului Eisenmenger.

MCC cu șunt dreapta-stânga sunt foarte grave și puține paciente ating vârsta de reproducere.

Din cauza insuficienței volumului sangvin în sistemul a. pulmonare, la aceste bolnave se reduce coeficientul utilizării oxigenului, simptom ce se agravează la efort fizic (în naștere) din cauza decalajului între creșterea ventilației plămânilor și fluxul diminuat al sângelui în circuitul mic. Nașterea la aceste bolnave se termină cu utilizarea forcepsului obstetrical. În perioada post-partum este posibilă formarea trombilor în sistemul a. pulmonare (îndeosebi la bolnavele cu complexul Eisenmenger).

La bolnavele cu MCC cu obstacol moderat pentru sângele propulsat, de care ne dăm seama după lipsa hipertrofiei ventriculare

(ECG), sarcina este permisă. În formele grave ale acestor MCC, când creșterea VSC suprasolicită funcția ventriculelor hipertrofiate, sarcina nu numai că agravează insuficiența funcției cordului, dar și prezintă risc vital și, bineînțeles, este contraindicată. La aceste paciente se recomandă corecția chirurgicală a MCC.

S-a adevărit incontestabil următoarea legitate: cu cât mai timpuriu s-a efectuat operația MCC, cu atât este mai bună starea gravidei. Sunt determinate 3 grupuri de risc la bolnavele cu MCC:

1. fără semne de insuficiență cardiacă, la care efortul fizic nu provoacă fatigabilitate (oboseală), dispnee, palpitații.

2. cu semne de insuficiență cardiacă, însă la care în repaus starea rămâne satisfăcătoare. Efortul fizic provoacă oboseală, dispnee, palpitații, se determină hipertensiune în a. pulmonară (sindromul Eisenmenger);

3. simptomele insuficienței cardiace apar chiar și în repaus. Bolnavele au toleranță extrem de scăzută la efort fizic, hipertensiunea în artera pulmonară este extremă. Se stabilește insuficiența respiratorie de gr III.

Sarcina se admite la gradele I și II de risc, cu condiția monitorizării în dinamică a pacientelor în policlinică și tratarea lor în serviciile spitalicești specializate pentru gravide cu patologie cardiovasculară. La aceste bolnave efectul clinic se obține în timp de 12-14 zile, de aceea internarea antenatală în maternitate se va face la termenul de 37 săptămâni de sarcină.

La gradul III de risc, complicațiile se agravează. Chiar dacă se efectuează tratament cardiosustinator (protector), pentru a obține succes clinic e nevoie de 3-5 săptămâni. La aceste paciente, în afară de tratamentul medicamentos, se indică oxigenarea hiperbarică, care nu poate fi efectuată în toate maternitățile. Din aceste considerente, la bolnavele din grupul de risc de gradul III, graviditatea este contraindicată. Acestea le sunt recomandate contraceptive. Dacă totuși graviditatea nu a fost prevenită, atunci în cadrul pregătirii pentru naștere, de preferință prin căile naturale, este necesară o pregătire intensivă cu durata de 5-7 zile. Pe fundalul insuficienței

cardiace se administrează spasmolitice, tranchilizante (desensibilizante, antidolore). Bolnavele primesc prednisolon (sau dexametazon) pentru sporirea producției de surfactant în pulmonii fătului. Pregătirea de naștere se face conform gradului maturității colului uterin. Când colul uterin este maturizat, bolnavele se transferă în blocul de naștere pentru declanșarea contracțiilor uterine.

Perioada de dilatare trebuie condusă cu alocație anesteziologică (anestezie peridurală) și tratament cardiotonic adecvat cu glicozide. Declanșarea contracțiilor se înfăptuiește în mod obișnuit cu prostaglandine, oxitocină.

Pe tot parcursul travaliului se administrează un complex vitamino-energetic, se corectează la necesitate echilibrul acido-bazic, se efectuează profilaxia hipoxiei fetale. Nașterea se termină, de regulă, cu aplicarea forcepsului obstetrical cavitat. În cazuri extreme se recurge la respirație dirijată cu intubarea traheei. Aceasta este strict indicată în cazurile când în perioada de pregătire nu se obțin rezultate satisfăcătoare în privința restabilirii hemodinamicii și respirației. Deosebit de necesară este respirația dirijată atunci când lipsesc posibilitățile de oxigenare hiperbarică.

Perioada de delivrență placentară la pacientele din grupul de risc de gradul III trebuie condusă cu mare prudență, cu respectarea principiului minimizării hemoragiei.

După naștere, lăuza se transferă în secția (sau salonul) de terapie intensivă pe o durată de 6-7 zile. În funcție de evoluția ce va urma, pacienta se transferă în secția de lăuzie sau în staționarul cardiologic.

Prolapsul valvei mitrale. Prolapsul valvei mitrale este o anomalie a aparatului valvular mitral, cu proeminarea uneia sau ambelor cuspid în atriul stâng către sfârșitul sistolei. Conduita sarcinii și nașterii gravidei cu prolapsul valvei mitrale va fi similară ca și în sarcina fiziologică. O prolabare proeminentă, cu amplitudine mare în timpul sarcinii, evoluează fără particularități. La aceste paciente în cazuri cu simptomatologie cardiacă, este necesar de a limita travaliul prin aplicarea forcepsului. În asocierea patologiei obstetricale

(contractii uterine slabe, făt mare ș.a.) nașterea se rezolvă prin operație cezariană.

Viciile cardiace *dobândite reumatice* prezintă o rată de 75-90% dintre afecțiunile cardiace la gravide.

Cea mai frecventă leziune valvulară reumatică este *stenoza mitrală* izolată sau prevalentă în combinație cu insuficiența mitrală valvulară. Acest viciu se întâlnește la 75-90% de gravide afectate de cardiopatii reumatismale cronice. În stenoza mitrală de gradul I sarcina poate evolua în lipsa procesului reumatismal activ. Cu regret, la pacientele cu stenoza mitrală pe parcursul sarcinii, din cauza amplificării hipertensiunii arteriale pulmonare, crește probabilitatea dezvoltării edemului pulmonar. Vom menționa că nici o schemă de conduită a nașterii (forceps, operație cezariană) nu permite cuparea edemului pulmonar. Cea mai efektivă metodă pentru un rezultat favorabil în acest caz este comisurotomia mitrală.

A doua leziune valvulară după frecvență (6-7%) – este insuficiența mitrală valvulară. De regulă, în acest caz în lipsa unei regurgități considerabile, dereglărilor de ritm și insuficiență cardiovasculară sarcina nu agravează evident boala.

MALFORMAȚIILE CORDULUI (ASPECTE CARDIOCHIRURGICALE) ȘI GRAVIDITATEA

Tactica obstetricală în cardiopatii la gravide este determinată în mare măsură de prezența și gradul de manifestare a insuficienței circulatorii și de activitatea febrei reumatismale acute. Gravidele cu patologie cardiovasculară sunt spitalizate în 3 etape, indiferent de stare: 1) la vârsta sarcinii de 8 – 12 săptămâni, pentru precizarea diagnosticului și luarea deciziei privind păstrarea sarcinii; 2) la vârsta sarcinii de 28 – 32 săptămâni (perioada de solicitare hemodinamică maximă a cordului), pentru efectuarea tratamentului cardiologic și altor măsuri curativ - profilactice; 3) la vârsta sarcinii de 36-37 săptămâni, pentru pregătirea gravidelor pentru naștere, efectuarea tratamentului cardiologic și elaborarea planului de conduită în naștere.

Diagnosticarea semnelor de insuficiență circulatorie sau acutizărilor în perioada precoce a sarcinii constituie indicație pentru întreruperea ei până la 12 săptămâni.

S-a propus a prognostica sarcina și nașterea la femeile cu malformații cardiace în funcție de gradul de risc. *Gradul I* – îl constituie gravidele cu malformații cardiace fără semne de insuficiență cardiacă și acutizare a febrei reumatismale acute; *gradul II* – pacientele cu semne incipiente ale insuficienței cardiace și febră reumatismală acută în faza activă *gradul I*; *gradul III* – pacientele cu semne de predominare a insuficienței ventriculare drepte și *gradul II* de activitate a febrei reumatismale acute, fibrilație atrială recentă, hipertensiune pulmonară de *gradul II*; *gradul IV* – pacientele cu semne de insuficiență ventriculară stângă sau totală, *gradul III* de activitate a febrei reumatismale acute; cardio- și atriomegalie, fibrilație atrială de lungă durată cu fenomene tromboembolice, hipertensiune pulmonară de *gradul III*.

705055

Pacientele cu malformații cardiace din clasa funcțională NYHA III și IV, în timpul sarcinii, au un risc înalt, ceea ce înseamnă că nu există rezervă cardiovasculară.

Continuarea sarcinii este posibilă doar în gradele I și II de risc.

Nașterea la femeile cu afecțiuni cardiace are loc, de regulă, prin căile naturale. În cazul în care, în timpul perioadei de gestație, circulația sangvină a fost compensată sau au fost constatate etape inițiale ale insuficienței circulatorii, dar lichidate către momentul nașterii, nu este necesar să se excludă contracțiile expulzive.

Aplicarea forcepsului sau vidextractorului în excavație este indicată: a) în insuficiența cardiacă – clasele funcționale (CF) I și II la primipare și în CF II la multipare, indiferent de afecțiunea cardiacă care a provocat decompensarea; b) în insuficiența cardiacă în CF III în timpul sarcinii, care către momentul nașterii a trecut în CF I sau II; c) în dereglarea circulatorie în timpul nașterii; d) în crizele de insuficiență coronariană în sarcină sau naștere; e) în hipertensiune pulmonară; f) în fibrilație atrială, în malformație cardiacă compensată și perioada de expulzie prelungită. În celelalte cazuri perioada a II-a se scurtează în urma perineotomiei.

Investigațiile au demonstrat că, spre deosebire de alte metode de naștere, devieri minime sunt înregistrate anume în nașterea cu aplicarea forcepsului în excavație. În obstetrica contemporană, indicațiile pentru efectuarea cezarienei la femeile cu valvulopatii cardiace dobândite sunt strict limitate. Nașterea abdominală se efectuează în următoarele cazuri: a) proces reumatic activ; b) valvulopatie cardiacă cu insuficiență ventriculară stângă evidentă și ineficiența tratamentului medicamentos activ; c) asocierea valvulopatiei cardiace la patologia obstetricală, ce necesită naștere operatorie.

În timpul nașterii este necesar a efectua terapia respectivă, mai ales pentru pacientele cu decompensare. Pe lângă oxigenoterapie, se vor administra glicozide cardiace, soluție de glucoză cu vitamina C. Bolnavelor cu hipertensiune pulmonară li se administrează 10 ml soluție eufilină 2,4%, 10 ml soluție glucoză 40% (în plus la glicozidele cardiace).

În cazul gravidelor, cărora li se administrează anticoagulanți, din săptămâna a 37-a de sarcină, se trece la heparină. La începutul travaliului heparina se anulează, reluându-se la 4 – 6 ore după naștere (în lipsa complicațiilor hemoragice obstetricale). Administrarea anticoagulanților indirecti până la începutul nașterii nu se recomandă, dat fiind faptul că acțiunea acestora încetează mai lent decât cea a heparinei, sângele fetal fiind influențat de acțiunea anticoagulanților. În consecință, fătul poate avea hemoragii intracerebrale.

Nașterea la femeile cu decompensare este optimă în poziție semișezândă în vederea reducerii creșterii volumului sangvin ca urmare a fluxului din extremitățile inferioare. Poziția semișezândă facilitează respirația parturientelor cu stază sangvină în plămâni.

În afară de aprecierea situației obstetricale, supravegherea nașterii constă în determinarea frecvenței pulsului, respirației și tensiunii arteriale la interval de 30 – 60 minute. La fiecare 1-2 ore se vor efectua ECG în dinamică. Nașterea în cazul patologiei cardiovasculare are loc în prezența terapeutului și anesteziologului. Este necesară analgezia precoce (odată cu începutul travaliului) a nașterii.

O atenție deosebită necesită perioada a III-a de naștere, deoarece anume în această perioadă are loc modificarea rapidă a hemodinamicii și deseori imediat după naștere se tulbură brusc circulația sangvină. Acest fenomen este condiționat de mobilizarea promptă a lichidului din spațiul extravascular, precum și de refluxul considerabil al sângelui din extremitățile inferioare, dat fiind faptul că uterul gravid se eliberează și dispăre staza venei cava inferioară.

În perioada puerperală precoce este necesară aplicarea unei greutăți pe abdomen, în vederea diminuării acumulărilor sângelui și asigurării unui aflux suficient de sânge spre cord, pentru a exclude hipovolemia, hipoxia cerebrală și colapsul, în prezența malformației cardiace caracterizate prin mărirea torentului cardiac (insuficiență aortică, insuficiență mitrală). În malformațiile cardiace la care se asociază hipervolemia pulmonară (stenoza mitrală, complexul Eisenmenger, defecte septale) greutatea pe abdomen nu se va aplica. De asemenea, nu vom aplica greutatea în cazul malformațiilor cu

arteră pulmonară îngustă (stenoza orificiului arterei pulmonare, tetradă Fallot) pentru a preveni insuficiența acută ventriculară dreaptă, iar în defectele septale și canal arterial permeabil (CAP) – pentru excluderea condițiilor de propulsare a sângelui de la stânga spre dreapta (șunt stânga-dreapta).

Nașterea și operația cezariană la gravidele cu afecțiuni cardiace necesită analgezie adecvată în vederea excluderii progresării insuficienței cardiace și apariției edemului pulmonar. Cezariana, în prezența condițiilor, se efectuează în mod planificat; operația de urgență este riscantă. Operația cezariană este contraindicată bolnavelor cu decompensare gravă în cardiomegalie, ciroză hepatică, aritmii grave, cardiopatii congenitale cu cianoză. Pentru asemenea paciente sarcina este contraindicată. Însă, în caz de necesitate, este de dorit ca nașterea să aibă loc în condiții hiperbarice.

Prognosticul, de regulă, este nefavorabil. În indicații obstetricale, mai ales în stare de inhibiție, necesitatea cezarienei este indiscutabilă.

La etapa de pregătire pentru nașterea prin cezariană se va acorda atenție primordială corecției hemostazei, îndeosebi în grupul pacientelor cu proteze valvulare. Alegerea metodei de analgezie în cezariană, la gravidele cu patologie cardiovasculară, se face luând în considerare inofensivitatea ei pentru mamă și făt.

Principiile conduitei în perioada puerperală sunt analoge cu cele din perioada de gestație. Alăptarea copilului este interzisă în cazul formei active a febrei reumatismale acute și în progresarea semnelor de decompensare.

Succesele cardiochirurgiei, operațiile pe cordul deschis în condiții de circulație sangvină artificială au dus la creșterea permanentă a numărului de femei de vârstă fertilă care suportă cu succes corecția operatorie a malformației. Multe dintre ele, după operația pe cord, pot purta sarcina și suporta nașterea. Cu toate acestea, la soluționarea problemei vizavi de posibilitatea sarcinii la acest contingent de femei, se va ține cont de faptul că în majoritatea cazurilor corecția malformației cardiace nu restabilește totalmente norma anatomofii-

ziologică.

În perioada postoperatorie este posibilă recidivarea febrei reumatismale acute. În plus, malformația cardiacă existentă, de obicei, provoacă modificări în mușchiul cardiac și în circulația pulmonară. Aceste fenomene au condiționat apariția unei noi probleme în obstetrică. E vorba de sarcina și nașterea la pacientele care au suportat o intervenție chirurgicală pe cord. Rezultatul sarcinii și nașterii la femeile cu malformații cardiace depinde nu numai de caracterul malformației, dar și de gradul de manifestare a reacțiilor de compensare și adaptare, de starea funcțională a diferitor organe și sisteme. Aceeași legitate se păstrează și în cazul pacientelor cu cord operat.

Problema sarcinii la femeile care au suportat intervenție pe cord se soluționează de comun acord cu cardiochirurgul, cardiologul și obstetricianul până la survenirea sarcinii sau la etapa precoce a perioadei de gestație. Este necesară examinarea clinică complexă cu utilizarea metodelor moderne de evaluare a stării miocardului, stării circulației pulmonare și funcției respirației externe. Aceasta se poate realiza prin aplicarea, pe lângă metodele de rutină (electrofonocardiografia, roentgenoscopia și roentgenografia cutiei toracice), a ecocardiografiei, polireografiei, spirografiei, determinarea indicilor sistemului hemostazei.

În aprecierea datelor anamnestice o atenție deosebită se va acorda duratei maladiei cardiace și gradului inițial de gravitate a stării pacientei până la operație, caracterului și volumului intervenției chirurgicale, timpului expirat după intervenția pe cord, complicațiilor în perioada precoce și cea tardivă, caracterului ritmului cardiac înainte și după operație. După obținerea rezultatelor investigațiilor se poate soluționa problema despre continuarea sarcinii.

Indiferent de volumul intervenției chirurgicale pe cord, sarcina va fi întreruptă în cazul în care vor fi diagnosticate insuficiența cardiacă CF III, endocardita bacteriană, miocardita, dereglarea ritmului cardiac și prezența malformațiilor cardiace necorectate. Întreruperea artificială a sarcinii se va efectua în restenoză, insufi-

ciență traumatică a valvulei mitrale, valvulei artificiale ale cordului, recanalizarea canalului arterial Botallo deschis, defect septal atrial, defect septal interventricular, operații paliative în cazul tetralogiei Fallot, coarctăția aortei cu hipertensiune arterială, în asocierea patologiei extragenitale la cordul operat (hipertensiune arterială, afecțiuni renale). După avort pacientele respective necesită contracepție sigură.

Sarcina și nașterea la pacientele cu comisurotomie mitrală. Grație realizărilor înregistrate în tratamentul și profilaxia febrei reumatismale acute, s-a redus esențial numărul bolnavelor cu cardiopatii reumatice. Cu toate acestea, printre femeile de vârstă reproductivă ponderea celor cu cardiopatii dobândite rămâne a fi înaltă. Un grup numeros de asemenea paciente îl formează cele cu stenoza mitrală. Sarcina și nașterea în stenoza mitrală deseori evoluează cu complicații, însăși sarcina solicitând un efort suplimentar asupra sistemului cardiovascular, acutizând evoluția clinică a stenozei mitrale. În unele cazuri (orificiul mitral mic, hipertensiune pulmonară, toleranță scăzută la efort etc.) sarcina poate prezenta pericol pentru viața pacientei. În acest caz doar corecția chirurgicală a malformației permite a evita urmările negative ale solicitării hemodinamice, condiționate de sarcină și naștere.

Până la etapa actuală nu există indicații și contraindicații unice pentru corecția chirurgicală a stenozei mitrale. Numeroși cercetători consideră că comisurotomia mitrală în timpul sarcinii trebuie efectuată doar în prezența indicațiilor vitale la manifestarea și progresarea stazei pulmonare, în edem pulmonar recidivant.

Potrivit unor autori, în argumentarea indicațiilor pentru corecția stenozei mitrale în perioada de gestație un rol major îl are determinarea vârstei optime a sarcinii, când operația va prezenta un risc minim pentru pacientă. În pofida acestui fapt, la momentul actual nu s-a format o opinie unică în acest sens.

Unii cercetători consideră optime intervențiile precoce, alții – la vârsta sarcinii de 18 – 26 săptămâni, deoarece perioada de la operație până la naștere este suficientă pentru adaptarea sistemului car-

diovascular la noile condiții hemodinamice. Totuși, cercetătorii au un punct de tangență: este necesar de a exclude operația pe cord la vârsta sarcinii de 28-32 de săptămâni, perioadă de maximă solicitare a sistemului cardiovascular. Efectuarea operației aproape de perioada nașterii constituie un obstacol dificil pentru menținerea dezvoltării hemodinamicii în limitele normei. Femeilor care au suportat comisurotomia mitrală până la sarcină, li se vor aprecia neapărat gradul de risc pentru mamă și făt, ceea ce va determina tactica de admitere sau interdicție a sarcinii.

În baza studierii exhaustive a particularităților evolutive ale sarcinii, rezultatelor precoce și tardive, datelor examinărilor instrumentale în perioadele preoperatorii și de adaptare, indicațiile și contraindicațiile pentru efectuarea comisurotomiei mitrale în perioada de gestație sunt următoarele:

Indicații pentru operație:

1) lipsa ameliorărilor clinice în urma tratamentului medicamentos al insuficienței cardiace timp de 10-12 zile (intensificarea dispneei, fenomenelor de stază pulmonară, dereglarea ritmului cardiac de tipul fibrilației atriale);

2) micșorarea minut-volumului circulator cu 25% și mai mult, volumului sistolic cu 21,6% și mai mult, în comparație cu aceiași indici la gravidele intacte;

3) suprafața valvei mitrale egală cu cel mult 1,5 cm², reducerea sau dispariția totală a undei în mișcarea valvei mitrale, apariția semnelor de închidere sistolică parțială a valvelor arterei pulmonare (după datele ecocardiografiei);

4) hipertensiune pulmonară (după datele ECOCM) – forma hipertonică a curbei;

5) tulburarea eficacității ventilației pulmonare, discordanța ventilației fluxului sangvin, dereglarea bruscă a minut-volumului respirator și coeficientului de asimilare a oxigenului;

6) acidoza metabolică, alcaloza respiratorie, reducerea tensiunii parțiale a oxigenului cu 5,5% și mai mult.

În prezența unor asemenea indici ai hemodinamicii și ai funcții-

ei respiratorii factorii intracardiaci și extragenitali sunt neesențiali. În cazul în care la pacientele cu stenoză mitrală, în pofida tratamentului complex, progresează hipertensiunea în circulația pulmonară, se intensifică hipoxia și scade minut-volumul sangvin, acestea constituie indicații pentru realizarea comisurotomiei mitrale în timpul sarcinii.

Perioada optimă a operației pe cord se consideră vârsta sarcinii de 16-18 săptămâni, deoarece pentru ameliorarea considerabilă a circulației sangvine regionale sunt necesare 60-75 de zile, iar pentru ameliorarea funcției respiratorii externe – 80-90 de zile. Înlăturarea operatorie a stenozei în perioade mai tardive (chiar în prezența unor rezultate favorabile în hemodinamica centrală și organică, funcția respirației externe) nu restabilește totalmente circulația sangvină, nu exclude hipoxia și hipertrofia fătului. În virtutea acestui fapt, tratamentul chirurgical al stenozei la vârsta sarcinii de 30 săptămâni și mai mult este considerat o măsură excepțională, care are drept scop salvarea vieții femeii.

Contraindicații relative:

1) vârsta sarcinii până la 15 săptămâni, când intervenția chirurgicală poate provoca avort spontan;

2) vârsta sarcinii peste 30 de săptămâni, când sunt posibile nașterea prematură a fătului imatur și complicații trombolitice;

3) vârsta pacientei peste 30 de ani, calcinoza aparatului valvular, mobilitate limitată a valvei mitrale (în acest caz se recomandă intervenția pe cordul deschis).

Dacă tratamentul conservator este inefficient, comisurotomia mitrală ca mijloc de salvare a vieții se va efectua la orice vârstă a sarcinii. După operație, în perioada de gestație femeile vor respecta regulile generale de conduită a sarcinii în caz de malformații cardiace. Alegerea metodei de naștere depinde de rezultatele corecției chirurgicale a cardiopatiei, de vârsta sarcinii la care a fost efectuată intervenția chirurgicală și luând în considerare situația obstetricală. Se acordă prioritate nașterii prin căile naturale.

Indicații pentru operația cezariană:

- 1) insuficiența traumatică a valvei mitrale;
- 2) efectul nesatisfăcător al corecției operatorii;
- 3) fenomene reziduale ale complicațiilor tromboembolice;
- 4) acutizarea procesului reumatic în perioada postoperatorie;
- 5) starea după comisurotomia mitrală din cauza restenozei;
- 6) starea după comisurotomia mitral-aortică;
- 7) perioadă dintre intervenția chirurgicală pe cord și naștere mai scurtă de 60 de zile;
- 8) combinarea comisurotomiei mitrale cu patologia obstetricală.

Operația de aplicare a forcepsului se efectuează în prezența insuficienței cardiace.

Sarcina și nașterea după protezarea valvelor cardiace. În ultimii ani, date fiind crearea valvulelor artificiale ale inimii și perfecționarea metodelor circulației sangvine artificiale, sporește numărul pacientelor operate, rezultatele operației devin mai favorabile, ceea ce le permite pacientelor de vârstă reproductivă să se gândească la posibilitatea păstrării unei sarcini.

Gravidele cu valvule protezate constituie 9-12% din totalul persoanelor cu inima operată.

Perioada de gestație a pacientelor cu proteze valvulare ale cordului prezintă risc matern și fetal. Indicii mortalității materne și perinatale în patologia respectivă sunt de 8-10 ori mai înalți decât aceiași indici înregistrați în întregul lot de femei cu patologii cardi-ovasculară.

Cauzele principale ale mortalității materne sunt tromboza valvulei, tromboemboliile arteriale, insuficiența suturilor protezei cu ruperea ulterioară a valvulei, complicațiile septice.

Problema privind admiterea sarcinii după protezarea valvulelor cardiace este abordată negativ de majoritatea autorilor în cazul protezării polivalvulare.

În naștere este necesară respectarea următoarelor tactici:

- 1) la manifestarea incipientă a insuficienței cardiace nașterea va avea loc prin căile naturale de naștere fără excluderea contracți-

ilor expulzive;

2) în caz de înrăutățire a indicilor hemodinamicii, progresare a semnelor de insuficiență cardiacă în procesul nașterii contracțiile expulzive se exclud prin aplicarea forcepsului.

Indicații pentru nașterea abdominală:

1) progresarea insuficienței cardiace și lipsa efectului în urma tratamentului medicamentos;

2) apariția complicațiilor specifice în perioada de gestație (tromboembolii cu fenomene reziduale la momentul nașterii, endocardită bacteriană, fistulă a protezei),

3) patologie obstetricală.

Pregătirea preoperatorie a acestui contingent de paciente constă în administrarea de remedii cardiace, desensibilizante, glucocorticosteroizi, vitamine, anticoagulanți, aplicarea tratamentului cu oxigen. În timpul operației este necesar a efectua hemostaza sigură, din cauza sângerării excesive a vaselor periferice ca rezultat al administrării anticoagulanților.

În perioada postoperatorie, în scopul profilaxiei endocarditei, infectării valvulelor, toate bolnavele vor continua tratamentul cu antibiotice început în timpul sarcinii.

Indiferent de tipul protezei, pacientele vor urma, de asemenea, tratamentul cu anticoagulanți, pentru profilaxia complicațiilor tromboembolice.

Sarcina și nașterea după tratamentul chirurgical al MCC. Pericolul major în perioada de gestație și în timpul nașterii la femeile operate pentru cardiopatii congenitale constă în insuficiența circulatorie, condiționată de hipovolemia și hipertonia pulmonară.

Tratamentul chirurgical al malformațiilor cardiace până la sarcină asigură, în majoritatea cazurilor, evoluția fiziologică a sarcinii și nașterii. Rezultatele pozitive au fost obținute după corectarea CAP, defectelor septale interventricular și atrial, coarctației aortei. Intervențiile paliative și radicale în cazul tetralogiei Fallot ameliorează prognosticul sarcinii și nașterii, deși gestația pentru aceste paciente este contraindicată. O complicație frecventă în timpul sarcinii este

insuficiența cardiacă, gradul căreia determină rezultatul nașterii.

Există o legitate: cu cât operația a fost efectuată mai devreme și cu cât este mai lungă perioada de timp până la survenirea sarcinii, cu atât starea gravidei va fi mai satisfăcătoare. Corecția adecvată a malformației în copilărie duce la normalizarea sau ameliorarea considerabilă a hemodinamicii. Excepție fac pacientele operate pentru coarctata de aortă, la care cu cât mai lungă este perioada după operație, cu atât mai puțin accentuat este efectul hemodinamic.

Gravidele după tratamentul operatoriu al MCC fără semne de insuficiență cardiacă, precum și gestantele cu semne de insuficiență cardiacă în efort fizic duc sarcina la termen și nasc cu succes, cu condiția supravegherii la serviciile de consultații pentru femei și tratamentului lor în secțiile de obstetrică patologică. La acest contingent efectul clinic al tratamentului apare după 12-14 zile, de aceea spitalizarea a treia în scopul pregătirii pentru naștere se va efectua cu 12-14 zile înainte de naștere.

La pacientele cu semne de insuficiență cardiacă pericolul complicării sarcinii și nașterii sporește, inclusiv în starea de repaus. Ameliorarea clinică are loc, de regulă, la 3-5 săptămâni după naștere. Acestor paciente, pe lângă tratamentul complex al insuficienței cardiace, li se aplică oxigenarea hiperbarică în timpul sarcinii. Ele vor naște în mod planificat la vârsta sarcinii de 37-38 de săptămâni. Dacă a fost planificată nașterea prin căile naturale, se va efectua în mod obligatoriu pregătirea prenatală intensivă timp de 5-7 zile. Pe fundalul tratamentului insuficienței cardiace, se administrează prednisolon. În caz de col uterin „matur” femeia este transferată în sala de nașteri.

În prima perioadă a nașterii se aplică analgezie maximă și tratament adecvat cu glicozide cardiace. Analgezia se face în etape prin metodă funcțională. Excitația nașterii se efectuează cu oxitocină, prostaglandine conform metodei tradiționale. Pe parcursul nașterii se aplică tratamentul adecvat (glicozide cardiace, vitamine, prednisolon, corecția componentei acido-bazice, profilaxia hipoxiei fetale).

La mijlocul perioadei a doua de naștere se intubează traheea și

se efectuează ventilația pulmonară artificială. Asemenea analgezie creează condiții pentru coborârea capului pe planșeul pelvian, nașterea, de regulă, finalizând cu aplicarea forcepsului pentru strâmtoarea inferioară.

Conduita perioadei a treia de naștere constă în scurtarea perioadei în prezența unei hemoragii minime.

După naștere pacienta este transferată în salonul de tratament intensiv. Aici supravegherea și tratamentul durează 6-7 zile, în funcție de evoluția clinică a perioadei puerperale și starea lăuzei. La toate pacientele se reușește a menține regimul hemodinamic inițial, se creează condiții prielnice ale metabolismului gazos în procesul nașterii.

VALVULOPATII CARDIACE DOBÂNDITE (REUMATICE)

Valvulopatiile cardiace dobândite (reumatice) se constată, conform datelor mai multor autori, în 6-10% cazuri din numărul total al nașterilor, constituind peste 80% din toate afecțiunile cardiovasculare la gravide. Valvulopatiile cardiace dobândite sunt condiționate de febra reumatismală acută, care reprezintă o afecțiune inflamatorie de sistem a țesutului conjunctiv.

Varietatea formelor clinice de evoluție a febrei reumatismale acute (FRA) dictează necesitatea stabilirii stării gestantei, formei și gradului de afectare.

În perioada de gestație este importantă precizarea gradului de activitate a procesului reumatic, deoarece acesta determină atât necesitatea tratamentului, profilaxiei, cât și tactica obstetricală de conduită a nașterii. OMS (1994) indică următoarele căi de diferențiere a gradului de activitate:

Gradul III – maxim: se caracterizează prin semne exsudative generale și locale ale afecțiunii, indici înalți ai activității inflamatorii și imunologice. Sunt caracteristice titruri înalte de ASL-O, PCR.

Gradul II – moderat: se caracterizează prin semne clinice de puseu reumatic cu manifestări reduse ale elementului exsudativ al inflamației în organele afectate, cu indicii de laborator ai activității procesului inflamator moderată.

Gradul I – minim: se caracterizează prin manifestări neînsemnate ale simptomelor clinice, practic lipsa totală a semnelor componentului exsudativ în organe și țesuturi. Indicii de laborator sunt apropiați de cei normali.

La majoritatea gravidelor FRA acută este inactivă sau evoluează ușor, formele subacută, trenantă sau latentă fiind tratabile, fără a fi fatale pentru gravide. Aceasta se explică, pe de o parte, prin activitatea hormonală (producerea sporită de glucocorticoizi în perioada de

gestație), iar pe de altă parte – prin reactivitatea generală imunologică înaltă a organismului.

Dificultățile de diagnosticare a febrei reumatismale acute active în timpul sarcinii sunt legate nu numai de predominarea formelor atenuate cronice, dar și de comunitatea unor semne ale FRA acute și stării fiziologice a organismului în perioada de gestație. Este vorba, mai întâi de toate, de subfebrilitate, dispneea de efort, tahicardie, astenie, fatigabilitate, leucocitoză, VSH sporită.

Importanță diagnostică pot avea reacțiile imune la antigenii intracelulari (proteina M etc.). În caz de FRA acută, anticorpul acestor antigeni sunt determinați mult mai frecvent și cu un titru mai înalt. Acest fapt permite diferențierea fazei reactive a FRA acute și evoluția latentă a activității. Acutizarea procesului reumatic, ca urmare a statutului imunologic scăzut și a fundalului hormonal al gravidelor, se înregistrează destul de rar. Perioadele critice de acutizare a febrei reumatismale sunt primele 14 săptămâni de sarcină și, mai apoi, la termenul sarcinii de 20-32 săptămâni. Ceva mai frecvent, acutizarea FRA acute are loc în perioada de lăuzie. În prezent reumatologii indică predominarea formelor atenuate ale procesului reumatic. Febra reumatismală acută dereglează dezvoltarea normală a sarcinii, fătului și nou-născutului. Gestozele precoce apar la circa 30% din bolnavele cu febră reumatismală acută nefropatiile fiind diagnosticate de 2 ori mai frecvent. Nașterea prematură survine la fiecare a 5-a pacientă cu FRA, travaliul deseori fiind slab. Avitaminaza asociată la febra reumatismală acută, provoacă modificări morfologice în membranele fetale, constituind cauza scurgerii premature a lichidului amniotic.

Gravidele care suferă de febră reumatismală acută sunt luate în evidență de dispensar, la serviciile Centrului medicilor de familie. La suspiciunea acutizării procesului reumatic, femeile vor fi spitalizate pentru precizarea diagnosticului și tratament.

Procesul reumatic activ constituie o contraindicație pentru păstrarea sarcinii, în special, cardita reumatismală recurentă, evoluția acută și subacută a afecțiunii, precum și pentru sarcina survenită

în următoarele 6 luni după puseul reumatic. În cazul evoluției cronice a maladiei, cu activitate minimă a procesului (gradul I), sarcina poate fi păstrată. Însă, totodată, vom ține cont de restricțiile medicamentoase pentru tratamentul activizării febrei reumatismale acute în trimestrul I al gestației (sunt contraindicate salicilatele și glucocorticoizii).

În faza activă a febrei reumatismale acute este indicat repausul la pat timp de 2-3 săptămâni. Bolnava nu necesită o dietă specială. Rația alimentară trebuie să conțină o cantitate suficientă de proteine (minim un 1 g/kg), de fructe și legume.

Terapia medicamentoasă constă în tratament etiotrop antiinflamator.

Tratamentul și profilaxia febrei reumatismale acute se efectuează conform "Standartelor medicale de investigații și tratament" și "Protocoalelor clinice" recomandate de ordinele MS RM.

Referitor la aplicarea unor serii de tratament antirecidivant în perioada de gestație opiniile sunt controversate. Majoritatea clinicienilor consideră necesară profilaxia febrei reumatismale acute în perioadele critice ale eventualelor acutizări: până la vârsta de 14 săptămâni, la 20-32 de săptămâni și în perioada puerperală.

Valvulopatiile cardiace dobândite (reumatice) includ următoarele forme nosologice: stenoza mitrală, insuficiența mitrală; stenoza aortică, insuficiența aortică, valvulopatii mixte (mitrale și aortice cu predominarea stenozei sau insuficienței), valvulopatii combinate (mitral-aortice, mitral-tricuspid, mitral-aortice-tricuspid, valvula atrioventriculară dreaptă).

Febra reumatismală acută afectează preponderent valvula mitrală, mai rar valvula aortică și extrem de rar valvula atrioventriculară dreaptă.

Stenoza mitrală reprezintă cea mai frecventă formă a viciilor cardiace reumatice. Ea se constată la 75-90% din numărul gravidelor cu valvulopatie cardiacă dobândită. Dereglările hemodinamice în cazul stenozei mitrale sunt condiționate de obstacolizarea umplerii cu sânge a ventriculului stâng al cordului care apare din cauza ade-

renței și modificărilor cicatriceale cu spidele valvulare. Aceste simptome duc la sporirea presiunii în atricul stâng, în venele pulmonare și capilare. Ulterior are loc transsudarea lichidului din capilare în alveole. În caz de hipertensiune și stază îndelungată apare edemul pulmonar.

Modificările hemodinamicii legate de gestație (creșterea volumului sângelui total, fluxului cardiac, sporirea frecvenței contractiilor cardiace) intensifică presiunea circulației pulmonare în prezența tendinței spre reducerea rezistenței vasculare pulmonare și condiționează suprasolicitarea ambelor ventricule. Acest fenomen prezintă pericol real pentru gravidele cu stenoză a valvei mitrale și poate provoca, deja la vârsta sarcinii de 12-13 săptămâni, complicații grave, cum ar fi edemul pulmonar, fibrilația atrială gravă, insuficiența ventriculară dreaptă. Ultima contribuie la apariția edemelor periferice și, parțial, la varice.

În cazul stenozei mitrale, adaptarea fiziologică la oscilațiile fluxului cardiac este limitată. Insuficiența cardiacă la pacientele cu stenoză mitrală poate apărea pentru prima dată după naștere sau chiar după avort. Pericolul major de instalare a edemului pulmonar este vârsta sarcinii de 20-36 săptămâni, perioada nașterii și perioada puerperală.

Nașterea la gravidele cu stenoză mitrală este un proces dificil. Oscilațiile presiunii arteriale și venoase în această perioadă ating o amplitudine mai mare comparativ cu femeile sănătoase, frecvența pulsului și a respirației depășesc nivelul limită (respectiv 100 bătăi și 24 inspirații pe minut). Sporirea presiunii intratoracice în timpul travaliului provoacă creșterea presiunii arteriopulmonare, ceea ce duce la edem pulmonar. În virtutea acestui fapt, metoda de naștere este determinată ținând cont de gradul insuficienței circulatorii și de activitatea procesului.

Insuficiența mitrală. După frecvență, insuficiența valvei mitrale, conform datelor statistice moderne, ocupă locul doi (6-7%) printre formele valvulopatiilor cardiace reumatismale dobândite. În această formă a viciului cardiac sângele în timpul sistolei intră nu

numai în aortă, dar și în direcție inversă în atricul stâng.

În perioada de gestație, dată fiind creșterea minut-volumului sangvin, regurgitarea sângelui în atricul stâng se intensifică, ventriculul stâng se hipertrofiază, compensând fenomenul respectiv. În legătură cu faptul că în sarcină se reduce rezistența periferică a torrentului sangvin, are loc trecerea sângelui din ventriculul stâng în aortă.

La majoritatea bolnavelor cu insuficiență a valvulei mitrale perioada de gestație decurge satisfăcător, dacă este exclusă recurența carditei reumatismale. În cazul în care apare insuficiența circulatorie aceasta are un caracter mixt.

Relativ rar se întâlnesc pacienți cu insuficiență marcantă a valvei mitrale, cu dimensiuni mărite ale cordului: atriomegalie, cardiomegalie. Un asemenea cord nu poate majora minut-volumul sangvin în pofida tahicardiei, nu rezistă suprasolicității ce apare în timpul sarcinii, astfel instalându-se insuficiența circulatorie gravă. Uneori la bolnave apare insuficiența mitrală acută în urma ruperii unei sau mai multor coarde ce mențin valvula. O asemenea stare nu ține de febra reumatismală acută, ci constituie o consecință a disocierii țesuturilor în perioada de gestație. La insuficiența acută a valvulei mitrale se asociază hipertensiunea pulmonară gravă cu dispnee, tuse de stază, aceste fenomene punând în pericol viața gestantei.

Insuficiența valvulei mitrale nu constituie contraindicație pentru sarcină, dacă valvulopatia este compensată. De regulă, sarcinile repetate nu agravează starea femeii. În atrio- și cardiomegalie (la care întotdeauna se asociază insuficiența circulatorie) și în insuficiența acută a valvei mitrale sarcina este contraindicată.

În numeroase cazuri viciile cardiace mitrale sunt mixte: stenoza orificiului și insuficiența valvei, cu sau fără predominarea unui viciu. Stenoza mitrală împiedică umplerea suficientă a ventriculului stâng, reduce fluxul cardiac și circuitul coronarian al ventriculului stâng hipertrofiat. În diastolă, prin orificiul atrioventricular îngustat, trece mai mult sânge comparativ cu stenoza „pură”. Presiunea în atricul stâng crește considerabil, ceea ce provoacă sporirea presiunii

în circulația pulmonară.

Prognosticul în „boala mitrală” este, de regulă, mai puțin favorabil decât în viciul mitral izolat. Aceasta se explică prin apariția condițiilor favorabile pentru edemul pulmonar și decompensarea în circulația sistemică. Pentru bolnavele cu „boală mitrală” sarcina este acceptabilă doar în cazul compensării complete a circulației.

Stenoza aortică constituie 16% din viciile cardiace. În această ordine de idei menționăm că forma pură se constată doar în 4% din cazuri, în restul cazurilor la patologia respectivă se asociază insuficiența aortică sau stenoza mitrală. Volumul mărit de sânge total în sarcină sporește gradul de presiune asupra valvei aortice stenozate, intensifică semnele clinice și auscultative ale stenozei aortice, creând condiții favorabile pentru dezvoltarea astmului cardiac. În forma pură a stenozei aortice, pulsul rareori înregistrează valori de 60-65 băt./min., presiunea sistolică este diminuată până la 90-100 mm Hg, presiunea diastolică înregistrează indici ceva mai înalți.

Pacientele cu stenoză aortică decompensată trăiesc maximum 2-3 ani de la momentul apariției semnelor de insuficiență cardiacă. Acest fapt determină tactica obstetricală. Atât timp cât stenoza aortică este compensată, sarcina nu este contraindicată, iar semnele, chiar incipiente, ale afecțiunii constituie contraindicații. De regulă, bolnavele decedază nu în perioada de gestație, ci la un an după naștere.

Insuficiența valvei aortice, după frecvență, este al doilea viciu cardiac. La ea se asociază stenoza orificiului aortei. În cazul insuficienței aortice ca rezultat al neînchiderii cuspidelor valvulare, în timpul diastolei, o parte din sângele din aortă regurgitează în ventriculul stâng. Acest fenomen este cauzat de faptul că în acest moment presiunea în aortă este mai mare decât cea din ventricul. La început minut-volumul sangvin normal este menținut din contul torentului sistolic, apoi pe seama tahicardiei. Ventriculul stâng viguros poate compensa circulația timp îndelungat, uneori până la sfârșitul vieții pacientei.

În perioada de gestație, reducerea rezistenței periferice în vase-

le circulației sistemice contribuie la evoluția mai favorabilă a insuficienței aortice, deoarece în ventriculul stâng regurgitează un volum mai mic de sânge decât la negravidе. Manifestarea clinică a viciului și insuficiența circulatorie pot fi mai puțin evidente decât în perioada antegestațională.

În cazul insuficienței aortice, spre deosebire de alte valvulopatii, se înregistrează mai frecvent endocardita infecțioasă. Acest fenomen va fi luat în considerare atât în timpul sarcinii, cât și în perioada puerperală. În lipsa recidivei febrei reumatismale insuficiența aortică nu provoacă decompensare circulatorie, evoluează satisfăcător și nu constituie contraindicație pentru sarcină.

Insuficiența valvei aortei cu semne de insuficiență circulatorie se soldează cu sfârșit letal în decurs de 1-2 ani. În virtutea acestui fapt, se recomandă întreruperea sarcinii. Insuficiența aortică de genезă sifilitică constituie cauza decesului în următorii 2-3 ani și este incompatibilă cu sarcina.

Viciile valvei tricuspide, de obicei, nu se depistează ca forme izolate, patologii de sine stătătoare ale cordului. Ele, de regulă, sunt funcționale, mai rar organice. Viciile valvei tricuspide se combină cu valvulopatiile mitrale sau aortice. Tactica obstetricală este determinată de starea viciilor cardiace mitrale sau aortice.

Managementul gravidelor cu vicii dobândite și MCC

1. Vizita la medici: prima jumătate a sarcinii – o dată în lună; jumătatea a doua – o dată în săptămână.

2. Investigații: ECG la luarea în evidență și la 30 săptămâni (la necesitate mai des);

- FCG (după necesitate), Eco-CG (la necesitate)

- teste, „faze acute” – la luarea la evidență, la 30 săptămâni (la necesitate mai des);

- oftalmoscopia – în trimestrul 3.

3. Consultația specialiștilor:

- terapeutului Centrului medicilor de familie;

- I jumătate a sarcinii – o dată în lună;

- a II-a jumătate – o dată în săptămână, la acutizare – până la normalizarea procesului;
 - cardiologului, reumatologului la necesitate;
 - oftalmologului – în trimestrul 3 ;
 - neurologului la necesitate.
4. Spitalizarea planificată la 10 – 12, 22 – 32 săptămâni:
- antenatală – la 38 săptămâni;
 - urgentă – la orice termen, la necesitate.
5. Măsuri de sanație:
- luarea în evidență în termene precoce ale sarcinii;
 - cursuri de terapie antirecidivă (bicilină, aspirină) la 26 – 28, 38 săptămâni;
 - preparate care ameliorează microcirculația (complamină, curantil etc.) 3 – 4 serii câte 2 – 3 săptămâni în timpul sarcinii;
 - corecția devierilor metabolice (pantogam, orotat de kaliu, ATP, cocarboxilază, vit C, B, metionină, 3 – 4 serii câte 3-4 săptămâni în timpul sarcinii);
 - preparate cardiotonice (după necesitate);
 - fizioterapie (elecrosomn – 4-5 proceduri cu 2-3 săptămâni înainte de termenul presupus al nașterii);
6. Se impune profilaxia:
- infecției (post-partum) după naștere;
 - anemiei fierodeficitare;
 - toxicozei în a doua jumătăți a sarcinii;
 - hemoragiei în naștere (timp de 2 săptămâni înainte de termenul presupus al nașterii, întrebuințarea galascorbinei 1,0 gr de 3 ori pe zi câte 3 – 4 zile pe săptămână);
 - hipoxiei fătului la 6 – 12 – 20, 28, 37 săptămâni.

CARDIOMIOPATII

Cardiomiopatia peripartum(PPCM)

Este o formă de cardiomiopatie dilatativă care apare în peripartum la femeile anterior sănătoase. Se definește ca disfuncție ventriculului stâng inexplicabilă, care apare în ultima lună de sarcină ori până la 5 luni după naștere. Această definiție vrea să excludă formele preexistente de cardiomiopatie dilatativă (DCM), care pot fi prezente, dar nesuspectate înainte de sarcină și este probabil ca sarcina să le agraveze și să devină manifeste anterior ultimei luni de sarcină. Sunt puține date în literatură referitoare la DCM și sarcină, posibil pentru că pacientele diagnosticate anterior sunt descurajate să rămână însărcinate. Cazurile raportate descriu de obicei o deteriorare marcantă.

Femeile care dezvoltă PPCM se prezintă mai frecvent cu semne de insuficiență cardiacă cu retenție lichidiană marcantă decât cu tulburări de ritm cardiac sau accidente embolice. Cele mai severe cazuri tind să se dezvolte în primele zile post-partum. Fenomenele de insuficiență cardiacă pot fi dramatice (fulminante), să necesite medicamente inotrop pozitive, dispozitive de asistare ventriculară sau chiar transplant. Deoarece funcția ventriculară de obicei se îmbunătățește (dar nu întotdeauna), utilizarea dispozitivelor de asistare este preferabilă transplantului, dacă astfel se poate trece peste perioada cea mai severă. La fel ca și în cazurile de miocardită din afara sarcinii, cazurile cele mai severe par să aibă și cea mai mare capacitate de recuperare (la fel ca și spre deces) și la aceste cazuri utilizarea dispozitivelor de asistare ventriculară până la momentul recuperării este în mod particular soluția adecvată.

Formele mai puțin severe necesită terapie standard a insuficienței cardiace și monitorizare atentă a funcției ventriculului stâng. Anticoagulantele sunt importante atâta timp cât riscul de embolie este mare. Îmbunătățirea poate întârzia până la un an și poate chiar

mai mult, iar în unele cazuri starea se poate agrava și transplantul să fie inevitabil.

Cel mai frecvent moment de prezentare este în primele zile post-partum. Stresul hemodinamic ar trebui să fie mai domolit, cu excepția faptului că aceasta este o perioadă de hipervolemie la femeile care au avut doar pierderi mici de sânge în timpul nașterii. Hiperhidratarea poate fi un factor după nașterea chirurgicală cu care PPCM este în particular asociat. Totuși, când PPCM în formele moderate apare târziu în perioada puerperală, poate fi pusă numai pe seama sarcinii sau pe coincidența puțin probabilă a dezvoltării unei CMD în acest moment. PPCM afectează uneori femeii cu boală cardiacă preexistentă și cu rezervă cardiovasculară diminuată, dar a căror funcție ventriculară stângă a fost documentată anterior ca fiind normală.

Cardiomiopatia dilatativă

Sunt foarte rare situațiile în care CMD este bine documentată înaintea sarcinii. În cele mai multe situații sarcina este evitată la sfatul medicului și pacientele cu ventriculul stâng dilatat sunt diagnosticate doar ocazional la începutul sau la mijlocul sarcinii. Dacă simptomele apar prima dată în ultima lună de sarcină, se folosește termenul de „peripartum”, fără a ști sau a putea afla funcția ventriculară stângă anterioară.

Dacă există un istoric familial de CMD, acesta ar putea fi un indiciu pentru o disfuncție preexistentă, dar ocultă, la o pacientă care dezvoltă primele simptome în intervalul de timp artificial denumit „peripartum” din motive formale. Debutul adesea exploziv sau mai tardiv, insidios, într-o perioadă fără solicitări hemodinamice este atât de specific încât PPCM își merită categorisirea separată.

Pacientele cu CMD sunt sfătuite să evite o sarcină, din cauza riscului mare de deteriorare atât a sănătății în timpul sarcinii cât și în peripartum. În cazurile când rămân însărcinate se recomandă întreruperea cursului sarcinii dacă fracția de ejeție este sub 50% și/sau dimensiunile de ventricul stâng sunt anormale.

Dacă întreruperea sarcinii este refuzată, pacienta trebuie evalu-

ată frecvent și fracția de ejeție verificată ecocardiografic. Interna-rea precoce în spital este înțeleaptă, mai ales că atât inhibitorii de enzimă de conversie cât și antagoniștii de receptori de angiotensină II sunt contraindicați și posibilitățile terapeutice sunt mult mai limitate ca în afara sarcinii.

Recomandări

- Ecocardiografia trebuie făcută înaintea concepției ori de câte ori este posibil la toate pacientele cu CMD cunoscută sau suspectată sau care au un istoric familial de CMD sau PPCM.
- Sarcina trebuie descurajată dacă funcția ventriculului stâng este deteriorată existând riscul mare de agravare.
- La pacientele cu istoric familial de CMD, un risc crescut de PPCM trebuie luat în considerare.

Pacientele cu CMD prezintă un risc înalt și trebuie internate în spital dacă apare orice semn de agravare.

Cardiomiopatia hipertrofică

Femeile cu cardiomiopatie hipertrofică tolerează sarcina bine de obicei, în timp ce ventriculul stâng pare să se adapteze într-un mod fiziologic. Aceasta este avantajos mai ales în situația în care dimensiunile cavității tind să fie scăzute. Evenimente fatale au fost raportate în cursul sarcinii, dar sunt rare. A fost prezentat un caz cu deteriorarea funcției ventriculului stâng în post-partum care putea fi PPCM.

Femeile cu murmur și gradient în tractul de ejeție al ventriculului stâng sunt mai probabil să fie prima oară diagnosticate în sarcină. Afectarea considerabilă se poate datora atât diagnosticului în sine cât și implicațiilor genetice. Un impact negativ asupra acestui lucru a avut și considerabila publicitate din presă dirijată asupra riscului de moarte subită. În absența istoricului familial de moarte subită, pacientelor asimptomatice li se poate spune că riscul lor este foarte mic și sarcina este de obicei cu evoluție normală. După diagnostic, ecocardiografie și ECG, testul de efort, monitorizarea ECG ambulatorie și sfatul genetic trebuie făcute ca și în absența sarcinii.

Pacientele cu disfuncție diastolică severă pot dezvolta congestie pulmonară sau chiar edem pulmonar acut. Acestea pot apare la efort sau emoții, dar este cel mai probabil să apară în peripartum. Beta-blocanții trebuie continuați, iar dozele mici de diuretice pot fi utile, dar repausul și beta-blocanții sunt esențiali în prevenția tahicardiei la aceste paciente cu risc înalt. Este înțelept să se administreze doze mici de heparină.

Dacă apare fibrilația atrială (AF), administrarea anticoagulanțelor este obligatorie. Heparinele cu greutate moleculară mică sunt potrivite. Dacă conversia spontană la ritm sinusal nu apare, conversia electrică (DC) poate fi necesară după excluderea trombului în atriu stâng prin ecocardiografie transesofagiană. Beta-blocanții alurii sunt utili pentru prevenția recurențelor. Digoxinul nu este contraindicat la aceste paciente care rar au gradient în tractul de ejecție al ventriculului stâng.

Pacientele cu tulburări de ritm persistente, în particular aritmii ventriculare simptomatice, ce se dezvoltă în cursul sarcinii, pot necesita amiodaronă cu tot riscul de hipotiroidism fetal indus. Este eficace mai ales în asocieră cu un beta-blocant.

Nașterea normală programată poate fi permisă, cu continuarea beta-blocanților și evitarea vasodilatației sistemice. Orice pierdere de sânge trebuie înlocuită, dar cu atenție pentru a nu produce suprasarcină de volum la pacientele cu risc înalt care au o presiune instabilă în atriu stâng.

Recomandări

- Majoritatea pacientelor asimptomatice cu cardiomiopatie hipertrofică duc sarcina bine.
- Medicația trebuie limitată în tratarea simptomelor.
- Pacientele cu disfuncție diastolică severă necesită repaus la pat în spital și tratament.
- Congestia și edemul pulmonar cel mai probabil apar în partea a treia a nașterii și de aceea nașterea va fi întotdeauna în spital și planificată.

METODELE DE CONDUITĂ A NAȘTERII LA FEMEI CU PATOLOGIA CORDULUI

Nașterea pe căi naturale la pacientele cu insuficiența valvei mitrale, viciu mitral compensat cu predominarea stenozei atrioventriculare, vicii cardiace aortale, vicii cardiace „palide” este permisă în cazul unei circulații compensate cu asigurarea unei anestezii adecvate în naștere, pentru profilaxia dezvoltării sau agravării insuficienței cardiace.

Până la momentul actual, se considera că nașterea prin cezariană la termen diminuează sarcina exercitată asupra sistemului cardiocirculator și reduce letalitatea gravidelor cu vicii cardiace.

Mulți autori recomandă, în cazul viciilor cardiace severe, realizarea nașterii prin cezariană, dar nu ca ultimă măsură în cazul unei nașteri pe căi naturale prelungite sau complicate cu decompensarea activității cardiace, ci ca o metodă preventivă programată la termen.

Recent au fost extinse indicațiile realizării intervenției cezariene la pacientele cu maladii cardiovasculare. Indicații pentru operație cezariană sunt:

1. Insuficiența circulatorie stadiile III-IV CFNYHA
2. Cardita reumatismală gradele II și III de activitate
3. Stenoza mitrală severă acută
4. Endocardita septică
5. Coarctarea aortei sau prezența semnelor de hipertensiune arterială avansată sau a semnelor de disecție de aortă
6. Fibrilația atrială severă persistentă
7. Infarctul miocardic extins și semne de agravare a hemodinamicii
8. Asocierea patologiei cardiace cu cea obstetricală

INSUFICIENȚA CARDIACĂ

INSUFICIENȚA CARDIACĂ ACUTĂ

O evoluție mai ușoară a insuficienței cardiace acute se înregistrează în caz de sincopă. Această stare este cauzată de agravarea de scurtă durată a irigației creierului în urma tulburării reglării tonusului vascular și acumulării sângelui în cavitatea abdominală. Sincopa se caracterizează prin paloare de scurtă durată a tegumentelor, buzelor, obnubilarea văzului, sclipiri în ochi, vertij, vomă, pierderea cunoștinței. Pulsul este rar, de amplitudine mică, respirația se rărește, devenind superficială. Tensiunea arterială este scăzută, pupila e îngustată, apare lipotimia. Starea descrisă durează câteva minute, după care bolnava, treptat, revine la normal. Cu toate acestea, slăbiciunile, adinamia, cefaleea persistă timp îndelungat. Înainte de a începe tratamentul ne vom convinge că bolnava suferă de insuficiență vasculară și nu cardiacă.

Insuficiența cardiacă acută apare la gravidele cu malformații cardiace, mai rar la cele cu hipertensiune arterială. Insuficiența ventriculară acută stângă se manifestă prin semne de astm cardiac sau edem pulmonar, iar insuficiența ventriculară dreaptă – prin stază sangvină în venele circulației sistemice.

Astmul cardiac și edemul pulmonar apar, de regulă, în cazul stenozei mitrale în urma discordanței dintre afluxul sangvin din plămâni spre cord și refluxul lui, acestea instalându-se mai frecvent noaptea: femeia se trezeste din cauza senzației de asfixie, fiind nevoită să ia poziția șezândă cu picioarele lăsate pe podea (ortopnoe). Survine starea de excitare, cu respirație bucală. Fața și partea superioară a corpului se acoperă cu transpirație, apare cianoză, venele gâtului sunt turgescente, respirația se accelerează până la 30-40 pe min., inspirația este dificilă. Astmul cardiac poate progresa în edem pulmonar. În asemenea cazuri la simptomele menționate se asoci-

ază sputa spumoasă, lichidă, de nuanță roz din cauza prezenței sângelui, ralurile se aud de la distanță, se auscultă raluri subcrepitante și crepitante mici, medii și mari. Tahicardia prezintă 120-150 băt./min. Zgomotele cardiace devin asurzite sau nu se auscultă din cauza respirației zgomotoase sau ralurilor pulmonare, se observă galop protodiastolic. Starea pacientei în edemul pulmonar este foarte gravă.

La gravide, parturiente și lăuze, insuficiența cardiacă acută se constată destul de frecvent. Reducerea tonusului vascular, hemoragia, pierderea unor cantități considerabile de lichid pe fundal de vomă persistentă – toate aceste fenomene duc la reducerea cantității de sânge circulant, scăderea volumului diastolic al cordului, reducerea debitului cardiac, scăderea tensiunii arteriale. Circulația sangvină încetinește, se dereglează irigația țesuturilor, se instalează asfizia cerebrală, se tulbură reglarea centrală a tonusului vascular.

Manifestarea clinică a insuficienței vasculare acute se numește colaps, șoc. Semnul principal al insuficienței vasculare acute îl prezintă scăderea tensiunii arteriale, gradul căreia caracterizează gravitatea stării. În lipsa unui ajutor adecvat, bolnava treptat pierde cunoștința, respirația se reduce, survine moartea.

Insuficiența cardiacă acută – diagnosticată înainte de intervenție sau inducerii unei anestezii, va aprecia gradul edemului pulmonar, dacă acesta există. Pentru protecția gravidei se va administra oxigen, sulfat de morfină, diuretice și agenți vasodilatatori.

Administrarea continuă de oxigen este indicată, iar dacă se produce edem pulmonar este necesară intubația orotraheală și ventilația mecanică.

În insuficiența cardiacă acută se va ține seama de următoarele etape în instituirea unei terapii: 1) administrarea de diuretice: 10 -20 mg furosemid. Acest medicament este benefic și prin efectul vasodilatator arterial pe care-l exercită; 2) o medicație vasodilatatoare, este de preferat nitroprusiatul de sodiu și se începe cu 0,5 μg/kg/min. și se poate ajunge până la 10 μg/kg/min. În același timp se va monitoriza permanent tensiunea arterială. La pacientele agitate se poate administra morfină 4-12 mg.; 3) medicația vasoconstrictivă și medicația

inotropă poate fi administrată la nevoie pentru a se combate hipotensiunea care nu răspunde la administrarea de lichide. Se poate utiliza dopamina 0,5-10 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$. sau dobutamina 5-10 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$.

Trebuie luat în considerație faptul că metabolizarea în ficat a drogurilor anestezice se face mai lent în insuficiența cardiacă acută, de aceea se recomandă anestezie peridurală lombară, atât pentru nașterea pe cale vaginală cât și pentru cezariană.

INSUFICIENȚA CARDIACĂ CRONICĂ.

Una din complicațiile grave ale maladiilor cardiace este insuficiența cardiacă. La gravide insuficiența cardiocirculatorie se instalează, de regulă, în cardiopatii dobândite sau congenitale, afecțiuni miocardice, maladii pulmonare cronice. În primele luni de sarcină insuficiența cardiocirculatorie este rezultatul acutizării cardiopatiei reumatismale (în cardiopatiile dobândite). La sfârșitul trimestrului al II-lea de gestație, decompensarea este maximă în orice afecțiuni cardiace, deoarece la vârsta sarcinii de 26-28 săptămâni, fiziologic cresc la maxim volumul sangvin total, torentul cardiac și intensitatea activității cordului.

În naștere și în perioada puerperală precoce au loc devieri hemodinamice considerabile: aflux repetat de 400-800 ml de sânge în timpul fiecărei contracții spastice, supraumplerea cu sânge a vaselor cavității abdominale după naștere, de asemenea, contribuie la apariția insuficienței circulatorii. Aceste trei perioade sunt considerate critice.

În viciul cardiac cu vechime de peste 20 de ani, insuficiența cardiacă în timpul sarcinii apare de 5 ori mai frecvent decât în viciul recent format. Se înregistrează mai frecvent decompensarea circulatorie la femeile în vârstă de peste 35 de ani.

În prezent în toată lumea insuficiența cardiacă este clasificată după starea funcțională conform New-York Heart Association (NYHA).

Clasa I – afecțiune cardiacă fără limitarea capacității de efort (efortul nu provoacă asemenea simptome ca dispneea, fatigabilitatea sau palpitațiile).

Clasa II – afecțiune cardiacă ce produce o ușoară limitare a capacității de efort (simptomele menționate apar în efort mare și moderat, în repaus ele lipsesc). Se admite mersul la distanță până la 5 km.

Clasa III – limitarea marcantă a capacității de efort (simptome de insuficiență cardiacă în efort mic sau obișnuit). Se admite activitatea ușoară de menaj sau profesională.

Clasa IV – simptome de insuficiență cardiacă și în stare de repaus (bolnavii cu insuficiență cardiacă sunt incapabili să efectueze chiar și cel mai mic efort fizic).

Pacientele cardiopatice din clasele I și II au de obicei un prognostic favorabil în timpul sarcinii. În trimestrul III, 44% din aceste paciente, pot dezvolta edem pulmonar. O treime din pacientele clasei III suportă decompensarea în sarcină, se recomandă efectuarea avortului în primul trimestru de gestație.

Modul de terminare a sarcinii pentru aceste 3 clase este nașterea pe calea naturală, iar cezariana este recomandată la indicațiile obstetricale.

Pacientele clasei IV se tratează de insuficiența cardiacă în sarcină, naștere, lăuzie. Letalitatea maternă a nașterii prin orice metodă este în aceste cazuri crescută.

În cazul insuficienței cardiace se dereglează microcirculația tisulară, progresează fenomenele hipoxice, care nu apar imediat. La început reducerea debitului cardiac este compensată de consumul intens de oxigen de către țesuturi. La instalarea stazei în sânge, în urma încetinerii torentului sangvin, în circulația sistemică apare hipoxia. În același timp, dată fiind încetinirea fluxului sangvin din circulația pulmonară, se reduce saturația cu oxigen a sângelui arterial în plămâni. Geneza hipoxiei nu este doar de stază, dar și hipoxemică. În insuficiența circulatorie de gradul II hipoxia are, de regulă, caracter de stază. În decompensarea mai gravă, de gradul III, se diminuează consumul de oxigen de către țesuturi, ca urmare

a pierderii capacității de fixare a oxigenului din fluxul sanguin, și apare hipoxia tisulară.

Carența oxigenului în insuficiența circulatorie provoacă tulburarea tuturor formelor de metabolism, se reflectă asupra funcției tuturor țesuturilor, inclusiv a cordului, ceea ce diminuează și mai mult capacitatea funcțională a acestuia.

Apariția insuficienței cardiace, indiferent de gradul ei, necesită tratament respectiv medicamentos (tonicardice și, cu prudență, diuretice) și nemedicamentos (repaus la pat, restricție sodată).

DISTONIILE VASCULARE LA GRAVIDE

Tulburările tonusului vascular fiind o complicație a sarcinii sau a unei maladii extragenitale, agravează condițiile de dezvoltare a fătului, ridică riscul patologic decurgerii nașterii și prin aceasta contribuie la mărirea mortalității perinatale și mortalității infantile.

Frecvența distoniei vasculare la femeile gravide este de 10 – 24%. Variantele clinice ale tulburărilor tonusului vascular la gravide constau din hipo- și hipertonia vasculară, care apar în timpul sarcinii sau înainte ei (boala hipertonică, distonia neurocirculatorie de tip hipo- și hipertensiv în unele maladii). Stările de hipo- și hipertensiune apărute până la graviditate și care se mențin în timpul sarcinii, deseori sunt legate de distonia neurocirculatorie.

Mai accesibilă în practica medicală este clasificarea distoniei neurocirculatorii, formulată din considerentele caracterului tulburărilor cardiace și devierilor hemodinamice. Se diferențiază următoarele tipuri de distonie neurocirculatorie:

- a) cardiac, pentru care sunt caracteristice dureri în regiunea inimii, palpitații cu TA normală;
- b) hipotensiv, când au loc dereglări nervoase generalizate, simptome cerebrovasculare, cardiace cu TA stabil scăzută mai puțin de 100/60 mm Hg.
- c) hipertensiv, care se caracterizează prin TA instabilă cu tendința spre creștere, prevalarea simptomelor cardiace și cerebrale.

HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ ȘI SARCINA

Hipertensiunea arterială (HTA) în sarcină prezintă creșterea valorii absolute a TA la 140/90 mmHg și mai mult sau creșterea TA comparativ cu valorile până la sarcină în trimestrul I: TA sistolică – cu 25 mmHg și mai mult, TA diastolică – cu 15 mmHg și mai mult de la indicii normali la două măsurări consecutive, cu interval nu mai mic de 4 ore, sau la o singură apreciere în cazul înregistrării TA diastolice > 110 mmHg.

HTA este determinată la 4-8% gravide, constituie una din cauzele majore ale decesului matern și creșterii semnificative a riscului dezvoltării dereglărilor circulației cerebrale, insuficienței renale, decolării retinei, hemoragiilor coagulopatie masive, decolării precoce a placentei normal inserate, morții antenatale a fătului.

Frecvența complicațiilor în mare parte este determinată de evoluția HTA. Pe măsura creșterii severității maladiei, crește frecvența complicațiilor sarcinii, precum sunt avorturile spontane, nașterile premature. În structura complicațiilor sarcinii la gravidele cu hipertensiune arterială, incidența majoră corespunde gestozelor ce apar după săptămâna 24 de gestație. De regulă, gestoza prezintă o evoluție severă cu rezistență la tratament și se repetă în următoarele sarcini. Frecvența înaltă a gestozelor în hipertensiunea arterială este condiționată de mecanismele patogenice comune în dereglarea tonusului vascular și funcției renale. Una din complicațiile severe ale sarcinii este decolarea precoce a placentei normal inserate.

În caz de hipertensiune arterială suferă fătul. Astfel, dereglarea funcției placentei duce la dezvoltarea hipoxiei, hipotrofiei și decesul fătului. Nașterile în caz de hipertensiune arterială frecvent au un caracter rapid, fulgerător sau îndelungat.

Hipertensiunea arterială (HTA) apărută în timpul sarcinii reprezintă o problemă majoră de patologie, deoarece prin complicațiile care le generează poate pune în pericol atât viața mamei cât

și a fătului. Boala hipertensivă este răspunzătoare pentru $\frac{1}{5}$ din mortalitatea mamei și $\frac{1}{4}$ din cea a fătului.

Clasificarea. În prezent pentru delimitarea HTA la gravide nu mai este aplicată clasificarea europeană din anul 2003, fiind recomandate următoarele noțiuni:

- HTA preexistentă – valori crescute ale TA identificate până la sarcină sau în primele 20 săptămâni de gestație și care persistă peste 42 zile după naștere

- HTA gestațională – HTA determinată după 20 săptămâni de gestație la femeii care inițial prezentau valori normale ale TA (TA se normalizează timp de 42 zile după naștere)

- Preeclampsia – asocierea HTA gestaționale cu proteinuria (prezența în urină a proteinei în cantitate >300 mg/l sau >500 mg/24 ore sau mai mult de „+++” în determinarea cantitativă a proteinei în o porție de urină)

- HTA preexistentă cu HTA gestațională și proteinurie – stare în care HTA a fost diagnosticată anterior de sarcină, dar după 20 săptămâni de gestație valorile TA cresc important și apare proteinuria

- HTA neclasată – creșterea TA neclasificabilă din lipsa informației necesare

Conform clasificării OMS, sunt delimitate următoarele stadii ale HTA

I – valorile TA de la 140/90 până la 159/99 mmHg

II – valorile TA de la 160/100 până la 179/109 mmHg

III – valorile TA de la 180/110 mmHg

HTA poate fi primară și simptomatică.

Momentul principal – posibilitatea purtării și nașterii copilului sănătos pentru femeile care suferă de boală hipertensivă, în mare măsură depinde de stadiul hipertensiunii.

În stadiul III (HTA gravă), sarcina e absolut contraindicată. Nu nașterea, dar anume sarcina, pentru că avortul în stadiul trei al hipertensiunii este la fel de periculos pentru viața femeii. În stadiul II (HTA medie) sarcina și nașterea sunt posibile, dar numai în acel caz

în care femeia până la graviditate n-a suportat crize hipertensive și nu prezintă complicații la nivelul inimii și rinichilor. Stadiul I (HTA ușoară), nu este impediment pentru purtarea și nașterea copilului. Decizia despre păstrarea sarcinii în HTA trebuie luată la prima vizită la cardiolog după apariția gravidității. Fiecare stadiu al HTA poate influența decursul sarcinii. De aceea gravida trebuie imediat să se adreseze nu numai la obstetrician, dar și la cardiolog, regulat să-l frecventeze. Investigațiile cardiologice ale gravidei cu HTA includ măsurarea sistematică a tensiunii arteriale, ECG-grafia, o dată în 2 săptămâni, se analizează urina și proteinuria.

Gravidele care suferă de hipertonie se spitalizează de 3 ori (prima spitalizare – până la 12 săptămâni de sarcină).

Etiologia

În peste 80% cazuri HTA preexistentă sarcinii sau HTA care se dezvoltă în primele 20 săptămâni de gestație, sunt cauzate de hipertensiune. În 20% cazuri HTA până la sarcină se dezvoltă în urma altor maladii – HTA simptomatică.

Cauzele dezvoltării HTA la gravide

• stările care condiționează dezvoltarea HTA sistolice și diastolice: patologia renală, nefropatia diabetică

• endocrinopatiile

• dereglările psihice și neurogene

• boala hipertonică (în peste 90% cazuri de HTA)

• gestoza

Patogenia HTA și complicațiilor din sarcină

În perioada sarcinii se poate realiza predispoziția ereditară către HTA, care poate fi condiționată de sinteza deficitară a 17-oxi-progesteronului, sensibilitatea crescută a vaselor către acțiunea angiotensinei II, activarea excesivă a sistemului renin-angiotensină-aldosteron (ischemia renală contribuie la secreția majorată a reninei și angiotensinei II și eliminarea depresinei), este posibil și tipul corticovisceral de manifestare a HTA la gravide. Este actuală și teoria imunologică a HTA la gravide. Un rol important se atribuie disfuncției endoteliale ca trigger în dezvoltarea HTA.

HTA provoacă modificări funcționale și morfologice ale vaselor prin îngustarea lumenului vascular. În cazul perioadei precoce de gestație modificările patologice au loc în patul vascular al placentei, care ulterior pot determina insuficiență placentară, hipoxie și hipotrofia fătului. HTA crește riscul decolării precoce a placentei normal inserate, dezvoltării gestozelor cu complicații pentru făt și gravidă.

Gestoza de diferit grad de severitate se dezvoltă la 28-89,2% gravide cu HTA și frecvent se manifestă precoce, în săptămâna 24-26 de gestație.

Asocierea la HTA a gestozei prezintă pericol atât pentru gravidă, cât și pentru făt; crește riscul de moarte antenatală a fătului, naștere prematură, decolare precoce a placentei normal inserate, eclampsie, insuficiență renală acută, dereglarea circulației cerebrale. Ictusul, eclampsia și hemoragiile în urma sindromului CID din decolarea precoce a placentei normal inserate, sunt cauzele principale de deces al gravidelor și parturientelor cu HTA.

Din perioade precoce ale sarcinii, în cazul HTA, se dezvoltă modificări funcționale și morfologice ale placentei, ceea ce condiționează dereglarea funcțiilor acesteia. Se dezvoltă insuficiență placentară. Drept rezultat se reduce metabolismul gazelor, componentelor nutritive și produselor de eliminare a placentei, contribuind la hipotrofia și decesul fătului.

Tabloul clinic al HTA este determinat de gradul creșterii valorilor TA, starea funcțională a sistemului neuroendocrin, altor organe (primar a celor parenchimotoase), starea hemodinamicii (macro- și microcirculația) și proprietățile reologice ale sângelui.

Trebuie menționat efectul depresiv al sarcinii asupra valorilor TA în primul trimestru. Este cunoscut faptul că la diferite etape ale unei sarcini fiziologice parametrii TA suferă anumite modificări. În trimestrul I al sarcinii TA (în special cea sistolică) are tendință de reducere, iar în trimestrul III treptat crește. Concomitent în timpul sarcinii și, în special, în momentul nașterii este determinată o tahicardie moderată și imediat după naștere în perioadă post-partum – bradicardie. Este stabilit că nivelul TA este maxim în momentul

efortului de livrare prin ocluzia regiunii distale a aortei.

TA la pacientele cu HTA în timpul sarcinii variază. Creșterea valorilor anterior majorate ale TA este frecvent condiționată de asocierea gestozei gravidelor, cu apariția edemelor, albuminuriei. Reducerea temporară a TA la pacientele cu HTA de obicei este notată în trimestrul I sau II; în trimestrul III și după naștere la dispariția efectelor depresorii, TA din nou crește și pot fi atinse valori mai înalte decât până la naștere.

Se evidențiază 6 variante evolutive ale HTA la gestante: hipertensiune stabilă, evoluția căreia nu suferă modificări în decursul sarcinii (la 25,7% din femei); creșterea tensiunii arteriale la începutul sau la mijlocul gestației și păstrarea aceluiași nivel până la naștere (la 23,6%); creșterea tensiunii arteriale în ultimele săptămâni de gestație (10,6%); micșorarea tensiunii arteriale la începutul sau la mijlocul gestației și păstrarea cifrelor respective până la naștere (15,1%); variații ale tensiunii arteriale în decursul perioadei de gestație fără nici o legitate (17%); micșorarea tensiunii arteriale la mijlocul gestației (8%). În timpul sarcinii evoluția HTA, de regulă, se agravează, tensiunea, de obicei, se majorează și se stabilizează.

Acuzele caracteristice ale pacientelor – fatigabilitate periodică, cefalee, vertijuri, palpitații, dereglarea somnului, dispnee, dureri în regiunea cutiei toracice, dereglarea văzului, acufene, extremități reci, parestezii. Creșterea TA atât sistolice, cât și diastolice este manifestarea principală a HTA. Inițial creșterea valorilor TA are caracter tranzitor, periodic, apoi devine stabil și gradul HTA corespunde severității maladiei.

Diagnosticul

Criterii de diagnostic ale HTA în sarcină sunt:

TA > 135-140/75 mm Hg în trimestrul II

sau

TA > 135 – 140/85 mm Hg în trimestrul III.

Este importantă colectarea corectă a anamnezei. Creșterea periodică a TA în antecedente permite suspectarea HTA. Sunt luate în considerare prezența factorilor de risc pentru dezvoltarea HTA, cum

sunt tabagismul, dislipidemiile. Trebuie menționate HTA în sarcinile precedente și patologia renală. Prezența HTA poate fi suspectată în cazul anamnezei eredocolaterale agravate pentru această patologie, creșterea precoce (până la 20 săptămâni gestație) a valorilor TA, care nu este asociată cu edeme și albuminurie sau în cazul vârstei avansate a gravidei.

O metodă frecventă pentru diagnosticul HTA este auscultația: evaluarea comparativă a valorilor TA și pulsului la ambele membre superioare, iar nivelul apreciat în poziție orizontală se modifică în ortostatism. Creșterea TA diastolice la trecerea din poziție clinostatică în ortostatică este caracteristică pentru HTA, iar reducerea TA – pentru HTA simptomatică. Palparea și auscultarea arterelor jugulare permite identificarea semnelor de stenozare a acestora. La investigarea sistemelor cardiovascular și respirator se cercetează prezența hipertrofiei ventriculului drept și decompensării cardiace. Evaluarea pulsului la artera femurală trebuie completată cu aprecierea TA la membrele inferioare. Examenul membrelor este realizat cu scopul identificării edemelor. Este examinată suprafața anterioară a gâtului, se palpează glanda tiroidă. Este necesară cercetarea sistemului nefroureterar. În cazul identificării acuzelor legate de sistemul nervos, este necesar a aprecia prezența nistagmusului, proba Romberg.

Examenul paraclinic include:

- examenul urinei nictimerale la prezența proteinelor (cantitatea de proteine sau microalbuminuria), analiza sângelui și a glucozei
- examenul biochimic al sângelui (proteina generală și fracțiile ei, enzimele hepatice, electroliții, glicemia)
- hemoleucograma (Hb, Ht, trombocite)
- ECG

Cercetări de laborator suplimentare sunt realizate în cazul necesității unui diagnostic diferențial în suspecția unei HTA simptomatice sau în lipsa eficienței terapeutice.

Examenul instrumental la indicații poate include: monitorizarea TA, EcoCG, oftalmoscopia. Pentru evaluarea sistemului fetopla-

centar este realizat examenul ultrasonografic cu Doppler al vaselor complexului fetoplacentar, ECG, EcoCG, USG renală și a suprarenalelor, radiografia cutiei toracice, evaluarea ambulatorie a TA, examenul fundului de ochi, apreciată bacteriuria.

În timpul sarcinii pot să apară 4 tipuri de HTA:

1. HTA tranzitorie
2. HTA cronică
3. Preeclampsia
4. Eclampsia

1. HTA tranzitorie

- apare către sfârșitul sarcinii
- este o HTA ușoară caracterizată prin hipervolemie
- dispare în primele săptămâni după naștere
- poate predis pune gravida la o HTA stabilă în timpul sarcinilor ulterioare.

2. HTA cronică

- este prezentă încă în primul trimestru de sarcină
- este mai frecventă la multiparele peste 30 de ani.
- se inițiază tratament medicamentos numai dacă TA diastolică este mai mare de 100 mm Hg sau dacă pacienta asociază boli renale sau afectare de organe.
- medicamentele antihipertensive de elecție folosite în timpul sarcinii sunt inhibitorii adrenergici cu acțiune centrală (metildopa)
- diureticele trebuie evitate în timpul sarcinii datorită riscului de hipovolemie și de reducere a volumului sangvin uteroplacentar.
- diureticele se folosesc cu prudență când există „hipersensibilitate la sare” și în doze mici (hidroclortiazidă 12,5 – 25 mg/zi).
- medicamentele care trebuie evitate în sarcină: IEC (inhibitorii enzimei de conversie) și antagoniștii de angiotensină II, deoarece dau anumite efecte adverse, cum ar fi: întârziere de creștere fetală, oligohidramnios, insuficiență renală neonatală, posibil anomalii de morfologie fetală.

• în HTA ușoară sunt eficiente măsurile nefarmacologice:

1. restricție sodată,
2. evitarea creșterii ponderale excesive,
3. repaus.

• HTA moderată sau severă, care este frecvent secundară, contraindică sarcina, deoarece se poate complica cu preeclampsia sau eclampsia cu risc materno-fetal mare.

3. Preeclampsia – este un sindrom specific sarcinii și se caracterizează prin:

- HTA cu valori constant crescute,
- edeme periferice,
- proteinurie,
- eventual tulburări de vedere sau tulburări neurologice.

4. Eclampsia – se caracterizează prin semnele de mai sus, plus:

- edem papilar,
- convulsii generalizate.

Preeclampsia și eclampsia:

- pot să complice o HTA preexistentă.
- sau pot să apară la o gravidă anterior normotensivă.
- Sunt mai frecvente la primipare sau în sarcinile gemelare, după săptămâna a 20-a expunând mama la complicații grave, ce cresc riscul fetal (hipotrofie sau chiar moarte intrauterină).
- Constituie mari urgențe obstetricale și necesită internare de urgență în serviciul de terapie intensivă.
- Din cauza riscului mare materno-fetal, preeclampsia și eclampsia impun întreruperea cursului normal al sarcinii.

Managementul gravidelor în HTA

1. Vizite: prima jumătate a sarcinii – o dată în 2 săptămâni; a doua jumătate – o dată în săptămână.

2. Investigații :

- ECG (trimestrele 1 și 3)
- Oftalmoscopia (de 2 ori)

- Analiza generală a urinei după Niceporenko (la 26 – 32 săpt. și la necesitate);

- Concentrația electroliților, azotului rezidual în sânge la luarea în evidență și la 30 săptămâni;

- Coagulograma la luarea în evidență și la 30 săptămâni;

- Analiza generală a urinei, o dată în lună;

- USG, în trimestrele 2 și 3;

- Vizite la terapeutul Centrului medicinei de familie, o dată în lună (la necesitate mai des).

3. Consultația specialiștilor:

- Cardiolog, la necesitate,

- Neurolog,

- Oculist, la luarea în evidență și la 30 săptămâni.

4. Spitalizarea:

- Planificată în timpul evidenței pentru a decide continuarea sau întreruperea a sarcinii;

- Antenatală la 38 săptămâni;

- Urgentă la orice termen în acutizarea bolii;

5. Măsuri de sanație:

- Luarea precoce în evidență a gravidei pentru a hotărî posibilitatea continuării sarcinii;

- Curse profilactice în termene precoce ale sarcinii (3-4 săpt.) cu intervale de 1-2 săptămâni la termenele 13-16, 26, 36-38 săptămâni;

- Psihoterapie, audierea muzicii, etc.

- Dietă cu limitarea clorurii de natriu la 5 g/zi, întrebuințarea stafidelor – 100 g pe zi, decoct de măceșe 100 ml pe zi;

- Fizioterapie (guler Șcerbak, inductotermia spațiului paraneural, electroanalgezie, 4-5 proceduri;

- Spasmolitice (papaverină, dibazol), sedative (herba leonuri, radex valerianae) – 10-14 zile;

- Coctail de oxigen.

La acutizarea maladiei: dopegit, beta-blocati selectivi, antagoniști Ca – verapamil, diuretice în trimestrul 2.

Angajarea în muncă rațională în termene precoce ale sarcinii

(eliberarea de la servicii de noapte, deplasări ș.a.)

Profilaxia:

- Hipoxiei fătului, de la 14 – 16 săptămâni, intrauterină;
- toxicozei – jumătatea a doua a sarcinii;
- macrofătului.

Femeile gravide cu HTA prezintă risc înalt. Managementul atent a redus complicațiile materne și fetale. Terapia medicamentoasă nu îmbunătățește rezultatele perinatale la femeile cu risc scăzut; tratamentul antihipertensiv trebuie folosit pentru a proteja femeile cu HTA cu risc înalt. Strategiile terapeutice sunt orientate spre ameliorarea răspunsului matern, totodată singura intervenție disponibilă pentru a îmbunătăți rezultatele perinatale este nașterea programată.

Complicațiile sarcinii

Complicațiile specifice: gestoza, insuficiență placentară, avorturile spontane, nașterea prematură.

Sunt delimitate trei grade de risc pentru sarcină și naștere:

I (minim) – complicațiile sarcinii apar la mai puțin de 20% femei, sarcina agravează evoluția bolilor la mai puțin de 20% pacienți.

Gradul II (marcant) – maladii extragenitale, frecvent (la 20-50% cazuri) condiționează așa complicații în sarcină ca: gestoze, avort spontan, naștere prematură; sunt determinate hipotrofia fătului, creșterea mortalității perinatale. Maladia se poate agrava în perioada sarcinii sau după naștere la peste 20% pacienți.

Gradul (maxim) – majoritatea femeilor care suferă de patologii extragenitale prezintă complicații ale sarcinii (în peste 50% cazuri), rar se nasc copii la termen și este sporită mortalitatea perinatală; sarcina prezintă pericol pentru sănătatea și viața femeii.

Odată cu agravarea evoluției severității bolii, crește frecvența complicațiilor sarcinii, cum sunt avorturile spontane și nașterile premature. În structura complicațiilor sarcinii în HTA ponderea majoră corespunde gestozelor. De regulă, gestozele evoluează sever, greu se supun tratamentului și reapar în sarcinile ulterioare. O frec-

vență crescută a gestozelor în HTA este condiționată de mecanismele patogenice ale dereglării reglării patului vascular și activității renale. Una din complicațiile cele mai severe ale sarcinii este decolarea precoce a placentei normal inserate.

Indicații de spitalizare a gravidelor cu HTA

Prima spitalizare se indică până la 12 săptămâni. În cazul determinării HTA stadiul I, sarcina poate fi păstrată, stadiile II și III sunt indicații pentru întreruperea sarcinii.

A doua spitalizare are loc la 28-32 săptămâni de gestație – perioada cu volumul circulant major. În aceste termene gravida este examinată minuțios cu corecția terapiei realizate și tratamentul insuficienței placentare.

A treia spitalizare trebuie realizată cu 2-3 săptămâni până la data presupusă a nașterii pentru pregătirea gravidei pentru naștere.

Tratamentul HTA

Tratamentul HTA include metode nemedicamentoase și terapia medicamentoasă.

Metodele nemedicamentoase sunt indicate tuturor gravidelor cu HTA, în cazul HTA stabile, când TA nu depășește 140-150/90-100 mmHg și lipsesc semnele de afectare renală, a fundului de ochi și sistemului fetoplacentar.

În cazul HTA preexistente se impune reglementarea regimului de lucru și odihnă, eliminarea stresului emoțional, asigurarea unei diete echilibrate, metode fizioterapeutice, oxigenoterapia hiperbarică.

Indicații pentru tratamentul medicamentos:

- valori ale TA peste 130/90-100 mmHg
- creșterea TA sistolice cu peste 30 mmHg și/sau a TA diastolice cu peste 15 mmHg de la valorile normale pentru pacientă
- în caz de semne de gestoza sau leziuni ale sistemului fetoplacentar, indiferent de valorile absolute ale TA

Principiile terapeutice ale HTA la gravide

- monoterapie cu doze minime
- utilizarea principiilor de cronoterapie

- sunt de preferat preparatele prolongate

- pentru obținerea unui efect hipotensiv maxim și pentru minimalizarea efectelor adverse sunt utilizate preparate combinate

Conform recomandărilor Asociației Europene pentru studierea HTA, la gravide nu se folosesc inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei, antagoniștii receptorilor angiotensinei și diuretice. Pentru reducerea rapidă a TA sunt utilizate: nifedipină, labetalol, hidralazină. Pentru terapia de durată a HTA se indică metildopa β -adrenoblocanții: oxprenolol, pindolol, atenolol, labetalol, nebivolol, blocanți ai canalelor de calciu – nifedipină (cu eliberare prelungită), isradipină.

Pentru tratamentul HTA de diferit grad de severitate la gravide sunt recomandate următoarele remedii medicamentoase.

Remedii de primă intenție:

- α_2 -adrenomimetice (metildopa 500 mg 2-4 ori/24 ore)

Remedii de a doua intenție:

• β -adrenoblocanți selectivi (atenolol, metoprolol 25-100 mg/24 ore în o priză)

• blocanții canalelor de calciu (sunt periculoși, dar efectul poate fi superior riscului)

- derivații dihidropiridinei – nifedipină 10-20 mg 2 ori/24 ore; amlodipină 2,5-10 mg 1-2 ori/24 ore

- derivații fenilalchilaminei – verapamil 120-240 mg 1-2 ori/24 ore (până la 12 săptămâni în perioada de lactație)

Remedii de a treia intenție:

- metildopa + preparat de a doua intenție.

Procedurile fizioterapeutice includ somnul electric, inductotermia regiunilor plantelor și gambelor, diatermia regiunii periombilicale. Un efect major îl exercită oxigenarea hiperbarică.

Pentru corecția insuficienței placentare sunt elaborate măsuri profilactico-terapeutice, care includ remedii ce normalizează tonusul vascular, preparate cu acțiune asupra metabolismului placentar, microcirculației (pentoxifilină, eufilină), biosintezei proteinei (alupent) și bioenergeticii placentei (esențiale).

Gravidele cu HTA trebuie incluse în grupul de risc crescut atât pentru mamă, cât și pentru făt. Ele trebuie monitorizate la medicul de familie, periodic consultate de către medicul cardiolog, precum și de obstetrician, este realizată spitalizarea programată în termenele menționate.

Particularitățile tratamentului complicațiilor gestaționale

În trimestrul I în caz de iminență de avort este administrată terapia sedativă, spasmolitică și hormonală.

Din trimestrul II farmacoterapia în gestoze trebuie să fie complexă și să includă remediile reglatoare ale funcției SNC, hipotensive, diuretice; pentru normalizarea proprietăților reologice și de coagulare ale sângelui; terapia infuzională și de dezin-toxicare, preparate care ameliorează perfuzia utero-placentară, antioxidante, membranostabilizatoare, hepatoprotectoare, imunomodulatoare.

În cazul dezvoltării insuficienței placentare în trimestrele II și III este indicată terapia cu scop de ameliorare a funcției SNC, intensificarea perfuziei utero-placentare, cu acțiuni asupra proprietăților reologice ale sângelui și normalizarea proceselor metabolice.

La apariția hipoxiei cronice a fătului în trimestrele II și III terapia are scop de ameliorare a perfuziei utero-placentare, corecția acidozei metabolice, activarea proceselor metabolice în placentă, intensificarea utilizării oxigenului și reducerii acțiunii hipoxiei asupra SNC al fătului.

Tratamentul complicațiilor în travaliu și post-partum

O patologie frecventă la gravidele cu HTA este nașterea prematură. HTA este una din cauzele majore ale decolării precoce de placenta normal inserată. Gestoza pe fond de HTA, indiferent de etiologia acesteia, în caz de tratament neadecvat poate duce la eclampsie. Ictusul, eclampsia și hemoragiile din sindromul CID provocat de decolarea placentei, sunt cauzele principale în decesul gravidelor și al parturientelor în caz de HTA.

În etapa I a nașterii, dar mai evident în perioada II, este notată

o creștere semnificativă a TA în urma stresului psihoemoțional, sindromului algic din naștere. Mecanismele compensatorii nu reușesc să asigure valorile optime ale TA, fiind identificată creșterea stabilă a acestora. Sunt posibile dereglările circulației cerebrale.

În etapa a III-a a nașterii, după reducerea rapidă a presiunii intraabdominale și micșorarea obstrucționării aortei, are loc redistribuirea sângelui, ceea ce favorizează valori mai mici ale TA comparativ cu etapele precedente ale nașterii.

Frecvent în perioada nașterii se dezvoltă hemoragii hipotensive, asociate cu insuficiență vasculară.

Tratamentul gestozelor severe, inclusiv preeclampsia, necesită spitalizarea gravidelor, care are un singur scop, de a induce nașterea pe fond de tratament intensiv. Tactica în gestozele severe include:

- terapia intensivă
- întreruperea sarcinii
- nașterea prin cezariană
- suport anesteziologic din momentul internării
- măsuri de prevenire a hemoragiilor masive coagulopatică în perioada de naștere
- tratament antigestoză în primele 2-3 zile după naștere
- profilaxia complicațiilor infecțioase și trombotice în perioada post-partum

Componentele majore în tratamentul gestozelor severe

- corecția hipovolemiei
- transfuzia de plasmă proaspăt congelată
- terapia hipotensivă
- administrarea de $MgSO_4$

Termenele și metodele de naștere sunt selectate individual. Dacă TA a gravidei este controlată cu ușurință, nu este agravat anamnestical obstetrical, starea fătului este satisfăcătoare, sarcina este menținută până la termen, cu programarea nașterii pe căi naturale cu administrarea terapiei antihipertensive, analgezia corectă a nașterii și monitorizarea valorilor TA la gravidă și a stării fătului.

Indicații pentru nașterea prematură:

- HTA refractară la tratament
- complicații ale organelor-țintă (infarct miocardic, ictus, decolarea retinei)
- gestoze severe și complicațiile lor (preeclampsie, eclampsie, coma post eclamptică, edem pulmonar, decolarea precoce a placentei normal inserate, HELLP-sindrom)
- agravarea stării fătului.

Managementul nașterii la gravidele cu HTA

În majoritatea cazurilor nașterea are loc pe căi naturale. În prima perioadă de naștere este indicată o anestezie adecvată, tratament hipotensiv, amniotomia precoce.

În perioada de expulzie terapia hipotensivă este suplimentată cu remedii ganglioblocante. În funcție de starea parturientei și a fătului, perioada II este scurtată prin realizarea perineotomiei sau aplicarea forcepsului obstetrical. În perioada III sunt realizate măsuri de profilaxie a hemoragiilor. Pentru toată perioada nașterii este indicată profilaxia hipoxiei fătului.

La femeile care prezintă hipertensiune arterială, semnificativ mai frecvent, comparativ cu cele sănătoase, sunt necesare intervenții chirurgicale sau alte implicări condiționate de severitatea stării pacientei, de frecvența crescută a complicațiilor obstetricale și a nașterii premature. Evoluția perioadei post-partum, în majoritatea cazurilor, nu prezintă diferențe față de această perioadă la femeile sănătoase.

Determinarea eficienței terapiei

Obținerea valorilor optime ale TA la gravidă cu o perfuzie adecvată a placentei (reducerea TA diastolice până la 90 mmHg).

HIPOTENSIUNEA ARTERIALĂ ȘI SARCINA

Tulburarea tonusului vascular are caracter de hipotonie arterială în cazul în care tensiunea arterială este mai mică de 100/60 mm Hg. Hipotensiunea arterială este rezultatul dereglărilor sistemice ale organismului, este simptom al unei maladii generale, cu modificarea nu doar a tonusului vascular, dar și a altor organe. Hipotensiunea arterială are un efect nefavorabil asupra evoluției sarcinii și nașterii, asupra dezvoltării fătului și nou-născutului. Potrivit datelor statistice, la gravide hipotonia se constată în medie în 12% din cazuri. Cu toate acestea, multe femei nu reacționează la scăderea tensiunii arteriale, având cenestezie normală, capacitate normală de muncă, nu prezintă acuze. Alte femei au senzații de somnolență, au dificultăți în efectuarea activităților habituale.

Hipotonia arterială poate preceda sarcina sau apare în timpul perioadei de gestație, de regulă în primele luni. Influența sarcinii asupra tensiunii arteriale se înregistrează relativ frecvent, manifestându-se prin diverse forme, mai des prin scăderea tensiunii sistolice și a celei diastolice până la valori apropiate de limita minimă a oscilațiilor normale, dar poate scădea și mai mult.

Clasificare:

- fiziologică (constituțională, ereditară)
- patologică: acută și cronică
- primară: - la gravide – hipotensiune apărută primar în timpul sarcinii
- hipotensiune esențială (simptomatică, asimptomatică)
- secundară (simptomatică)

Etiologia și patogenезa

Etiologia și patogenезa hipotoniei arteriale până în prezent nu sunt clarificate. Se consideră că factorul provocator în dezvoltarea hipotoniei arteriale la gravide este apariția sistemului de circulație suplimentar utero-placentar. Placenta produce hormoni inhibitori

ai funcției hipofizare, în urma cărora se micșorează excreția substanțelor presorii, ceea ce duce la hipotonie arterială. În hipotensiunea gravidelor un rol însemnat îl are răspunsul imun la A_2 al placentei și fătului, în urma cărui fapt are loc micșorarea sau mărirea secreției unui grup de substanțe biologice, în special catecolaminelor, serotonininei, histaminei. Acetilcolina este socotită ca factor de reducere a gestozei gravidei. În geneza hipotensiunii arteriale la gravide, un rol cert îl are micșorarea concentrației serotonininei – substanță activă vasculară. Unii cercetători apreciază hipotensiunea arterială ca gestoză a gravidelor.

Patogeneza complicațiilor gestației. În timpul sarcinii există circumstanțe predispozante pentru dezvoltarea maladiei hipotonzive. La ele se referă ridicarea tonusului subdiviziunii parasimpatice a sistemului nervos vegetativ, schimbări în centrul vegetativ ai reglării vasomotorii; inhibiția tuturor funcțiilor ce prevalează asupra excitației; micșorarea rezistenței vasculare generale; depou suplimentar sangvin (circulația utero-placentară); schimbări hormonale multiple, neurotransmițătorilor, cu predominarea efectului vasomotor asupra vasoconstrictorilor; dereglările vegetative suprasedimentare, consecința frecventă a căruia este hipotensiunea și care servește ca fundal inițiator în dezvoltarea gestozei precoce a gravidelor. Principala complicație a sarcinii în hipotonia arterială este întreruperea ei spontană. Hipotensiunea arterială favorizează dezvoltarea sindromului retenției dezvoltării fătului în perioada intrauterină din cauza diminuării circulației utero-placentare.

Tabloul clinic

Se observă polimorfismul acuzelor: fatigabilitate, apatie, dereglarea memoriei. Poate apărea disconfort gastrointestinal, deranjează cefaleea și durerile cardiace. În funcție de localizarea durerilor, se evidențiază forma cardiacă sau cerebrală a hipotoniei primare. La unele bolnave se constată hipotonia ortostatică – hipotonia în poză verticală. Hipotonia arterială poate decurge sub formă acută sau cronică.

Diagnosticul

Un mare rol are culegerea anamnezei. La examenul medical se constată tensiunea arterială mai joasă de 90/60 mm Hg (după datele OMS). Investigațiile instrumentale, monitoringul diurn al tensiunii arteriale, electrocardiografia (ECG), electroencefalografia (EEG), oftalmoscopia, ultrasonografia rinichilor și suprarenalelor oferă date pentru a aprecia cu certitudine diagnosticul.

Managementul gravidelor cu hipotensiune arterială

1. Vizite la medic: în prima jumătate – o dată în lună, în a doua jumătate – se stabilește individual.
2. investigații: ECG (la luarea în evidență și la 30 săptămâni)
 - analiza generală a urinei;
 - USG-fătului (în trimestrele II și III).
3. Consultația specialiștilor: terapeutul Centrului de medicină familială (dispensarizare până la normalizarea indicilor TA);
 - medicului primirii specializate pentru profilaxia prematurității sarcinii;
 - cardiologului;
4. Spitalizarea urgentă la acutizarea maladiei;
5. Măsuri de sanăție:
 - a) angajare rațională în muncă (eliberarea de la servicii nocturne, de gardă, de la deplasări);
 - b) tratament de fortificare generală în termene precoce:
 - înviorarea fizică matinală;
 - duș cald;
 - alimentație regulată cu predominarea albuminelor de origine animală;
 - vitamine din grupele B, C, D, E;
 - prelungirea somnului fiziologic;
 - oxigenație obligatorie (promenade, cocktail de O₂);
 - c) la acutizarea bolii (scăderea TA mai mult de 10 mm Hg, de la cifra inițială, apariția acuzelor):
 - prescrierea tratamentului medicamentos (cordiamin, cofeină, tinctură de pantocrină, eleuterococ etc.);

d) măsuri profilactice:

- prevenirea toxicozei din a doua jumătate a sarcinii;
- evitarea hipoxiei fătului;
- întreruperii sarcinii.

Complicațiile sarcinii și nașterii

La hipotonia arterială a gravidelor, ca și în alte tulburări vasculare, se asociază deseori (25%) preeclampsia tardivă: tensiunea scăzută alternează cu cea ridicată, apare proteinuria. În preeclampsia atestată la gravidele cu hipotonie tensiunea arterială poate să nu depășească valorile normale (120/80 mm Hg), însă ea va depăși cu 30% indicii inițiali. Aceasta este considerată drept patologie. Mai frecvent decât la femeile sănătoase, în cazul hipotoniei arteriale, se instalează gestoza precoce, care, de asemenea, se constată mai frecvent decât cea tardivă. În plus, la gestoza precoce întotdeauna se asociază tensiunea arterială scăzută.

Iminența de avort și avortul spontan constituie complicațiile principale ale sarcinii în hipotonia arterială. Ele pot să apară la diverse vârste ale sarcinii, de 3-5 ori mai frecvent decât la gestantele intacte. S-a constatat și acțiunea inversă. La femeile care respectă repausul la pat de durată, dictat de iminența de avort, tensiunea arterială scade stabil. Fenomenul poate fi explicat prin hipodinamia musculară.

La gestantele cu hipotensiune arterială, perioada de pregătire pentru naștere are un caracter prelungit. În vederea scurtării perioadei respective se indică clorură de calciu, glucoză, vitamine etc. Dezvoltarea lentă a activității uterine la parturientele cu hipotensiune arterială poate fi confundată cu insuficiența uterină primară. Stimularea nașterii în asemenea cazuri provoacă necoordonarea contracțiilor uterine.

O complicație gravă este hemoragia în perioada de delivrență. Ea este condiționată de dereglarea activității contractile a uterului, hipotonia uterină și reducerea capacității de coagulare a sângelui. Hemoragia masivă la pacientele cu hipotonie se reflectă timpuriu și extrem de grav asupra stării lăuzei. Deseori se instalează decompen-

sarea, necesitând completarea adecvată a hemoragiei. Cauza reducerii coagulabilității sangvine la pacientele cu hipotonie la sfârșitul perioadei de gestație este considerat deficitul de estrogeni, glucocorticoizi.

Tratamentul

a) Nemedicamentos:

- optimizarea regimului de muncă;
- gimnastică matinală;
- alimentația cu conținut suficient de vitamine și microelemente;
- fizioterapie;
- reflexoterapie – acupunctură.

b) Medicamentos:

- Hipotonia arterială, inclusiv cea decompensată, nu prezintă indicații pentru întreruperea sarcinii.

- Hipotonia fiziologică, în lipsa simptomelor patologice, nu necesită tratament. În stadiul subcompensat al hipotoniei arteriale primare tratamentul se efectuează în condiții de ambulatoriu, gravida fiind spitalizată doar în cazul ineficienței tratamentului. Forma secundară – necesită tratamentul patologiei de bază. Tratamentul hipotoniei decompensate se face în condiții de staționar.

Supravegherea în dinamică a gravidelor cu hipotonie arterială include examinarea medicală în jumătatea I de gestație o dată pe lună, în jumătatea II – individual. ECG se efectuează de 2 ori: la momentul luării în evidență și la 30 de săptămâni de sarcină; EUS în trimestrele II și III. Este obligatorie supravegherea terapeutului, după indicații și a altor specialiști. Măsurile de fortificare presupun tratament tonic general în termene tardive, gimnastica de dimineață, alimentație regulată cu un conținut bogat de proteine de origine animală, vitamine din grupele B,C,D,E. Este necesar a prelungi durata somnului fiziologic și este obligatorie oxigenarea. În cazul acutizării afecțiunii (micșorarea tensiunii arteriale mai mult de 10 mm Hg de la nivelul inițial, apariția acuzelor) se indică tratament (cordiamină, cofeină, eleuterococ etc).

În forma cronică și ușoară a hipotoniei arteriale acute (lipotimie) se administrează preparate ce excită centrul vasomotor și centrul respirator (soluție corazol 10% câte 1-2 ml subcutanat sau intramuscular, cordiamină peroral câte 25-40 picături, de 2-3 ori pe zi).

În hipotonia cronică condiționată de nevroză cu predominarea procesului de excitație se administrează remedii sedative și tonice generale (valeriană, seduxen câte 1/2-1 pastilă de 2-3 ori în zi, elenium câte 10-50 mg/24 h). Deseori hipotonia cronică se depistează în nevroze cu predominarea procesului de inhibiție, cu astenie, fatigabilitate ușoară. În cazurile respective se administrează remedii psihostimulatoare, ce excită centrul vasomotor (cofeină câte 0,05-0,1 g, de 2-3 ori pe zi sau 1-2 ml soluție 10% subcutanat și intramuscular).

Acțiune tonizantă generală are pantocrina, administrată câte 2-4 pastile sau 30-40 picături perorale de 2-3 ori pe zi sau 1-2 ml intramuscular. Se administrează extract de levzon. Eleuterococul se administrează pe nemâncate câte 20-30 picături sau câte 1 pastilă (0,5 g) de 2 ori pe zi. Ginsengul se administrează sub formă de soluție alcoolică 10% pe nemâncate câte 15-25 picături sau 1-2 pastile (0,15-0,3 g) de 3 ori pe zi înainte de masă. Apilacul (este deosebit de folositor în perioada puerperală, deoarece nu numai că normalizează tensiunea, dar și stimulează lactația) se administrează câte 1 pastilă (0,001 g) de 3 ori pe zi sublingual. Toate preparatele menționate se administrează timp de 10-15 zile. Ele nu atât măresc tensiunea arterială, cât ameliorează starea, restabilesc tonusul general, somnul, capacitatea de muncă.

Tratamentul medicamentos include preparate pentru îmbunătățirea circulației fetoplacentare.

Diagnosticul oportun și corect în hipotonie, corecția adecvată a patologiei permit prevenirea complicațiilor contribuie la nașterea unui copil sănătos.

PATOLOGIA SISTEMULUI VENOS LA GRAVIDE

Varicele membrelor inferioare

La 80% femeii însărcinate boala de varice se manifestă pentru prima dată în timpul gravidității.

Varicele apar în cazul dilatației venoase stabile și ireversibile și în lungirea venelor ca urmare a modificărilor patologice ale pereților și aparatului valvular.

Etiologia și patogenia. La circa 70-90% dintre femeile cu varice apariția afecțiunii este legată de sarcină. Patologia respectivă se constată la 20-40% din gestante. Apariția dilatației varicoase la gravide se explică prin insuficiența estrogenilor în organism și supranivelul de progesteron și relaxină, având acțiune relaxantă asupra pereților venoși. În plus, progesteronul inhibă secreția hormonilor lobului posterior al hipofizei, ceea ce tonifică fibrele musculare netede. Ca rezultat, are loc diminuarea tonusului mușchilor pereților venoși uterini, vezicii urinare, intestinului și altor organe. Un anumit rol în apariția patologiei respective are fundalul hormonal dezechilibrat preexistent sarcinii.

Un factor important ce contribuie la apariția varicelui în sarcină este creșterea greutateii ponderale și a volumului sangvin total, hipertensiunea arterială, insuficiența circulației sangvine în membrele inferioare.

Diminuarea tonusului peretelui venos duce la dilatație varicoasă și la insuficiență valvulară a venelor subcutanate și profunde ale membrelor inferioare cu apariția ramurilor colaterale în regiunea organelor genitale externe.

Clinica. Manifestările clinice ale varicelui depind de localizarea, forma și stadiul afecțiunii. Pot fi afectate venele subcutanate și cele profunde ale membrelor inferioare, precum și ale organelor genitale externe, vaginului, rectului, organelor bazinului mic, pielii abdomenului, glandelor mamare, feselor. Deosebim două forme ale varice-

lui: neagravată și agravată (de hemoragie, tromboflebită a venelor subcutanate, tromboza acută a venelor profunde, dermatita alergică, eczemă, alergie medicamentoasă, erizipel, ulcer varicos). De obicei, gestantele acuză durere, oboseală în timpul mersului, greutate în picioare și edeme. Dilatația venelor subcutanate apărută la începutul perioadei de gestație are tendință spre progresare permanentă. Venele subcutanate ale membrelor inferioare contrastează vizibil, pereții lor sunt tensionați. Dilatația varicoasă în regiunea vulvei, vaginului și a plicii inghinale apare la 3,7% din femei. În aceste cazuri afecțiunea este însoțită de dureri și senzație de dilatare în regiunea organelor genitale, precum și de dilatația venelor vaginale.

Diagnosticul. De regulă, diagnosticul nu întâmpină dificultăți și se bazează pe datele anamnestice și tabloul clinic. Rezultatele flebografiei și altor investigații (probe funcționale hemodinamice, examenul ultrasonografic complex, inclusiv angioscanarea și dopplerografia) permit a preciza natura afecțiunii.

Tratamentul. Deosebim trei metode principale de tratament al varicelui membrelor inferioare: conservatoare, injectabil-sclerozantă, chirurgicală. Părtașii metodei conservatoare de tratament consideră că după naștere dilatația venoasă încetează sau dispare. În virtutea acestui fapt, gravidelor li se recomandă periodic a face repaus la pat în poziție orizontală (clinostatică) cu membrele inferioare ridicate și să mențină compresiunea elastică (tifon elastic, ciorapi sau ștrampi speciali). Compresiunea elastică contribuie la comprimarea venelor subcutanate, diminuarea fenomenelor de stază și mărirea (de 3-5 ori) a vitezei circulației sangvine. Pe lângă compresiunea elastică, gravidelor li se recomandă gimnastică medicală și automasajul în combinație cu un regim rațional de muncă și odihnă, dietă orientată contra constipațiilor.

În vederea mării tonusului vascular se prescrie escuzan (câte 12-15 picături pe zi), glivenol (câte 0,4 g de 2 ori pe zi), venoruton (câte 0,3 g de 2 ori pe zi), troxevazină (câte 0,3 g de 2-3 ori pe zi), detralex (câte 1-2 pastile pe zi), ginfor forte (câte 1 capsulă de 2 ori pe zi) sau aplicații locale în formă de gel. Preparatele menționate au

acțiune angioprotectoare, normalizează permeabilitatea capilarelor, micșorează agregarea trombocitelor, ceea ce duce la diminuarea edemelor și sindromului algic, regresivitatea dereglărilor trofice, micșorarea sau dispariția paresteziilor și convulsiilor. În plus, în timpul sarcinii sunt indicate vitaminele, mai ales C și PP, precum și gluconatul de calciu.

Tratamentul injectabil-sclerozant nu este aplicat în perioada de gestație.

În dilatația accentuată a venelor, la care se asociază insuficiența valvulară, se aplică tratamentul chirurgical.

Conduita obstetricală. Varicele membrelor inferioare nu este contraindicație pentru continuarea sarcinii. În acest caz importanța majoră au măsurile de prevenire a complicațiilor trombotice și tromboembolice.

Modalitatea nașterii se alege în funcție de situația obstetricală. După posibilități este preferată nașterea prin căile naturale de naștere. O măsură obligatorie este bandajul elastic al ambelor picioare în vederea prevenirii refluxului sangvin în timpul contracțiilor expulzive.

În ceea ce privește necesitatea tratamentului dezagregant și anticoagulant la finele gestației, această problemă se soluționează în funcție de starea sistemului de hemostază. În hipercoagularea patologică și semne de coagulare intravasculară se indică tratament anticoagulant (heparină) și dezagregant (dextrane, acid acetilsalicilic, trental, curantil). În scopuri profilactice în prima perioadă a nașterii pot fi administrate 5000. un de heparină, cu 2-4 ore înainte de eventuala naștere a fătului sau cu 2 ore înainte de operația cezariană. Pe lângă heparina tradițională, este folosită pe larg heparina micromoleculară (fraxiparină, fragmină, clivarină, clexan etc.); ea inhibă procesul coagulării sangvine la etape mai precoce. Tratamentul dezagregant (acid acetilsalicilic câte 1,125 g pe zi, trental câte 100-200 mg de 3 ori pe zi, reopoliglucină câte 400 ml pe zi în perfuzie intravenoasă), început în perioada prenatală, urmează a fi continuat și postnatal.

În perioada postnatală lăuzelor le este recomandată ridicarea timpurie din pat, gimnastica medicală, compresiunea elastică obligatorie a ambelor picioare.

Tromboza venoasă, tromboflebita, tromboemboliile

Tromboza venoasă. În ultimii ani se observă tendința spre mărirea incidenței apariției trombozelor și tromboemboliilor în sarcină, naștere, post-partum.

Complicațiile tromboembolice, agravând evoluția sarcinii, nașterii și perioadei postnatale, creează un pericol real pentru sănătatea mamei și fătului, duc la creșterea mortalității materne și perinatale.

Etiologia și patogenia. Cauzele apariției trombozei sunt: 1) dereglarea vitezei circulației sangvine (stază); 2) lezarea pereților vasculari (endoteliului); 3) modificarea compoziției sângelui, adică intensificarea coagulării.

Deficiența refluxului venos din membrele inferioare în timpul sarcinii este condiționată de 3 cauze:

- comprimarea vaselor iliace de către uterul gravid;
- mărirea refluxului sangvin din segmentul placentar al uterului, ceea ce provoacă suprasolicitarea venelor iliace interne și comune, și perturbarea refluxului sangvin din membrele inferioare;
- diminuarea tonusului peretelui vascular și dilatarea fiziologică a venelor, ceea ce condiționează instalarea insuficienței valvulare relative și refluxul sângelui în segmentele distale ale membrelor.

În apariția trombozelor un rol important au traumele operatorii și de naștere, deoarece în acest caz din țesuturi în circulația sangvină trece tromboplastina tisulară, ce declanșează mecanismul extern al coagulării intravasculare sangvine.

Activarea intravasculară a sistemului de hemostază poate fi provocată de afectarea toxică a endoteliului vascular de către agenții infecțioși și/sau alergogeni prin reacția antigen-anticorp. Ca rezultat, se diminuează proprietățile antitrombotice ale membranei interne a vaselor. Mai accentuate sunt modificările produse în sistemul

de coagulare sangvină la gestantele care până la sarcină aveau dereglări congenitale sau dobândite în sistemul de hemostază.

Tromboflebita venelor superficiale. Clinica. Afecțiunea se caracterizează prin hiperemie cutanată, indurații și senzații algice pe traiectul venelor, hipertermie locală. Starea generală a pacienților este satisfăcătoare, temperatura corpului, de cele mai multe ori, este subfebrilă, la multe bolnave se constată progresarea în trepte a pulsului (semnul Maler), în sânge – modificări neînsemnate sau leucocitoză moderată cu devierea formulei leucocitare în stânga, VSH este puțin mărită.

Diagnosticul tromboflebitei venelor superficiale, de regulă, nu este dificil; dificultăți pot apărea în cazul formei ascendente a afecțiunii, când traiectoria propriu-zisă a trombozei nu corespunde cu cea determinată clinic. Stabilirea nivelului proxim al trombozei și excluderea trombozei asimptomatice a venelor profunde sunt posibile în baza rezultatelor ultrasonografiei complexe a vaselor membrului inferior, inclusiv a datelor angioscanării și dopplerografiei.

Tratamentul. Alegerea tacticii terapeutice depinde de localizarea trombozei. În cazul procesului trombotic pe gambă și treimea inferioară a femurului se aplică tratamentul conservator. În tromboflebita ascendentă a venei subcutanate mari, dat fiind pericolul tromboemboliei, este indicat tratamentul operatoriu.

Tratamentul conservator include acțiunea locală și generală asupra procesului patologic.

În calitate de tratament local se folosește hipotermia timp de 2-3 zile, aplicații cu unguent (heparină, troxevazină, butadionă), compresiunea elastică a membrului inferior și poziția ridicată a picioarelor în timpul somnului.

Tratamentul general include următoarele preparate: antiinflamatoare și dezagregante (butadion câte 0,15 g de 3 ori pe zi, reopirină câte 5 ml intramuscular sau câte 1 pastilă de 3 ori pe zi, teochinol câte 0,15 g de 3 ori pe zi, acid acetilsalicilic câte 0,125 g pe zi); desensibilizante (dimedrol câte 0,05 g, pipolfen câte 0,025 g, suprastină câte 0,025 g sau tavegil câte 0,001 g de 2 ori pe zi); preparate ce

îmbunătățesc microcirculația și posedă acțiune flebodinamică (troxevazină câte 5 ml soluție 10% intramuscular sau 0,3 g de 3 ori pe zi intern, escuzan câte 12-15 picături de 3 ori pe zi). Administrarea antibioticelor în tromboflebită nu este rațională, deoarece afecțiunea respectivă este o varietate a afecțiunii septice. În plus, majoritatea antibioticelor provoacă modificări în sistemul de hemostază și duc la hipercoagulare. Heparinterapia se aplică în cazul depistării pe hemostaziogramă a hipercoagulării patologice, precum și în cazul complicațiilor tromboembolice severe în antecedente. Pe lângă heparina obișnuită, sunt utilizați analogii ei micromoleculari, ceea ce micșorează numărul injecțiilor până la 1-2 pe zi.

Tratamentul eficient al tromboflebitei superficiale efectuat în perioada de gestație permite nașterea în funcție de situația obstetricală. În vederea excluderii progresării procesului trombotic, sunt importante conduita blândă și anestezia adecvată a nașterii. Parturientelor obligatoriu li se aplică compresiunea elastică a ambelor picioare pentru diminuarea stazei venoase și prevenirea refluxului sangvin în timpul contracțiilor expulzive.

În post-partum compresiunea elastică a membrelor inferioare va continua. Se recomandă ridicarea timpurie din pat și gimnastică medicală. Lăuzelor cu risc sporit de recidive, precum și celor cu cezariană, la 6 ore după naștere li se aplică heparinterapia.

Tromboza venelor profunde. Clinica. Un semn clinic precoce al trombozei venelor profunde sunt durerile ce apar în mușchii gastrocnemieni, în fosa poplitee sau în regiunile femurului și inghinală pe traiectul pediculului vascular. Atrag atenția semnele vegetative: puls accelerat, neconcordanța frecvenței pulsului cu curba temperaturii, frisoane. Membrul afectat este mărit în dimensiuni, se schimbă colorația pielii, se constată hipertermie locală.

Precizarea *diagnosticului* se efectuează împreună cu chirurgul.

Tratamentul. Tuturor bolnavelor le este indicat tratamentul antitrombotic (anticoagulanți, dezagreganți, vasoprotectori, remedii antiinflamatoare nespecifice) cu compresiunea elastică obligatorie a ambelor membre inferioare și aplicații cu frig timp de 3 zile. În

componenta terapiei complexe urmează a include heparina. Gravidelor le sunt contraindicați anticoagulanții cu acțiune indirectă, dată fiind acțiunea lor teratogenă. În plus, preparatele respective, fiind permeabile transplacentar, pot provoca hemoragii în placentă sau sindromul hemoragic la făt, provocând moartea intrauterină a fătului sau avortul.

Sarcina la pacientele cu tromboza venelor profunde poate fi păstrată, dacă patologia a apărut în trimestrul I și diagnosticul a fost precizat ultrasonor și nu a necesitat angiografie.

În trimestrul II chestiunea privind întreruperea sarcinii este mai dificilă, necesitând precauție deosebită. Nu vom păstra sarcina ce evoluează cu iminență de avort, precum și în hipoxia progresivă a fătului. În celelalte cazuri, sarcina poate fi păstrată.

Sarcina la pacientele cu tromboza venelor profunde, ce apare în trimestrul III, nu trebuie întreruptă, cu excepția cazurilor de patologie obstetricală supraadăugată ce necesită naștere de urgență (dezlipirea placentei, forme grave de preeclampsie etc.).

Tromboembolia arterelor pulmonare. Clinica acestei complicații este determinată de volumul ocluziei embolice. În tromboembolia masivă (trunchiul pulmonar și/sau arterele pulmonare principale) apare sindromul insuficienței cardiopulmonare acute cu dureri sternale și pierderea bruscă a cunoștinței. La examinarea pacienților, de regulă se constată cianoza feței, turgescența și pulsarea venelor jugulare, respirație accelerată superficială, hipertensiune arterială, tahicardie. Pe lângă acestea, embolia arterelor segmentare sau chiar pulmonare se manifestă prin sindrom pulmonaro-pleural. În asemenea cazuri se înregistrează simptome nespecifice: dureri sternale, ce se accentuează în respirație, hipertermie, tuse.

Diagnosticul. La examinarea pacientelor cu suspiciune de tromboembolie a arterelor pulmonare, în primul rând urmează a face electrocardiografia și roentgenografia de orientare a cutiei toracice.

În cazul în care diagnosticul de tromboembolie a arterelor pulmonare după o asemenea examinare nu a fost exclus, investigațiile ulterioare urmează a fi efectuate în secția angiochirurgicală.

Tratamentul este efectuat de către chirurgii vasculari. La gravide și parturiente pot fi aplicate toate metodele cunoscute de tratament: embolectomia din arterele pulmonare, tratamentul trombolitic și antitrombolitic complex.

Conduita obstetricală la gravidele cu tromboembolie a arterelor pulmonare depinde de gravitatea stării lor și de vârsta sarcinii.

În apariția tromboemboliei arterelor pulmonare în trimestrul I de sarcină, după tratament sarcina urmează a fi întreruptă, dată fiind starea gravă a bolnavei, iradierea fătului și necesitatea unui tratament anticoagulant îndelungat. În apariția tromboemboliei arterelor pulmonare în trimestrele II-III, decizia privind păstrarea sarcinii este luată individual în funcție de starea gestantei și vitalitatea fătului. În tratamentul eficient al tromboemboliei arterelor pulmonare și starea satisfăcătoare a femeii, sarcina poate fi păstrată. În cazul stării grave a gestantei, precum și în înrăutățirea progresivă a stării funcționale a fătului, sarcina urmează a fi întreruptă.

MANAGEMENTUL GRAVIDEI CU PATOLOGIE CARDIOVASCULARĂ

Luarea precoce în evidență a gravidei (pâna la 12 săptămâni de sarcină) de către medicul de familie și ginecologul obstetrician este una din principalele condiții de prevenire a posibilelor complicații ale sarcinii. În mare măsură aceasta se referă la complicațiile legate de patologia cardiovasculară.

La prima vizită în Centrul medicilor de familie, gravida trebuie examinată foarte atent de către medicul de familie și ginecologul obstetrician pentru depistarea precoce a patologiilor concomitente, inclusiv celor cardiovasculare. În caz de diagnostic neprecizat gravida se internează în staționar (în primele trei luni de sarcină), pentru examinare clinică minuțioasă. Îndeosebi aceasta este indicat când la gravidă se presupune o endocardită. Odată cu stabilirea la gravidă a diagnosticului de boală cardiovasculară, se ia decizia despre păstrarea sau întreruperea sarcinii. Pentru păstrarea sarcinii se iau în considerare următoarele:

1. orice endocardită de etiologie reumatismală și infecțioasă, acută sau subacută este indicație pentru întreruperea sarcinii,

2. stenoza valvulară atrioventriculară stângă (viciu mitral combinat cu predominarea stenozei) se complică frecvent în timpul sarcinii cu decompensarea activității cardiace și deseori este cauza decesului. De aceea păstrarea sarcinii în caz de stenoză mitrală este contraindicată.

Dacă din anamneză se stabilește că gravida nu demult a suferit o decompensare, și în timpul examinării gravidei se depistează unele manifestări ale dereglării cardiovasculare, atunci păstrarea sarcinii are riscul mare de apariție a complicațiilor în orice tip de afectare a cordului (endocardite, toate formele anatomice de afectare a valvelor cardiace, miocardului și pericardului) și de aceea păstrarea sarcinii este contraindicată. Despre aceasta se informează gravida

și rudele ei.

În cazul când aceste stări se depistează la femeii neînsărcinate, li se indică preparate contraceptive și ele sunt instruite cum să le folosească. În orice problemă legată de întreruperea sarcinii este obligatoriu de a se conduce de ordinul Ministerului Sănătății Nr. 647 din 21.09. 2010 Cu privire la efectuarea întreruperii voluntare a cursului sarcinii în condiții de siguranță.

Trebuie știut că întreruperea artificială a sarcinii în termene de până la 12 săptămâni este o intervenție periculoasă pentru bolnavele cu patologie cardiovasculară. De aceea, înainte de a lua decizia despre întreruperea sarcinii în termen mai mare de 12 săptămâni de sarcină, este necesar să fie analizate în detaliu toate aspectele cazului concret. Decizia privind întreruperea sarcinii la bolnave cu patologie cardiovasculară e de dorit să se ia după investigarea gravidei în staționar.

Gravidele cu patologie cardiovasculară, cărora li se permite păstrarea sarcinii, trebuie să beneficieze de supravegherea permanentă a obstetricianului și medicului de familie. Aceste gravide necesită vizite regulate la medic pentru controlul stării sănătății și examinări repetate, mai ales în a doua jumătate a sarcinii.

În timpul supravegherii în ambulatoriu a gravidelor cu patologie cardiovasculară, trebuie ținut cont de următoarele aspecte:

Compensarea, care nu rareori apare în timpul sarcinii, este posibilă numai la efort fizic limitat. De aceea, la necesitate, gravida cu patologie cardiovasculară trebuie transferată la un lucru cu efort fizic minim.

Deși manifestările insuficienței cardiovasculare se pot instala la orice termen al sarcinii, ele apar mai des în a doua jumătate a sarcinii. Acest fenomen este specific pentru femeile aflate la a doua sarcină, celor ce suferă de viciu cardiac. La apariția celor mai mici semne ale insuficienței cardiace, gravida va fi internată în staționar, în secția patologia gravidei, ca să fie supravegheată de obstetrician și terapeut. În staționar, pentru fiecare gravidă cu această patologie trebuie determinat un plan de tratament, stabilită tactica de primire

a nașterii. Una din condițiile importante în tratamentul gravidei în staționar este crearea unui regim confortabil și ambianțe plăcute.

La gravidele cu patologie cardiovasculară, în special la cele cu dereglări circulatorii, organismul mamei și fătului suferă de hipoxie, care le afectează sistemul nervos. De aici rezultă necesitatea aflării cât mai mult timp a gravidei la aer curat (plimbări, aflarea în încăperi bine aerisite), iar în caz de indicații – administrarea oxigenului, glucozei, acidului ascorbic.

În ceea ce privește tratamentul insuficienței circulatorii, el trebuie efectuat după regulile terapeutice generale.

Cauza dereglării circulatorii este frecvent acutizarea carditei reumatice în timpul sarcinii, care are a pondere mare în afecțiunile cardiace. În astfel de cazuri, dacă gravida a refuzat întreruperea artificială a sarcinii, ea va fi supusă tratamentului antireumatic pe durate a sarcinii (curse repetate de 1-1,5 luni).

O atenție deosebită trebuie acordată femeilor cu afecțiuni cardiovasculare la care sarcina și nașterea se complică cu nefropatie, hipertensiune, bazin strâmtat, polihidramnios și alte patologii obstetricale. În acutizarea afecțiunilor ele vor fi spitalizate. Externarea bolnavei este posibilă numai după obținerea compensației cardiovasculare totale. După externare gravida trebuie să fie sistematic supravegheată de medicul de familie și obstetrician la locul de trai.

În caz de dereglare circulatorie repetată, bolnava se internează în staționar până la naștere. Dacă sub acțiunea tratamentului în staționar nu se poate induce compensarea, atunci se decide problema întreruperii artificiale a sarcinii.

Întreruperea artificială a sarcinii după 12 săptămâni de sarcină după indicații medicale, se efectuează în baza concluziei Comisiei consultativ medicale, la termene de până la 22 săptămâni. După acest termen, este necesară concluzia comisiei în competența căreia este rezolvarea acestei probleme. Întreruperea sarcinii se efectuează pe cale vaginală cu indicarea mezoprostolului 200 mg.

Întreruperea abdominală se folosește în cazul când concomitent cu întreruperea sarcinii este necesară ligaturarea trompelor uterine,

după indicații vitale cu permisiunea comisiei medicale, perfectată în fișa medicală cu semnăturile tuturor membrilor comisiei.

Și în cazul când sarcina decurge normal (fără dereglarea compensării) femeile cu patologie cardiovasculară se internează în maternitate, secția patologia gravidei, cu două săptămâni înainte de data presupusă a nasterii, deoarece sistemul cardiovascular în timpul nașterii este mai suprasolicitat ca în sarcină.

MANAGEMENTUL NAȘTERII LA PARTURIENTELE CU PATOLOGIE CARDIOVASCULARĂ

Cel mai important moment, sub aspectul prevenirii mortalității materne în afecțiunile sistemului cardiovascular, este conduita nașterii. De corectitudinea conduitei nașterii depinde nu numai rezultatul nașterii, ci și prognosticul bolnavei cu patologie cardiovasculară. Obstetricianul trebuie permanent să supravegheze starea parturientei și, la necesitate, să recurgă fără întârziere la măsurile profilactice și de tratament necesare. El trebuie să cunoască acel fapt că cu fiecare perioadă ulterioară a nașterii, tot mai mult sunt epuizate puterile bolnavei cardiace și că riscul pentru parturientă și pentru făt crește. De aceea perioada de expulzie este cu risc mai mare ca cea de deschidere a colului uterin, iar delivrența placentei și perioada de lăuzie precoce (primele 2-4 ore după naștere) sunt cu risc mai mare ca perioadele precedente ale nașterii. Se explică prin faptul că în timpul nașterii are loc suprasolicitarea sistemului cardiovascular, determinată de efortul fizic mare al femeii în timpul contracțiilor uterine, în timpul perioadei de expulzie, precum și mărirea TA. Tahicardia, întâlnită frecvent, poate agrava starea sistemului cardiovascular.

Odată cu terminarea perioadei de expulzie, se schimbă brusc starea hemodinamicii. Mai ales aceasta este evident imediat după nașterea nou-născutului, când are loc scăderea bruscă a TA în cavitatea abdominală și în legătură cu umplerea rapidă cu sânge a vaselor cavității abdominale.

Ca rezultat al modificărilor topografiei organelor interne în cavitatea abdominală, modificărilor anatomice în cord și, principalul, al dereglării mecanismelor neuroreglatorii, capacitatea de acomodare a sistemului cardiovascular poate fi insuficientă, intervenind

decompensarea. În asistența obstetricală a nașterii trebuie știut că în caz de capacitate insuficientă de acomodare a sistemului cardiovascular, o hemoragie minimă în timpul nașterii poate agrava starea parturientei.

Durerea în timpul nașterii epuizează capacitatea reglatorie a organismului. De aceea analgezia în timpul nașterii este obligatorie la gravidele cu patologii cardiovasculare. Medicația analgezică trebuie efectuată pe fond de pregătire psihoprofilactică a gravidei către naștere.

În asistența obstetricală a nașterii este necesară supravegherea permanentă a stării parturientei în toate cele trei perioade ale nașterii și în lăuzia precoce. O mare atenție trebuie acordată stării mucoaselor vizibile și tegumentelor (cianoză), stării pulsului și TA, apariției acuzelor de dispnee sau oboseală, stării zgomotelor cardiace ale mamei și fătului, stării plămânilor și altele. Aceasta este necesar pentru depistarea precoce a dereglărilor cardiovasculare și acordarea ajutorului medical de urgență.

În timpul nașterii se indică pe larg: oxigen, glucoză cu acid ascorbic (sol. acidi ascorbici 0,3% et glucosae 40%- 40 ml) (intravenos), în concordanță cu recomandările terapeutului, și alte preparate cardiace.

O deosebită atenție trebuie acordată sistemului cardiovascular în perioada de expulzie. În caz de manifestări ale insuficienței cardiace (cianoză, dispnee, tahicardie, scăderea TA), se recomandă de administrat adrenalină subcutanat (sol. Adrenalini hydrochlorici 1 ml 0,1%). Vom menționa că depistarea îndată după nașterea copilului a schimbării bruște a tensiunii intraabdominale, determină deseori dereglarea hemodinamicii la pacientele cardiace.

Dereglarea hemodinamicii se reflectă negativ asupra funcției cordului. Modificarea presiunii intraabdominale este cu atât mai intensă cu cât mai repede are loc perioada de expulzie și atinge valoarea maximă în cazul extracției chirurgicale a fătului (forceps, extracția fesieră). Problema excluderii sau scurtării perioadei de expulzie, prin metoda intervenției chirurgicale, este rezolvată ținând cont de

următoarele aspecte:

1. Excluderea perioadei de expulzie prin aplicarea forcepsului sau în cazul prezentației pelviene – extracția de zona fesieră este indicată:

a) În cazul bolilor mitrale cu predominarea stenozei valvei bicuspidă, cu includerea și a stărilor de compensare totală.

b) În cazul prezenței viciilor aortice cu hipertrofie pronunțată a ventriculului stâng sau cu manifestări de dilatare aortică.

c) În insuficiența cardiacă de orice gravitate, indiferent de gradul de afectare a valvelor cardiace sau a miocardului, de asemenea în acele cazuri în care sarcinile precedente erau asociate cu semne de insuficiență.

d) În miocardite.

Se recomandă aplicarea forcepsului cu anestezie generală cu eter. Scopul acesteia este nu numai excluderea durerii în timpul intervenției, ceea ce este foarte important, dar și excluderea funcției musculaturii abdominale, a cremetelor, ce prezintă pericol pentru pacientele care suferă de patologie cardiacă.

2. Operația cezariană la gravidele cu patologia sistemului cardiovascular se efectuează de obicei în cazul prezenței factorilor agravanți (bazin strâmtat, placenta praevia etc.)

Operația cezariană la gravidele cu afecțiuni ale sistemului cardiovascular se efectuează sub anestezie epidurală.

Tactica conduitei perioadei de lăuzie și lăuzie precoce la bolnavele cu patologie cardiacă este una expectativă. O atenție deosebită în această perioadă se acordă preîntâmpinării colapsului și hemoragiilor masive.

Imediat după nașterea copilului, e necesar de a aplica pe abdomenul mamei o pungă cu nisip și de pansat strâns cu un prosop lat.

În cazul nașterilor complicate cu insuficiență a activității de naștere, în polihidramnios și sarcină cu mai mulți fetoși, se recomandă, cu scop profilactic pentru a evita hemoragia hipotonă, a administra imediat după nașterea copilului substanțe pentru contracția uterului. Perioada de lăuzie care este însoțită de o pierdere sangvină mai

mare de 200 ml este interpretată ca patologică și constituie indicație pentru finalizarea acestei perioade a nașterii.

Transfuziile de sânge se efectuează numai după indicații vitale. Luând în considerare imunitatea scăzută a lăuzelor cu patologie cardiovasculară și posibilitatea de a dezvolta infecții septice, se recomandă administrarea de antibiotice în scop profilactic.

MANAGEMENTUL ȘI MONITORIZAREA LĂUZEI CU PATOLOGIE A SISTEMULUI CARDIOVASCULAR

Odată cu terminarea nașterii, pericolul complicațiilor legate de afecțiunile sistemului cardiovascular nu poate fi considerat lichidat. Se știe că deseori insuficiența cardiovasculară se dezvoltă în perioada post-partum și că sunt posibile cazuri cu sfârșit letal. Un astfel de rezultat se produce fie ca urmare a unei decompensatii severe persistente, apărute pe fundalul suprasolicitării sistemului nervos central și extenuării miocardului cu insuficiență cardiovasculară în circuitul mic, fie ca urmare a endocarditei, cel mai des de vârstă, ușor apărută pe fundalul oricărei forme intercurrente, datorită reducerii rezistenței organismului lăuzei. Toate acestea impun o abordare foarte atentă în conduita femeii cu patologie a sistemului cardiovascular în perioada post-partum. Este necesară o monitorizare minuțioasă a lăuzei din partea medicului obstetrician și a terapeutului, indicarea unui regim la pat de lungă durată, utilizarea largă a oxigenului, glucozei, vitaminelor, măsurilor de fortificare generală ș.a. Chiar și în cazul unei evoluții absolut satisfăcătoare, în perioada post-partum nu trebuie să i se permită lăuzei să se ridice din pat mai devreme de 3 săptămâni după naștere. În perioada următoare este necesară o supraveghere prelungită la obstetrician și terapeut (cel puțin un an după naștere), deoarece decompensarea la femeile cu patologii ale sistemului cardiovascular poate apărea nu doar imediat după naștere, dar și la termene mai târzii.

MANAGEMENTUL ANESTEZIC LA PACIENTELE CU AFECȚIUNI CARDIOVASCULARE*

Anestezia la gravida cu boli cardiace necesită înțelegerea modificărilor fiziopatologice produse de afecțiune și adaptărilor cardiovasculară induse de sarcină. Parturientele cu **cardiopatie peripartum** necesită o grijă anestezică specială în timpul travaliului și nașterii. Stresul cardiovascular în această perioadă poate duce la decompensare cardiacă. Când această situație apare, anestezistul trebuie să administreze agenți vasoactivi, așa ca nitroglicerina sau nitroprusidul, pentru a reduce pre- și postsarcina, și dopamină sau milrinon pentru suport inotrop.

Administrarea precoce a analgeziei travaliului cu scopul minimizării continue a stresului cardiac asociat cu durerea este importantă în managementul anestezic al acestor paciente. Pentru majoritatea cardiomiopatiilor peripartum nu se indică o tehnică specială, deși unii preferă analgezia peridurală. Grijă majoră este de a evita sau trata modificările fiziopatologice specifice care exacerbează cardiopatia. Simpatectomia, indusă de agenții anestezici în timpul analgeziei peridurale și restabilită postnatal, poate contribui la o îmbunătățire a performanței miocardice la aceste paciente. O altă excelentă opțiune este analgezia spinală epidurală combinată. Inițial analgezia este realizată prin administrarea intratecală a opioidelor. Întrucât blocada simpatică este evitată, stabilitatea hemodinamică este ușor menținută comparativ cu anestezia peridurală. Mai târziu, când durerea în travaliu crește și este necesară administrarea epidurală a anestezicelor locale, se procedează la titrarea lentă a medicamentului, evitând scăderi neașteptate ale presiunii sanguine. La expulzie se va aplica forcepsul sau vid-extractorul. La

* Capitulul dat a fost scris în colaborare cu V. Coșpormac.

pacientele slăbite o alternativă atractivă este analgezia spinală. Tehnica analgeziei continue prin cateterul spinal permite pe parcursul primei etape a travaliului administrarea intermitentă intratecală a medicamentului opioid. La etapa a doua a travaliului, uneori, pentru a asigura o analgezie adecvată este necesară suplimentarea unei doze mici de anestezic local. Avantajul semnificativ al acestei tehnici este stabilitatea hemodinamică, deoarece simpatectomia indusă de anestezicul local este evitată în majoritatea sau în toate cazurile. Se va evita administrarea de ergometrină.

În caz de operație cezariană, cea mai bună opțiune anestezică este anestezia peridurală sau spinală continuă. În timp ce nivelul anestezic este încet ridicat, este cu grijă urmărit statutul hemodinamic al pacientei, iar managementul fluidelor este condus conform datelor presiunii venoase centrale sau ale monitoarelor invazive (sonda Swan-Ganz plasată în artera pulmonară). Tehnica unei singure doze spinale nu este recomandată, deoarece schimbările hemodinamice rapide, asociate acestei tehnici, sunt greu tolerate de pacientele cu cardiopatie. Anestezia generală intravenoasă este uneori necesară, mai ales în cazurile când operația cezariană se efectuează în condițiile de urgență majoră din cauza stării fătului (hipoxie acută progresantă) sau a decompensării acute materne. În acest caz vor fi evitați agenții anestezici cu efect cardiodepresiv. Este deseori preferată tehnica inducției și menținerii anesteziei cu doze opioide ridicate. Se va administra fentanil sau remifentanil datorită timpului de înjumătățire scurt și posibilității minimizării efectelor depressive asupra nou-născutului. Când se utilizează tehnica cu doze de opioide ridicate, este necesar a antrena personal medical pregătit pentru a lucra cu depresia neonatală.

În **stenoza mitrală, insuficiența mitrală, cardiopatiile congenitale cu șunt stânga-dreapta** grija principală este de a minimaliza creșterea debitului cardiac, produs de regulă în timpul travaliului și al expulziei, folosind anestezie peridurală lombară. Este utilă suplimentarea opioidă pe cale peridurală. În momentul expulziei se va utiliza blocarea nervilor rușinoși.

Prin eliminarea durerii, anxietății și a reflexului de împingere (manevra Valslava), se micșorează efectul asupra inimii și se evită edemul pulmonar acut. În caz de operație cezariană este de preferat anestezia generală intravenoasă cu benzodiazepine sau propofol. Se va evita administrarea de medicamente cu efect tahicardizant (ketamină, atropină, pancuronium). Hipotensiunea arterială este greu tolerată, ea trebuie anticipată și corectată imediat. Lichidele intravenoase se administrează cu prudență, preferabil sub controlul presiunii venoase centrale, rareori sub controlul cateterului de arteră pulmonară (Swan-Ganz). Edemul pulmonar acut poate să apară după retracția uterină rapidă, mai ales când se folosește oxitocina.

În cazurile cu **proteze valvulare** se admite analgezia inhalatorie combinată cu cea sistemică (10-20 mg promedol intravenos, 20-30 mg pentazocină). Anestezia peridurală se indică femeilor cu disfuncții ventriculare severe sau cu hipertensiune pulmonară, cu excepția celor care pe parcursul sarcinii au fost supuse unui tratament anticoagulant din pricina sângerării.

La pacientele cu stenoză mitrală severă, tahicardia, fibrilația atrială și hipovolemia pot exacerba edemul pulmonar acut. Înainte de anestezie și travaliu se va administra digoxină pentru a preveni apariția fibrilației atriale sau a unei eventuale aritmii sau verapamil (Izoptin) pentru a le cupa. La pacientele simptomatice cu presiune pulmonară înaltă se recomandă începerea terapiei cu beta-blocanți. Dacă pacientele continuă să fie simptomatice și/sau hipertensiunea pulmonară se menține în pofida terapiei medicamentoase, este risc crescut de edem pulmonar acut. Riscul vital pentru mamă și făt în timpul nașterii sau post-partum este motiv pentru care se recomandă corecția stenozei. Se recurge la valvulotomia pe cord închis sau valvuloplastia percutană cu balon (PMV), care a înlocuit acum chirurgia. Valvuloplastia percutană cu balon (PMV) se efectuează fără dificultăți și în siguranță. Riscul de tamponadă sau embolie în timpul PMV este foarte scăzut. Rezultatele hemodinamice sunt bune. Siguranța fetală a fost demonstrată. Starea funcțională se îmbunătățește. Dacă viața mamei este în pericol mai departe și fătul viabil a fost născut, ar

trebuie efectuată chirurgia pe cord deschis.

În **stenoza aortică, hipertensiunea pulmonară primară și cardiopatiile congenitale cu șunt dreapta-stânga** sunt contraindicate rahianestezia și anestezia peridurală, din cauza riscului asociat cu scăderea întoarcerii venoase și a rezistenței vasculare periferice. În aceste situații se preferă opioide subarahnoidian, narcotice parenteral, blocul anestezic al nervilor rușinoși sau analgezia inhalatorie. Pentru operația cezariană este preferată anestezia generală intravenoasă cu un narcotic și miorelaxante care nu compromit funcția cardiacă. Se vor evita vasodilatatoarele și modificările rapide și mari de volum.

În cazul prezenței hipertensiunii arteriale (preeclampsie, HTA cronică) pentru analgezia travaliului sau operație cezariană este indicată metoda peridurală. La pacientele cu eclampsie sau la cele cu sindromul HELLP, indicele trombocitopeniei sub limita de $100000/\text{mm}^3$, metoda de elecție este anestezia generală.

PRINCIPIILE ALEGERII CONTRACEPȚIEI LA FEMEILE CU PATOLOGIE CARDIOVASCULARĂ

Problema planificării familiei la femeile de vârstă reproductivă care suferă de afecțiuni extragenitale are importanță majoră. Aceasta se explică prin faptul că la o parte din femei sunt contraindicate, din motive de sănătate, sarcina și nașterea, la altă parte - sunt permise doar în anumite condiții, iar o altă parte pur și simplu nu dorește să rămână însărcinată. Pornind de la cele menționate, contingentul respectiv de femei necesită recomandări vizavi de folosirea mijloacelor anticoncepționale, cu luarea în calcul a stării sănătății lor și care ar permite reglarea natalității prin prevenirea sarcinii nedorite. Folosirea rațională a contraceptivelor are ca efect reducerea numărului de avorturi artificiale și, ceea ce este foarte important, a celor legate de indicații medicale. Informația privind metodele și mijloacele de contracepție este necesară pentru planificarea familiei, prevenirea sarcinii nedorite, precum și pentru păstrarea sănătății femeii.

Mijloacele anticoncepționale existente la etapa actuală sunt clasificate în felul următor:

1. Metode tradiționale de contracepție:

- de barieră (sau mecanice);
- spermicide (sau chimice);
- ritmice (sau biologice);
- coitul întrerupt;

2. Metode contemporane de contracepție:

- intrauterine (steriletul);
- hormonale.

O metodă aparte de reglare a natalității este sterilizarea chirurgicală benevolă (SCB), caracterizată prin ireversibilitate.

La alegerea metodei de contracepție pentru femeile cu diverse afecțiuni extragenitale urmează a ține seamă de contraindicațiile față de folosirea diferitelor metode anticoncepționale, de anamneză,

evoluția patologiei și particularitățile individuale ale femeii.

În ultimii ani sunt implementate activ mijloacele hormonale de contracepție, în special contraceptivele orale (CO). Dar, în pofda avantajelor acestora, ele au și unele neajunsuri. Potrivit datelor unui șir de autori, spectrul efectelor secundare ale CO este destul de variat. Contraceptivele hormonale conțin estrogeni și gestagene. Componentul estrogenic provoacă tulburarea toleranței față de glucoză, iar la femeile cu predispoziție ereditară crescută către diabetul zaharat, la femeile obeze preparatele respective pot avea acțiune diabetogenă. Componentul gestagenic intensifică sau diminuează modificările respective în metabolismul glucidic, în funcție de tipul gestagenului. Cu toate acestea, vom menționa că modificările echilibrului glucidic au caracter tranzitoriu, dispărând după anularea contraceptivelor.

Acționarea asupra metabolismului lipidic se caracterizează prin mărirea în plasmă a factorilor aterogeni ce contribuie la apariția aterosclerozei vasculare. Gradul de manifestare al modificărilor metabolismului lipidic depinde de particularitățile și dozele componentilor hormonalni din compoziția contraceptivului, deoarece gestagenele și estrogenii au acțiuni opuse asupra lipidelor sangvine.

CO pot provoca activizarea sistemului coagulant al sângelui, ceea ce are drept urmare apariția trombozelor și emboliilor. Fenomenele de coagulopatie sunt condiționate de componentul estrogenic. CO majorează nivelul hormonilor în sânge.

Sub acțiunea CO crește volumul sangvin total, iar ca urmare a hidremiei apare anemia relativă.

Activizarea sistemului renin-angiotensină: aldosteronul, pe lângă majorarea minut-volumului sangvin, provoacă apariția hipertensiunii la 3-6% din femei. Modificările respective sunt legate de componentul estrogenic al CO. Aterogenitatea mărită a plasmei sangvine, majorarea componentilor coagulării sangvine, hipertensiunea arterială sunt factori de risc ai infarctului miocardic și ictusului ischemic.

CO nu afectează celulele hepatice în starea lor sănătoasă. Totodată, acțiunea CO asupra ficatului se poate manifesta prin apari-

ția colestazei neinflamatorii, hiperbilirubinemiei benigne, reducerea funcției de sintetizare a proteinelor, majorarea moderată a transaminazei și altor fermenți hepatici, apariția litiazei biliare. Mini-pilulele au acțiune neînsemnată asupra proceselor respective.

Hormonii sexuali ai contraceptivelor orale modifică considerabil funcția organelor excretoare de urină, predispunându-le la apariția și activizarea pielonefritei, cu evoluție latentă la fiecare a zecea femeie. Un rol major în apariția acestor dereglări are concentrația sporită a gestagenelor din compoziția CO. În administrarea CO este posibilă formarea calculilor.

În urma administrării CO uneori pot apărea complicații cronice sau acute periculoase: diabet zaharat, ateroscleroză, hepatoză colestatică, litiază biliară, boală hipertonică, infarct miocardic, insult, tromboze și tromboembolii de diverse localizări.

Prin acțiunea estrogenilor se explică uneori cefaleea, hipertensiunea, greața, voma, vertijurile, excitabilitatea, tromboflebita, cloasma, spasmul picioarelor, meteorismul.

Dintre perturbările chimice și hormonale atragem atenția asupra creșterii nivelului cortizolului, aldosteronului, reninei, angiotensinei, transcortinei, hipercoagulării sangvine, reținerii apei și sărurilor.

Reacțiile gestagene dependente sunt: creșterea ponderală cu 2-3 kg timp de 2 ani, hiperfatigabilitate, depresie, acnee, icter colestatic, hipercolesterolemie.

În administrarea CO cu acțiune preponderentă a androgenilor se poate intensifica apetitul, crește greutatea corpului, apare hirsutismul, acneea, icterul colestatic, pruritul cutanat.

Reacțiile secundare pot fi precoce, tardive, pot apărea și după anularea contraceptivelor.

Reacțiile precoce apar în primele 3 luni de administrare a CO și se manifestă prin greață, vertijuri, perturbări ale metabolismului glucidic și celui lipidic. În aceleași termene sporește pericolul apariției tromboflebitei și emboliei arterei pulmonare. În continuare la administrarea CO se suprapun cefaleea, oboseala, excitabilitatea, depresia.

La complicațiile tardive se referă: hipertensiunea, infarctul miocardic, litiaza biliară, hemoragia cerebrală, dereglarea vederii pe fundalul apariției sindromului CID. O parte din reacțiile secundare pot progresa în timpul administrării CO: cefalee, mărirea greutateii corpului, hirsutism, hipertensiune, alopecie.

După anularea preparatului apar, de regulă, complicații ginecologice.

Efectul advers al CO urmează a fi luat în considerare în analiza stării fiecărei paciente. Datele anamnestice privind folosirea metodei respective de prevenire a sarcinii pot ușura precizarea etiologiei afecțiunii și contribuie la tratamentul rațional, elementul inițial al căruia constă în anularea contraceptivelor orale.

Din cele menționate reiese că nu tuturor femeilor le sunt indicate contraceptivele hormonale.

Din grupul cu risc sporit în cazul indicării contracepției hormonale fac parte femeile obeze, cele care suferă de migrenă, depresie, diabet zaharat, tromboflebită sau neuropatie de hipertensiune, afecțiuni renale și hepatice, cloasmă, epilepsie și astm bronșic, cele cu suspiciunea tumorilor maligne sau cu anamneză agravată în ceea ce privește cancerul mamar. Combinarea factorilor nominalizați, vârsta femeii peste 35 de ani și fumatul majorează esențial posibilitatea apariției complicațiilor în cazul contracepției hormonale și uneori pot deveni contraindicații pentru folosirea CO.

Un moment important al contracepției hormonale este evidența contraindicațiilor. Potrivit datelor acumulate, contraindicații extra-genitale absolute ale CO sunt următoarele patologii, diagnosticate la femeie în prezent sau de care aceasta a suferit în trecut:

1. Orice tromboză arterială sau venoasă, tromboembolia.
2. Afectarea sistemului vascular al creierului (posttraumatică, ischemică, hemoragii etc).
3. Boala ischemică cardiacă (stenocardie, infarct al miocardului).
4. Boala hipertonică.
5. Vicii cardiace, mai ales cu hipertensiune pulmonară.

6. Boli hepatice: hepatite virotice acute, hepatită cronică activă, ciroză, distrofie hepatocerebrală, tumori.

7. Diateză biliară.

8. Hiperbilirubinemie benignă: hepatoză colestatică a gravidelor în anamneză.

9. Afecțiuni renale.

10. Dereglări lipidice aterogene.

11. Dereglări individuale ale coagulării sau fibrinolizei (trombofilie congenitală cu nivel patologic al factorilor de coagulare, anticoagulant lupic, starea după splinectomie, în cazul în care trombocitele sunt peste 500×10^9).

12. Migrenă.

13. Periartrită nodoasă.

14. Imobilizarea membrelor inferioare sau intervenție chirurgicală pe ele.

Contraindicații extragenitale relative sunt:

1. Preeclampsie severă în anamneză.

2. Stări depresive.

3. Astm bronșic.

4. Epilepsie.

5. Anemie drepanocitară.

6. Diabet zaharat, prediabet.

7. Psihoze.

8. Otoscleroză.

9. Afecțiuni sistemice ale țesutului conjunctiv: lupus eritematos sistemic, sclerodermie sistemică.

10. Mononucleoză în anamneză.

11. Policitemie în anamneză.

12. Varice.

13. Fumatul și vârsta peste 35 de ani.

14. Sarcină.

15. Hiperprolactinemie.

16. Hipertensiune limitrofă (TA diastolică peste 90 și mai joasă de 105 mm Hg).

17. Lactația minimum 6 luni.

18. Purtarea lentilelor oculare.

Există metode anticoncepționale contraindicate femeilor cu sistem reproductiv sănătos, dar care suferă de afecțiuni extragenitale.

Femeilor cu leziuni valvulare reumatice le sunt contraindicate preparatele estrogen-gestagenice orale, dat fiind riscul trombozei și hipertensiunii pulmonare. Pentru contingentul respectiv sunt preferabile preparatele "depo-prover" sau metodele mecanice de contracepție.

Femeilor care au suferit de tromboză coronariană le sunt contraindicate orice variante ale contracepției hormonale. Ele vor folosi dispozitive intrauterine, prezervativul, diafragma cu substanțe spermicide, cea mai eficientă fiind totuși metoda chirurgicală.

Femeilor ce suferă de dereglări ale coagulării sangvine (purpură trombocitopenică, trombocitopatii), dimpotrivă, le este indicată contracepția cu CO. Componentul progesteronic din compoziția CO reduce hemoragia.

În hipertensiunea arterială de orice genă CO sunt contraindicate, preferându-se steriletul.

Afecțiunile cronice nespecifice ale plămânilor (astmul bronșic, pneumoscleroza, pneumonia cronică, boala bronșectatică), de asemenea, sunt indicații pentru sterilet, deoarece antibioticele administrate în tratamentul acestor afecțiuni sunt antagoniști ai efectelor metabolice ale CO.

În cazul lupusului eritematos sistemic, sclerodermiei sistemice contracepția hormonală și cea intrauterină sunt contraindicate; dacă pacientei se administrează corticosteroizi, optimă este contracepția chirurgicală. În altă colagenoză - artrita reumatoasă fără afectarea vaselor, poate fi recomandată contracepția cu CO și mini-pilule. Steriletul este contraindicat, dacă pacienta urmează un tratament cu corticosteroizi.

Folosirea CO la bolnavele cu diabet zaharat nu este recomandabilă, deoarece există pericolul complicațiilor vasculare, progresării rapide a retinopatiei și neuropatiei diabetice, activizării și răspân-

dirii infecției genitale. În evoluția gravă a diabetului zaharat sunt indicate metodele contracepției intrauterine, de barieră sau chirurgicale.

Cecitatea provocată de afecțiunile diabetice sau vasculare (urmare a trombozei vaselor retinei) este contraindicație pentru folosirea CO.

Afecțiunile tractului gastrointestinal, de asemenea, sunt contraindicație pentru CO, dacă e vorba de colita ulceroasă nespecifică, boala Crohn, stomac operat. Bolnavele pot utiliza metodele de barieră sau chirurgicale de contracepție. Totodată, CO îmbunătățește evoluția ulcerului gastric și duodenal.

Deoarece CO au proprietatea de a provoca colestaza, ele sunt contraindicate în hiperbilirubinemiile benigne, hepatitele virotice acute și în primele 6 luni după vindecare, precum și în afecțiunile hepatice cronice. În asemenea cazuri sunt folosite steriletul, metodele de barieră și chirurgicale de contracepție.

Pornind de la faptul că CO stimulează sinteza colesterolului și formarea calculilor în vezica biliară, acestea sunt contraindicate în litiaza biliară, contraindicația fiind anulată după colecistectomie. Femeile cu coleliteză vor utiliza metodele contracepției intrauterine sau chirurgicale.

Afecțiunile renale și ale organelor respiratorii superioare sunt contraindicații pentru contracepția hormonală, cu excepția mini-pilulelor. Metoda optimă de contracepție este steriletul. Este posibilă folosirea prezervativului și preparatelor depo-prover.

În cistita recidivantă se recomandă mini-pilulele, prezervativul, contracepția injectabilă. Folosirea diafragmei este contraindicată, deoarece poate provoca acutizarea cistitei.

Obezitatea este indicație pentru folosirea steriletului, prezervativului, substanțelor spermicide, ocluzei trompelor.

În hipercolesterolemie de orice etiologie CO sunt contraindicate. Vom folosi steriletul, mini-pilulele în combinație cu spermicidele sau contracepția chirurgicală.

Dintre maladiile cortexului suprarenal contraindicație absolută

pentru CO este sindromul Ițenko-Cushing. În alte forme patologice ale suprarenalelor este posibilă folosirea CO sub controlul funcției cortexului suprarenal.

În anemia drepanocitară este rațională indicarea depo-prover și mini-pilulelor. Cu precauție pot fi folosite CO și steriletul.

Femeilor cu leucemie le este indicată exclusiv contracepția chirurgicală.

În migrenă administrarea CO, la o parte din femei, contribuie la diminuarea cefaleei, iar la altele - la intensificarea ei. În cazul în care după administrarea CO durerile se intensifică, ele vor fi anulate, urmând a fi folosite steriletul, metodele de barieră sau mini-pilulele.

În cazul bolilor psihice nu sunt recomandări certe privind alegerea metodei de contracepție, dat fiind faptul că CO provoacă depresie la unele femei și ameliorarea stării psihice la altele. De aceea, în cazul predispoziției către depresii, urmează a folosi steriletul, prezervativul sau diafragma cu substanțe spermicide.

Bolnavelor cu schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă CO sunt contraindicate, lor le sunt recomandate metodele contracepției intrauterine sau chirurgicale.

Femeilor cu paralizie cerebrală sau alte afecțiuni cerebrovasculare li se recomandă preparate depo-prover sau contracepția chirurgicală.

Epilepsia este contraindicație pentru folosirea CO, deoarece preparatele anticonvulsive administrate în tratamentul patologiei respective intensifică acțiunea metabolică a CO, se dereglează controlul epilepsiei, sunt posibile secreții intermenstruale spontane. Bolnavelor cu epilepsie li se indică depo-prover, steriletul, contracepția chirurgicală.

Femeilor cu retard mental li se indică folosirea steriletului, depo-prover sau contracepția chirurgicală. Alte metode de contracepție sunt contraindicate.

Pacientelor cu defecte ale vederii care poartă lentile de contact le este recomandată CO cu doze de 30-50 mg de etilestradiol sau mini-pilulele.

În perioada de lactație mai rațională ar fi excluderea CO până la sfârșitul lactației. Se recomandă steriletul, iar în cazuri excepționale mini-pilulele.

Folosirea CO va fi anulată în următoarele circumstanțe:

1. Suspiciunea sarcinii.
2. Dereglări trombovasculare, cum ar fi: tromboflebita, embolia pulmonară, perturbările cerebrovasculare, ischemia cardiacă, tromboza vaselor mezoului și tromboza retinei.
3. Defecte oculare frecvente sau totale, diplopie, edem și inflamație a discului optic sau afectarea vaselor oculare.
4. Cefalee severă de etiologie necunoscută sau migrenă.
5. Acutizarea epilepsiei.
6. Operație chirurgicală planificată.
7. Icter.
8. Hipertensiune arterială.
9. Apariția depresiei.
10. Vârstă după 40 de ani.
11. Reacțiile nedorite pot fi amânate.

În ultimii ani apar informații despre contraceptive per os cu efecte secundare minime sau chiar cu lipsa influenței asupra sistemelor cardiovascular, de coagulare sangvină, metabolismului lipidic sau glucidic: femoden, macrolut, despre preparatul depo-prover. Preparatelor respective le aparține viitorul, necesitând la moment observații mai îndelungate.

Elaborarea contraceptivelor optime, eficiente și inofensive continuă, deoarece toate mijloacele existente până în prezent nu satisfac totalmente nici femeile care le folosesc, nici lucrătorii medicali.

Într-un șir de cazuri, după indicații medicale și la dorința femeii, se folosește sterilizarea chirurgicală ca metodă ireversibilă de contracepție. Indicații pentru efectuarea procedurii respective sunt:

1. Operație cezariană repetată și existența a 2 copii.
2. Cicatrice pe uter după miomectomia conservatoare și existența a 2 copii.
3. Tumori maligne în anamneză de orice localizare.

4. Bolile endocrine congenitale și dobândite: hipotiroidia, diabetul zaharat și nezaharat, hiperparatiroidia, bolile glandelor suprarenale.

5. Bolile sângelui, ale organelor hematopoietice și unele tulburări ale mecanismului imunitar.

6. Bolile sistemului nervos: atrofii primare sistemice, afectând în special sistemul nervos central; sindroame extrapiramidale și tulburări ale motricității; afecțiuni degenerative ale sistemului nervos: epilepsia, boli demilizante ale sistemului nervos central, afecțiuni musculare și neuromusculare, paralizii cerebrale.

7. Tulburări mentale și de comportament.

8. Bolile organelor de simț: dezlipirea și ruptura retinei, carioretinita, glaucomul, tulburări de vedere și cecitate, nevrită optică, bolile urechii interne.

9. Bolile aparatului circulator: remisiune, bolile valvulelor mitrale, aortice, tricuspide, boli multiple valvulare, boala hipertonică, boala ischemică a inimii, cardiopatia pulmonară și bolile vaselor pulmonare.

10. Bolile aparatului respirator: astmul, bronșectazia.

11. Bolile aparatului digestiv: ulcerul gastric și ulcerul duodenal, hepatita cronică, litiaza biliară, alte boli ale vezicii biliare, pancreasului.

12. Bolile aparatului urogenital: glomerulopatiile, bolile renale tubulointerstițiale, fistulele urorectogenitale.

13. Bolile sistemului osteoarticular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv, artropatii, afecțiunile diseminate ale țesutului conjunctiv, spondilartrita anchilozantă, osteopatii și condropatii.

14. Malmoformații congenitale și anomalii cromozomiale: nașterea repetată a copiilor cu vicii congenitale, nașterea primului copil.

Sterilizarea chirurgicală se efectuează, de regulă, prin laparoscopie.

În încheiere, ținem să menționăm că mijloacele contraceptive contemporane posedă nu doar acțiune anticoncepțională, dar și un spectru larg de efecte pozitive ce influențează favorabil asupra sănă-

tății și duratei de viață a femeii. În același timp, nu putem vorbi despre o acțiune nefavorabilă asupra natalității, deoarece contracepția previne avorturile, și nu nașterea. Referitor la contracepția chirurgicală ce include sterilizarea benevolă, în prezent metoda respectivă este una din cele mai răspândite metode de planificare a familiei în multe țări din lume. Ținând cont de diminuarea natalității în Republica Moldova, în soluționarea problemei vizavi de sterilizarea benevolă urmează a ne conduce strict de indicațiile nominalizate.

POSTFAȚĂ

Patologia cardiovasculară la gravide este o problemă majoră în obstetrică. În Republica Moldova pacientele în cauză se internează pentru tratament preponderent în IMSP ICȘDOSMșiC. Motivul internației este patologia obstetricală, patologia cardiovasculară fiind concomitentă. În pofida cunoașterii impactului nefavorabil al patologiei mamei asupra dezvoltării intrauterine a fătului, sunt frecvente cazurile când această patologie se întâlnește în condiții de evidență ambulatorie la medicul de familie și moașe. Dar nivelul de acordare a asistenței medicale necesită perfecționare continuă.

În lucrarea de față, autorii elucidează problematica patologiei cardiovasculare la gravide.

Aici moașa, medicul de familie, cardiologul și alți specialiști vor găsi răspuns la multe întrebări practice.

Din momentul constatării sarcinii problema cea mai importantă este de a purta această sarcină până la nașterea unui copil sănătos.

Femeile cu risc scăzut în sarcină sunt acelea asimptomatice sau cu simptome minore, funcție ventriculară bună fără tulburări de ritm amenințătoare de viață sau cu compromitere hemodinamică. În cazul lor nu se atestă, obstrucție severă mitrală sau aortică, indici înalți ai hipertensiunii pulmonare sau sistemice și nu au nevoie de terapie anticoagulantă.

După evaluarea cardiacă completă pacientele cu risc scăzut pot fi supravegheate la locul de trai, cu menținerea totodată a legăturii cu Centrul obstetrică-ginecologie de nivelul III unde se vor adresa pentru orice problemă sau nelămurire privind starea sănătății lor.

Pacientele cu risc înalt trebuie tratate la nivelul sau sub autoritatea Centrului de obstetrică-cardiologie, iar cele cu risc maxim, necesită internare cam de la vârsta sarcinii de 20 săptămâni.

Momentul și modalitatea nașterii trebuie discutate și stabilite din timp. Nașterea pe cale vaginală este adesea posibilă. Excepție

sunt pacientele cu rădăcina aortică dilatată (8-mul Marfan) sau disecții de aortă, coarctăție necorectată, boala vasculară pulmonară (inclusiv sindromul Eisenmenger) și/sau cianoză și cele purtătoare de proteză mecanică de valvă (pentru a diminua perioada de lipsă a anticoaglării). Analgezia epidurală este indicată, dar vasodilatația trebuie evitată la pacientele cianotice sau cu volum-bătaie compromis. Încărcarea volemică adecvată este importantă, dar nu trebuie exagerată la paciente cu obstrucție a ventriculului stâng sau cardiomiopatie hipertrofică severă.

Antibioprofilaxia este opțională pentru naștere naturală. Riscul endocarditei a fost demonstrat ca foarte mic și beneficiile neclare, dar acoperirea nașterilor chirurgicale, în cazul pacientelor cu proteze intracardiace de orice fel sau pacientelor cu endocardită infecțioasă în antecedente este logică și înțeleaptă,

Pacientele cu hipertensiune pulmonară trebuie monitorizate post-partum chiar și o săptămână, în terapia intensivă cardiologică pentru paciente cu risc înalt, cu puls-oximetrie continuă, deoarece aceasta este perioada de risc maxim, când o creștere în rezistența vasculară pulmonară necesită combatere cât mai promptă și agresivă.

În lucrare este elucidat în detalii managementul gravidei, nașterii și perioadei post-partum în diverse boli cardiovasculare, unde viciile cardiace sunt cele mai importante.

Se menționează necesitatea elaborării unui program individual de conduită a gravidei în scopul prevenirii mortalității materne și perinatale, și în mod special, în scopul reducerii funcțiilor reproductive.

Sunt analizate metodele de rezolvare a nașterii, analgeziei și efectuării, conform indicațiilor, a intervențiilor chirurgicale. Sunt expuse recomandări privind problemele de contracepție în cazul femeilor cu patologie cardiovasculară pentru care graviditatea este contraindicată.

Lucrarea este o redare completă a tuturor problemelor de gravitate asociată cu boala cardiovasculară. În același timp, cartea conține un șir de recomandări practice valoroase care, sperăm, vor fi de folos medicilor în munca lor de zi cu zi.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

Ansari A.A., Fatt J.O., Carraway R.E. et al., Antaimmune Mechanisms as the basis for human peripartum cardiomyopathy. Clin Rau Aceargy Immunol Dec 2002; 23 (3): p. 301-24

Cernea D., Cernea N., Principii de anestezie și terapie intensivă, Craiova, 2003, p. 349-368

Cristea Ion, Ciobanu Marian, Ghid de anestezie și terapie intensivă, Ed. III, Editura medicală, București, 2000, p. 653

Guidelines for the Management of Arterial Hypertension of European Society of Hypertension (ESH) and of European Society of Cardiology (ESC).

Goodacre S., Meta-analysis: The Value of Clinical Assessment in the diagnosis of Deep Venous Thrombosis / S.Goodacre, A.S. Sulton, F.C. Sampson / Ann Intern Med. – 2005. – Vol. 143, p. 129-139

HTA – Ghid de diagnostic și tratament, 2007, (Societatea Română de Cardiologie).

Oakley Gala, Child Anne, Lung Bernard et al., Documente de consens al experților privind managementul bolilor cardiovasculare în timpul stării de graviditate, European Health Journal (2003), 24, 761-781

Paladi Gh., Cernețchi O. et al., Obstetrică patologică, vol. II, Chișinău, 2007, p. 24-39

Person G.D., Veille J.C., Rahitmoala S. et al., Peripartum Cardiomyopathy: National Heart, Lung and Blood and Office of Rare Diseases (National Institutes of Health) workshop recommendations and review AMA, 2000, 283:183-8

Sliva K., Hilfiker-Kleiner D., Petric MC et al., Current state of Knowledge on aetiology, diagnosis, management and therapy of peripartum cardiomyopathy; a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Working Group on peripartum cardiomyopathy, Eur. J Heart Fail, Aug. 2010: 12(8); p. 767-778

Ștemberg M., Gladun E., Friptu V., Corolcova N., Patologia sarcinii, Chișinău, 2002, 354 p.

Акушерство. Национальное руководство под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой, М., 2011, с. 499-510; 524-589

CUPRINS

Prefață	3
Factorii care contribuie la evoluția nefavorabilă a sarcinii și nașterii la femeile cu patologie cardiovasculară	6
Malformații congenitale ale cordului	11
Malformațiile cordului (aspecte cardiochirurgicale) și graviditatea	17
Valvulopatii cardiace dobândite (reumatice)	29
Cardiomiopatii	37
Metodele de conduită a nașterii	41
Insuficiența cardiacă	42
a) Insuficiența cardiacă acută	42
b) Insuficiența cardiacă cronică	44
Distoniile vasculare la gravide	48
Hipertensiunea arterială și sarcina	49
Hipotensiunea arterială și sarcina	64
Patologia sistemului venos la gravide	70
Managementul sarcinii la gravide cu patologie cardiovasculară	78
Managementul nașterii la parturientele cu patologie cardiovasculară	82
Managementul și monitorizarea lăuzei cu patologie a sistemului cardiovascular	86
Managementul anestezic la pacientele cu afecțiuni cardiovasculare	87
Principiile alegerii contracepției la femeile cu patologie cardiovasculară	91
Postfață	101
Bibliografie selectivă	103