



DOI: 10.31550/2712-8598-2026-2-5-ZhZiR

ПОКАЗАНИЯ К РОДОРАЗРЕШЕНИЮ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

А.Н. Тющина ✉, Н.А. Осипова, Е.В. Карелкина, И.Х. Панахова, А.А. Тузкова, И.Е. Зазерская

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Минздрава России; Россия, г. Санкт-Петербург

Резюме

Цель исследования. Провести анализ показаний к родоразрешению пациенток с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Дизайн. Ретроспективное исследование.

Материалы и методы. В анализ включено 37 пациенток с подтверждённым диагнозом ДКМП из 34 675 женщин, родоразрешённых в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» в 2010–2025 гг. Сформированы две группы: 1-я — преждевременные роды (n=10), 2-я — срочные роды (n=27). Оценивались клиничко-анамнестические данные, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), уровень NT proBNP, гестационные осложнения и показания к кесареву сечению.

Результаты. Частота преждевременных родов составила 27% (n=10), в 80% случаев — по кардиологическим показаниям (декомпенсация сердечной недостаточности). Все пациентки с преждевременными родами родоразрешены путём кесарева сечения (80% — срочно-планово, 20% — экстренно). В доношенном сроке все женщины (n=27) родоразрешены до 40 недель беременности. При низкой ФВ ЛЖ, но стабильной гемодинамике плановое кесарево сечение выполнено в минимально доношенном сроке (66,7%). Через естественные родовые пути родоразрешены 24,3% пациенток (преимущественно с умеренно сниженной ФВ ЛЖ и стабильной гемодинамикой). Частота нарушений ритма сердца составила 91,9%, жизнеугрожающие аритмии являются второй по частоте причиной досрочного родоразрешения.

Заключение. ДКМП ассоциирована с высоким риском преждевременных родов (27%) и оперативного родоразрешения. Основными показаниями к досрочному кесареву сечению служат декомпенсация сердечной недостаточности и жизнеугрожающие нарушения ритма. Выбор тактики родоразрешения должен основываться на динамике ФВ ЛЖ, уровне лабораторных маркеров (NT proBNP), оценке нарастания клинических проявлений левожелудочковой недостаточности, стабильности гемодинамики и наличии жизнеугрожающих нарушений ритма. У стабильных пациенток с умеренно сниженной ФВ ЛЖ и отсутствием признаков декомпенсации возможны естественные роды под мониторным наблюдением на фоне адекватного обезболивания.

Ключевые слова: дилатационная кардиомиопатия, беременность, родоразрешение, преждевременные роды.

Для цитирования

Тющина А.Н., Осипова Н.А., Карелкина Е.В., Панахова И.Х., Тузкова А.А., Зазерская И.Е. Показания к родоразрешению при дилатационной кардиомиопатии. Женское здоровье и репродукция. 2026. № 2 (71). DOI: 10.31550/2712-8598-2026-2-5-ZhZiR URL: <https://journalgynecology.ru/statyi/pokazaniya-k-rodorazresheniju-pri-dilatacionnoj-kardiomiopatii/> (дата обращения: дд.мм.гггг)

Авторы

Тющина Анастасия Николаевна ✉ — врач-акушер-гинеколог, аспирант кафедры акушерства и гинекологии с клиникой Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. 197341, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2. eLIBRARY.RU SPIN: 9335-0590. E-mail: Tyushchina_AN@almazovcentre.ru

Осипова Наталья Анатольевна — д. м. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с клиникой Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, заведующая отделением патологии беременности с гинекологическими койками ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. 197341, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2. eLIBRARY.RU SPIN: 6151-8696. E-mail: Osipova_NA@almazovcentre.ru

Карелкина Елена Викторовна — врач-кардиолог, научный сотрудник НИО некоронарогенных заболеваний ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. 197341, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2. eLIBRARY.RU SPIN: 7454-5322. <https://orcid.org/0000-0002-3655-9709>. E-mail: Karelkina_EV@almazovcentre.ru

Панахова Ирина Халидовна — клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии с клиникой Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. 197341, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2. E-mail: irairina1818@mail.ru

Тузкова Анастасия Андреевна — клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии с клиникой Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. 197341, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2. E-mail: naskorob@gmail.com

Зазерская Ирина Евгеньевна — д. м. н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии с клиникой Института медицинского образования, руководитель профильных отделений университетской клиники ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. 197341, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2. eLIBRARY.RU SPIN: 5683-6741. <https://orcid.org/0000-0003-4431-3917>. E-mail: Zazerskaya_IE@almazovcentre.ru

INDICATIONS FOR DELIVERY IN DILATED CARDIOMYOPATHY

A.N. Tyushchina ✉, N.A. Osipova, E.V. Karelkina, I.Kh. Panakhova, A.A. Tuzkova, I.E. Zazerskaya

Almazov National Medical Research Center; 2 Akkuratova Str., Saint Petersburg, Russian Federation, 197341

Abstract

Aim. To analyze the indications for delivery in patients with dilated cardiomyopathy (DCM).

Design. A retrospective study.

Materials and methods. The analysis included 37 patients with confirmed DCM out of 34 675 women who delivered at the Almazov National Medical Research Center in 2010–2025. Two groups were formed: group 1 — preterm delivery (n=10), group 2 — term delivery (n=27). Clinical and anamnestic data, left ventricular ejection fraction (LVEF), NT proBNP level, gestational complications and indications for caesarean section were assessed.

Results. The rate of preterm birth was 27% (n=10); in 80% of cases the indication was cardiac (heart failure decompensation). All patients with preterm delivery underwent caesarean section (80% urgent planned, 20% emergency). All term patients (n=27) delivered before 40 weeks of gestation. In patients with low LVEF but stable haemodynamics, planned caesarean section was performed at the minimally term gestational age (66.7%). Vaginal delivery occurred in 24.3% of patients (mostly those with moderately reduced LVEF and stable haemodynamics). The prevalence of cardiac arrhythmias was 91.9%; life threatening arrhythmias were the second most common reason for early delivery.

Conclusion. DCM is associated with a high risk of preterm birth (27%) and operative delivery. The main indications for early caesarean section are heart failure decompensation and life threatening arrhythmias. The choice of delivery strategy should be based on LVEF dynamics, laboratory markers (NT proBNP), progression of clinical signs of left ventricular failure, haemodynamic stability, and the presence of life threatening arrhythmias. In stable patients with moderately reduced LVEF and no signs of decompensation, vaginal delivery with monitoring and adequate analgesia is possible.

Keywords: Dilated cardiomyopathy, pregnancy, delivery, premature birth.

Введение

По данным мировой литературы, дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) рассматривается как редкая, но значимая патология сердечно-сосудистой системы. Распространённость ДКМП составляет 0,2–0,4%, однако она является третьей по частоте причиной хронической сердечной недостаточности [1, 2]. Высокий функциональный класс сердечной недостаточности до беременности статистически значимо связан с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений.

Согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №736 от 03.12.2007 (ред. 27.12.2011) «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности», ДКМП (код I42.0) включена в перечень состояний, при которых беременность противопоказана.

Большая часть проведённых исследований изучала главным образом кардиологические аспекты течения заболевания на фоне беременности, в то время как гестационные осложнения в этой группе пациенток остаются малоизученными.

В связи с вышесказанным остаётся много нерешённых вопросов ведения беременности и родоразрешения пациенток на фоне данной патологии. В этой группе пациентки преимущественно родоразрешаются преждевременно (20,2–60,2%), а процент родоразрешения путём кесарева сечения высок [3–5].

Целью данного исследования было проведение анализа показаний к родоразрешению пациенток с ДКМП, наблюдавшихся на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Дизайн: ретроспективное исследование.

Материалы и методы

В исследование среди 34 675 женщин, родоразрешённых на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России в период с 2010 по 2025 г., ото-

браны 37 пациенток с подтверждённым в центре диагнозом «ДКМП». Сформированы две группы исследования: 1-ю группу составили пациентки с преждевременными родами (срок родоразрешения менее 37 0/7 недель, n=10), во 2-ю группу включены женщины со срочными родами (n=27). Критериями включения в исследование являлись: возраст 18–49 лет, наличие у пациентки в заключительном диагнозе ДКМП. Критерии не включения: диагностически неясные пациентки; тяжёлая соматическая патология беременной некардиологического генеза, определяющая тактику родов. Информация о пациентках собрана на основании электронных карт историй родов и историй новорождённых. Проведён ретроспективный анализ результатов объективного исследования, инструментальных и лабораторных обследований пациенток с ДКМП.

В исследовании мы ориентировались на последнее перед родоразрешением значение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), измеренное по методу Simpson, и последнее до родов значение уровня NT proBNP, определённое в лаборатории ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. При статистической обработке данных использовалась программа IBM® SPSS Statistics Version 26.0. В анализе применены критерий Манна — Уитни (для сравнения групп по количественным и порядковым показателям) и точный критерий Фишера (для таблиц сопряжённости 2 × 2). Принятый критический уровень значимости $p=0,05$.

Результаты

Клинико-анамнестическая характеристика исследуемых групп представлена в *таблице 1*. По основным сравниваемым показателям группы сопоставимы ($p>0,05$). Индекс массы тела (ИМТ) в обеих группах выше 30 кг/м^2 , что указывает на избыточный вес и ожирение у пациенток исследуемых групп. Стоит обратить внимание, что при анализе наследственных заболеваний у двух паци-

Таблица 1

Клинико-анамнестическая характеристика исследуемых групп

Показатель	Общая группа пациенток с ДКМП (n=37)	1-я группа пациенток (n=10)	2-я группа пациенток (n=27)	P-значение
Возраст, годы, Me [IQR]	32.0 [26.0; 35.0]	34.5 [33.0; 36.0]	30.0 [26.0; 34.5]	0.203
Индекс массы тела, кг/м^2 , $M \pm SD$	30,4 $\pm$ 6,3	30,9 $\pm$ 7,3	30,2 $\pm$ 6,0	0.674
Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, n (%)	16 (43,2)	5 (50)	11 (40,7)	0.445
Курение, n (%)	12 (32,4)	2 (20)	10 (27)	0.588
Репродуктивные потери, n (%)	7 (18,9)	1 (10)	6 (22,2)	0.374
Преждевременные роды в анамнезе, n (%)	1 (2,7)	1 (10)	0	0.27
Паритет родов, первородящие, n (%)	18 (48,6)	6 (60)	12 (44,4)	0.319

енток из 2-й группы в семье выявлены подтвержденные случаи ДКМП у родственников. Также три пациентки 2-й группы отметили, что в семье были случаи внезапной сердечной смерти до 30 лет. Структура наследственных заболеваний по сердечно-сосудистой системе представлена в *таблице 2*. Структура сопутствующей патологии у пациенток исследуемых групп представлена в *таблице 3*,

обращает на себя внимание высокая частота нарушений ритма сердца в исследуемых группах.

Данные о гестационных осложнениях в группах сравнения представлены в *таблице 4*, информация о кардиологических параметрах — в *таблице 5*.

В группе с преждевременными родами ожидается большая частота угрозы преждевременных родов после 28 недель, клинически про-

Таблица 2

Сердечно-сосудистые заболевания в структуре анамнеза семейных заболеваний

Показатель	1-я группа (n=10)	2-группа (n=27)	P-значение
Врожденные пороки сердца, n (%)	2 (20,0)	2 (7,4)	0.291
Гипертоническая болезнь, n (%)	3 (30,0)	4 (14,8)	0.273
Острый инфаркт миокарда, n (%)	1 (10,0)	3 (11,1)	0.709
Внезапная сердечная смерть, n (%)	0	3 (11,1)	0.376
ДКМП в семье, n (%)	0	2 (7,4)	0.527

Таблица 3

Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы

Показатель	Общая группа пациенток с ДКМП (n=37)	1-я группа пациенток (n=10)	2-я группа пациенток (n=27)	P-значение
Нарушения ритма сердца, n (%)	34 (91.9)	10 (100)	24 (88.9)	0.376
Жизнеугрожающие нарушения ритма сердца, в том числе анамнестически за время беременности, n (%)	15 (40.5)	6 (60)	9 (33.3)	0.138
Хроническая артериальная гипертензия, n (%)	9 (24.3)	1 (10,0)	8 (29.6)	0.216
Врожденные пороки сердца, n (%)	5 (13.5)	2 (20)	3 (11.1)	0.412
Анемия беременных, n (%)	14 (37.8)	4 (40)	10 (37)	0.445

Таблица 4

Гестационные осложнения пациенток с дилатационной кардиомиопатией

Показатель	Общая группа пациенток с ДКМП (n=37)	1-я группа пациенток (n=10)	2-я группа пациенток (n=27)	P-значение
Преэклампсия умеренной степени	4 (10.8)	1 (10)	3 (11.1)	0.709
Гестационный сахарный диабет, n (%)	13 (35.1)	1 (10)	12 (44.4)	0.054
Истмико-цервикальная недостаточность, n (%)	3 (8.1)	2 (20)	1 (3.7)	0.172
Нарушения маточно-плацентарного кровотока 1-2 степени, n (%)	3 (8.1)	0	2 (11.1)	0.376
Маловодие, n (%)	3 (8.1)	0	3 (11.1)	0.376
Многоводие, n (%)	1 (2.7)	0	1 (3.7)	0.73
Синдром задержки роста плода	2 (5.4)	1 (10)	1 (3.7)	0.473
Угрожающие преждевременные роды до 28 недель	6 (16.2)	2 (20)	4 (14.8)	0.525
Угрожающие преждевременные роды после 28 недель	3 (8.1)	3 (30)	0	0.015

являющаяся болевыми ощущениями, кровянистыми выделениями из половых путей и укорочением шейки матки. Однако, спонтанное начало родовой деятельности не отмечено ни в одном случае.

Частота преждевременных родов у пациенток с ДКМП составила 27% (n=10). В 80% случаев причинами преждевременных родов выступили кардиологические показания, лишь в 20% досрочное родоразрешение обусловлено начавшейся гипоксией плода. Показания к досрочному родоразрешению представлены на *рисунке 1*. Во всех случаях (n=10, 100%) пациентки родоразрешены путём операции кесарева сечения: в 20% случаев — в экстренном порядке в связи с начавшейся гипоксией плода, в 80% — в срочно-плановом порядке в связи с декомпенсацией сердечной недостаточности.

В группе пациенток с преждевременными родами ожидаемо ниже фракция выброса ЛЖ ($p=0,001$) и выше уровень NT proBNP ($p=0,001$), что характеризует декомпенсацию сердечной недостаточности как одну из основных причин преждевременных родов у пациенток с ДКМП.

Клинические проявления левожелудочковой сердечной недостаточности представлены в *таблице 6*.

Клинические проявления в исследуемых группах встречаются с сопоставимой частотой, однако у пациенток 2-й группы наблюдается тенденция к отсутствию проявлений сердечной недостаточности.

В доношенном сроке беременности все пациентки (n=27, 100%) родоразрешены до 40 недель беременности.

Пациентки с низкой ФВ ЛЖ (при условии стабильной гемодинамики на фоне проводимого

лечения, без нарастания клинических симптомов сердечной недостаточности и лабораторных маркеров) родоразрешены путём операции кесарева сечения в плановом порядке в минимально доношенном сроке (n=12, 66,7%).

У пациентки с выявленными до беременности нарушениями ритма сердца на 37-й неделе беременности зарегистрированы полиморфные неустойчивые пароксизмы желудочковой тахикардии с высокой частотой желудочковых сокращений, в связи с чем пациентка родоразрешена путём операции кесарева сечения в срочном порядке на сроке беременности 37 5/7 недель.

Структура показаний к родоразрешению путём операции кесарева сечения в доношенном сроке представлена на *рисунке 2*, а в общей группе пациенток с ДКМП — на *рисунке 3*.

Остановка сердечной деятельности произошла в одном случае у пациентки со сроком беременности 37 2/7 недель. Пациентка с диагнозом «ДКМП» и сохранённой ФВ ЛЖ (по данным догоспитальных исследований) без жизнеугрожающих нарушений ритма сердца поступила в плановом порядке для дообследования и родоразрешения. Однако в день поступления произошла остановка сердечной деятельности, в связи с чем пациентка родоразрешена в экстренном порядке. Извлечена живая доношенная девочка массой 3750 г, ростом 52 см, оценка по Апгар на 1-й и 5-й минутах 3/6 баллов. На фоне реанимационных мероприятий произошло восстановление сердечного ритма. Фракция выброса левого желудочка на следующий день после родоразрешения — 34%, NT proBNP — 528,4 пг/мл. На фоне проводимого лечения отмечалась стабилизация состояния, пациентка выписана из стац

Рисунок 1

Сроки родов и показания к родоразрешению пациенток 1-й группы (иллюстрация авторов)

Сроки родоразрешения пациенток с ДКМП с преждевременными родами (n=10)



Таблица 5

Фракция выброса левого желудочка и уровень NT-pro-BNP в сравниваемых группах

Показатель	Общая группа пациенток с ДКМП (n=37)	1-я группа пациенток (n=10)	2-я группа пациенток (n=27)	P-значение
Фракция выброса левого желудочка перед родоразрешением, %	38.0 [28.5; 44.5]	28.0 [27.0; 30.0]	43.0 [36.0; 48.0]	0.001
NT-proBNP, пг/мл	153.1 [82.15; 424.95]	424.95 [185.2; 1467.0]	113.1 [71.6; 160.8]	0.001

Таблица 6

Клинические проявления левожелудочковой сердечной недостаточности

Симптом	1 группа (n=10)	2 группа (n=27)	p-value
Пароксизмальная ночная одышка, n (%)	1 (10,0%)	0 (0%)	0.27
Одышка, n (%)	7 (70,0%)	15 (55,6%)	0.342
Снижение толерантности к физической нагрузке, n (%)	5 (50,0%)	8 (29,6%)	0.22
«Ощущение сердцебиения», n (%)	4 (40,0%)	4 (14,8%)	0.117
Отечный синдром, n (%)	4 (40,0%)	3 (11,1%)	0.069
Без симптомов, n (%)	1 (10,0%)	11 (40,7%)	0.08

Рисунок 2

Показания к родоразрешению путём операции кесарева сечения у пациенток с ДКМП в доношенном сроке (иллюстрация авторов).



Рисунок 3

Показания к родоразрешению путём операции кесарева сечения у пациенток с дилатационной кардиомиопатией: общая группа. (иллюстрация авторов).



онара на двадцатый день послеродового периода. ФВ ЛЖ при выписке — 38%.

Среди акушерских причин показанием к родоразрешению путём операции кесарева сечения в доношенном сроке выступило отсутствие эффекта от родовозбуждения в 11,1% случаев (n=2) (все пациентки имели умеренно сниженную ФВ ЛЖ: 47% и 49%); начавшаяся гипоксия — в 5,6% случаев (n=1). Одна пациентка родоразрешена в плановом порядке, учитывая врождённый симметричный подвывих хрусталика III степени.

Среди пациенток, родоразрешённых через естественные родовые пути (n=9, 24,3%), 88,8% имели умеренно сниженную ФВ ЛЖ, у них отсутствовали жизнеугрожающие нарушения ритма сердца, за время наблюдения в стационаре пациентки были гемодинамически стабильны. Роды велись на фоне адекватного обезболивания под постоянным мониторным наблюдением за состоянием роженицы и плода.

Одна пациентка (11,1%) имела ФВ ЛЖ накануне родоразрешения 27%, готовилась к плановому

Таблица 7

Особенности родоразрешения пациенток и неонатальные исходы

Показатель	Общая группа пациенток с ДКМП (n=37)	1-я группа пациенток (n=10)	2-я группа пациенток (n=27)	P-значение
Срок гестации на момент родоразрешения, недели Me [IQR]	37.6 [35.3; 38.6]	33.4 [29.6; 34.3]	38.3 [37.3; 38.9]	0.001
Родоразрешены через ЕРП, n (%)	9 (24.3)	0	9 (33.3)	0.038
Вес	2990 [2430; 3180]	1910 [1200; 2430]	3100 [2805; 3435]	0.001
Рост	49 [46; 51]	42.5 [36.0; 46.0]	50 [48.5; 51]	0.001
Апгар1	8 [7; 8]	6.5 [3; 7]	8 [8; 8]	0.001
Апгар5	9 [8; 9]	7 [6; 8]	9 [9; 9]	0.001

оперативному родоразрешению, однако на сроке 37 1/7 недель беременности спонтанно вступила в роды. В связи со стремительным течением родов пациентка родоразрешена через естественные родовые пути под мониторным наблюдением (во втором периоде родов гемодинамика была стабильна, снижение сатурации отмечалось минимально до 92% в потужном периоде, клинически пациентка жалоб не предъявляла).

Обсуждение

На данный момент исследования, посвящённые изучению кардиомиопатий при беременности, немногочисленны и основываются на небольших выборках в связи с низкой распространённостью заболевания. Крупное исследование Регистра беременности и сердечных заболеваний (ROPAC) включало 1321 женщину с сердечно-сосудистыми заболеваниями, наблюдаемых в период с 2007 по 2011 год, из них лишь у 32 пациенток установлен диагноз «ДКМП» [3].

Идиопатическая ДКМП составляет примерно 50% всех случаев, в 35% случаев ДКМП обусловлена наследственной предрасположенностью [1]. Среди пациенток, включённых в проводимое нами исследование, ДКМП у ближайших родственников подтвердили две пациентки (5,4%).

По данным литературы, у пациенток с ДКМП высокий уровень материнской смертности, а также высокая частота аритмий и сердечной недостаточности [1–4].

По данным настоящего исследования, декомпенсация сердечной деятельности, проявляющаяся нарастанием клинической симптоматики левожелудочковой недостаточности, снижением ФВ ЛЖ, нарастанием лабораторных маркеров (NT proBNP), являлась основной причиной преждевременных родов и часто выступала показанием к родоразрешению путём операции кесарева сечения.

По данным литературы, высокий функциональный класс сердечной недостаточности определяет риск сердечно-сосудистых и гестационных осложнений во время беременности и в послеродовом периоде.

Фракция выброса левого желудочка влияет на определение тактики ведения пациенток и на выбор способа родоразрешения. По данным метаанализа, проведённого Eggleton E.J. в 2022 г., ФВ ЛЖ при кардиомиопатиях у беременных оценивали лишь в трёх исследованиях. По представленным данным, ФВ ЛЖ у женщин с кардиомиопатией достоверно ниже примерно на 25% по сравнению со здоровыми контрольными группами [6]. Повышенные уровни NT proBNP у пациенток с ДКМП связаны с перегрузкой объёмом и последующей дилатацией желудочков, часто вызывающих клиническое ухудшение [7]. По данным настоящего исследования, у пациенток с дилатационной кардиомиопатией среднее значение ФВ ЛЖ составляет 38,0% [28,5; 44,5], а концентрация NT proBNP — 153,1 пг/мл [82,15; 424,95], причём в группе пациенток с преждевременными родами

ФВ ЛЖ значительно ниже, а уровень NT proBNP — значительно выше.

Частота нарушений ритма сердца у пациенток с ДКМП, согласно исследованиям, составляет от 34,6 до 67,4%. Наиболее распространённые нарушения ритма и проводимости при ДКМП, по данным литературы, — желудочковые аритмии, фибрилляция предсердий, АВ-блокады и блокады ножек пучка Гиса [8, 9]. Нарушения ритма сердца и проводимости могут не только приводить к возникновению ДКМП, но и возникать на фоне уже имеющегося ремоделирования миокарда.

Полученные нами данные также подтверждают высокую частоту нарушений ритма сердца у женщин с ДКМП (91,9%), а жизнеугрожающие нарушения ритма сердца нередко являлись показаниями к досрочному родоразрешению и родоразрешению путём операции кесарева сечения.

Одним из наиболее грозных осложнений беременности у пациенток с ДКМП являются преждевременные роды. В нашем исследовании частота преждевременных родов составила 27% (n=10). Полученные результаты соответствуют имеющимся данным о частоте преждевременных родов по данным обзора литературы. По данным ROPAC, частота преждевременных родов у пациенток с сердечно-сосудистыми заболеваниями — 16%, однако этот показатель в группе женщин с кардиомиопатией возрастает до 26% [3, 10].

Согласно данным литературы, частота преэклампсии в группе пациенток с кардиомиопатией составляет 4,6–7%. Среди других гестационных осложнений во время беременности у пациенток с левожелудочковой недостаточностью выделены: гестационный сахарный диабет (1,4–2%), кровотечение в послеродовом периоде (0,8%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (0,4%), плацентарно-инвазивная патология (0,2%) [4, 11, 12]. По представленным нами данным, частота данных осложнений у пациенток с ДКМП соотносится с данными литературы и не отличается от общепопуляционной.

По данным литературного обзора, частота кесарева сечения у пациенток с дилатационной кардиомиопатией достигает 48,3%, что связано с высокой частотой декомпенсации сердечной недостаточности, нарушениями гемодинамики и возникающей необходимостью досрочного родоразрешения [13–16]. В настоящем исследовании частота проведения кесарева сечения у пациенток с ДКМП составляет 75,7%. Большой вклад в структуру оперативного родоразрешения в доношенном сроке вносят кардиологические причины, в то время как акушерские уходят на второй план.

Заключение

Дилатационная кардиомиопатия у беременных ассоциирована с высоким риском сердечно-сосудистых и акушерских осложнений. Декомпенсация сердечной недостаточности и жизнеугрожающие нарушения ритма сердца являются основными показаниями к досрочному оперативному родо-

разрешению. В проведённом исследовании частота преждевременных родов составила 27%, при этом в большинстве случаев причиной досрочного родоразрешения являлось ухудшение кардиологического статуса пациенток.

Ключевыми факторами, определяющими тактику ведения беременности и способ родоразрешения, являлись снижение фракции выброса левого желудочка, повышение уровня NT proBNP, наличие клинических проявлений сердечной недостаточности и жизнеугрожающих нарушений ритма сердца.

Несмотря на высокую частоту оперативного родоразрешения, при стабильной гемодинами-

ке, отсутствии тяжёлых нарушений ритма сердца и умеренном снижении сократительной функции миокарда возможно родоразрешение через естественные родовые пути под тщательным мониторингом наблюдением и с адекватным обезболиванием.

Полученные результаты подчёркивают необходимость ранней стратификации риска, динамического кардиологического мониторинга и индивидуализированного подхода к выбору сроков и метода родоразрешения у пациенток с дилатационной кардиомиопатией.

Литература

1. Schaufelberger M. Cardiomyopathy and pregnancy. *Heart*. 2019;105(20):1543–1551. DOI: 10.1136/heartjnl-2018-313476
2. Ciarambino T., Menna G., Sansone G., Giordano M. Cardiomyopathies: an overview. *Int. J. Mol. Sci.* 2021;22(14):7722. DOI: 10.3390/ijms22147722
3. Ruys T.P., Roos-Hesselink J.W., Hall R., Subirana-Domènech M.T. et al. Heart failure in pregnant women with cardiac disease: data from the ROPAC. *Heart*. 2014;100(3):231–238. DOI:10.1136/heartjnl-2013-304888
4. Roos-Hesselink J., Baris L., Johnson M., De Backer J. et al. Pregnancy outcomes in women with cardiovascular disease: evolving trends over 10 years in the ESC Registry Of Pregnancy And Cardiac disease (ROPAC). *Eur. Heart J.* 2019;40(47):3848–3855. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz136
5. Yokouchi-Konishi T., Kamiya C.A., Shionoiri T., Nakaniishi A. et al. Pregnancy outcomes in women with dilated cardiomyopathy: Peripartum cardiovascular events predict post delivery prognosis. *J. Cardiol.* 2021;77(3):217–223. DOI: 10.1016/j.jjcc.2020.07.007
6. Eggleton E.J., Bhagra C.J., Patient C.J., Belham M. et al. Maternal left ventricular function and adverse neonatal outcomes in women with cardiac disease. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2023;307(5):1431–1439. DOI: 10.1007/s00404-022-06635-9
7. Sheikh M., Ostadrahimi P., Salarzaei M. et al. Cardiac Complications in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Diagnostic Accuracy of BNP and N-Terminal Pro-BNP. *Cardiol. Ther.* 2021;10:501–514. DOI: 10.1007/s40119-021-00230-w
8. Di Marco A., Brown P.F., Bradley J. et al. Improved Risk Stratification for Ventricular Arrhythmias and Sudden Death in Patients With Nonischemic Dilated Cardiomyopathy. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2021;77(23):2890–2905. DOI: 10.1016/j.jacc.2021.04.030
9. Henkens M.T.H.M. et al. Interatrial Block Predicts Life-Threatening Arrhythmias in Dilated Cardiomyopathy. *J. Am. Heart Assoc.* 2022;11(14):e025473. DOI: 10.1161/JAHA.121.025473
10. Тющина А.Н., Осипова Н.А., Карелкина Е.В., Николаева А.А. и др. Причины преждевременных родов у пациенток с кардиомиопатиями со сниженной сократительной способностью левого желудочка. Женское здоровье и репродукция. 2025;4(69). DOI: 10.31550/2712-8598-2025-4-4-ZhZiR. URL: <https://journalgynecology.ru/statyi/prichiny-prezhdevremennyh-rodov-u-pacientok-s-kardiomiopatiyami-so-snizhennoj-sokratitelnoj-sposobnostju-levogo-zheludochka> Tyushchina A.N., Osipova N.A., Karelkina E.V., Nikolaeva A.A. et al. Causes of preterm birth in patients with cardiomyopathies with reduced left ventricular contractility. *Women's Health and Reproduction*. 2025; 4(69). (in Russian).
11. Ormesher L., Vause S., Higson S. et al. Prevalence of pre-eclampsia and adverse pregnancy outcomes in women with pre-existing cardiomyopathy: a multi-centre retrospective cohort study. *Sci. Rep.* 2023;13:153. DOI: 10.1038/s41598-022-26606-z
12. Thanajiraprapa T., Phupong V. Pregnancy complications in women with heart disease. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 2010;23(10):1200–1204. DOI: 10.3109/14767050903410698
13. Shotan A., Roos-Hesselink J., Baris L. et al. Cardiomyopathy and Pregnancy: Considerations for Women With Severely Reduced Left Ventricular Dysfunction. *Can. J. Cardiol.* 2021;37(12):2067–2075. DOI: 10.1016/j.cjca.2021.09.023
14. Sasaki M., Ohnishi Y. Anesthesia during delivery in pregnant women with dilated cardiomyopathy. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(11):e33277. DOI: 10.1097/MD.00000000000033277
15. Meng M.L., Federspiel J.J., Fuller M. et al. Severe Maternal Morbidity According to Mode of Delivery Among Pregnant Patients With Cardiomyopathies. *JACC Heart Fail.* 2023. DOI: 10.1016/j.jchf.2023.09.012



Статья на
journalgynecology.ru



URL:

<https://journalgynecology.ru/statyi/pokazaniya-k-rodorazresheniju-pri-dilatacionnoj-kardiomiopatii/>