

УДК 616.12–008.318.4

**ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННЫХ ПАЦИЕНТОК
С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА**

Половинкина Марина Александровна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Ачмиз Саида Нуховна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Чухлеб Юлиана Юрьевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Иванчура Галина Сергеевна
*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

В статье освещены вопросы диагностики и лечения нарушений ритма сердца у беременных.

Ключевые слова: **БЕРЕМЕННОСТЬ,
ЭКСТРАСИСТОЛИЯ, ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ
ТАХИКАРДИЯ**

UDC 616.12–008.318.4

**TREATMENT TACTICS PECULIARITIES OF
PREGNANT WITH CARDIAC RHYTHM
DISTURBANCES**

Polovinkina Marina Alexandrovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Achmiz Saida Nukhovna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Chukhleb Yulianna Yur'evna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Ivanchura Galina Sergeevna
*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

The article highlighted the problem of diagnostics and treatment of pregnant with cardiac rhythm disturbances.

Key words: **PREGNANCY, EXTRASYSTOLE,
PAROXISMAL TACHYCARDIA**

Нарушения сердечного ритма при беременности встречаются достаточно часто. По данным разных исследователей от 7 до 52 % беременностей протекает с какими-нибудь аритмиями [4, 6]. Они, как правило, не являются жизнеугрожающими, не требуют прерывания беременности и достаточно часто даже не нуждаются в каком-то специфическом лечении. Однако бывают ситуации, при которых лечение беременных необходимо.

В работе кардиологического центра СКАЛ ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2) важное место занимают лечение и обследование беременных женщин. Значительное число пациенток направляется в СКАЛ для диагностики и лечения нарушений сердечного ритма и проводимости. Для врача при подозрении на аритмию важно установить факт ее наличия, определить характер аритмии, причину ее возникновения и решить вопрос о необходимости назначения антиаритмической терапии.

Причины нарушений ритма могут быть экстракардиальными, кардиальными и идиопатическими (первичная электрическая болезнь сердца).

К *экстракардиальным* факторам относят: функциональные и органические поражения центральной нервной системы, дисфункцию вегетативной нервной системы, эндокринные заболевания (в первую очередь щитовидной железы), электролитный дисбаланс, анемию, механические и электрические травмы, гипо- и гипертермию, интоксикацию алкоголем, никотином, кофе, лекарственными препаратами (в частности симпатомиметиками, в том числе для интраназального использования).

Кардиальными факторами, способными вызвать нарушение сердечного ритма, являются следующие: ишемическая болезнь сердца, врожденные и приобретенные пороки сердца, артериальная гипертензия,

воспалительные и невоспалительные заболевания миокарда, некоторые врожденные заболевания сердечно-сосудистой системы.

Беременность даже у практически здоровых женщин может являться фактором, провоцирующим развитие нарушений сердечного ритма. Этому способствуют физиологические гестационные изменения в организме женщины, касающиеся гемодинамических, нейрогуморальных и электрофизиологических параметров.

При обследовании женщин в нашем отделении обязательными являются: клинический анализ крови, исследование электролитов, ЭКГ, ЭХО-КГ, исследование гормонов щитовидной железы, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

Тактика лечения определяется тяжестью заболевания, вызвавшего аритмию, характером аритмии, состоянием гемодинамики, субъективной переносимостью этих нарушений. В целом менеджмент аритмий при беременности существенно не отличается от такового у небеременных. Однако в случае развития аритмии у беременной женщины необходимо оценить ее тяжесть, угрозу здоровью матери и плода и риск нежелательных эффектов лекарственной терапии. Женщинам без структурных дефектов сердца и с незначительными клиническими симптомами аритмий (например, предсердная и желудочковая экстрасистолия) лекарственную терапию назначать не следует, однако им следует исключить возможное влияние таких провоцирующих факторов, как курение, кофе и алкоголь, эмоциональные и физические перегрузки.

При необходимости назначения антиаритмических средств выбор конкретного препарата должен быть основан на имеющейся информации о терапевтической эффективности и безопасности, с учетом возраста плода (срока беременности). При этом следует учитывать безопасность препарата не только для плода, но и для матери. Более того, при решении вопроса о назначении лекарственной терапии необходимо

руководствоваться следующим положением: женщина, несмотря на беременность, должна всегда получать оптимальное лечение. В случае, когда нет альтернативного варианта, препарат, который может помочь матери, назначают вне зависимости от его токсичности и потенциального вреда для плода.

Лечение беременных следует начинать с минимальной дозы и последующей ее коррекцией на основании клинических симптомов. В период беременности регулярно оценивают необходимость дальнейшего проведения лекарственной терапии.

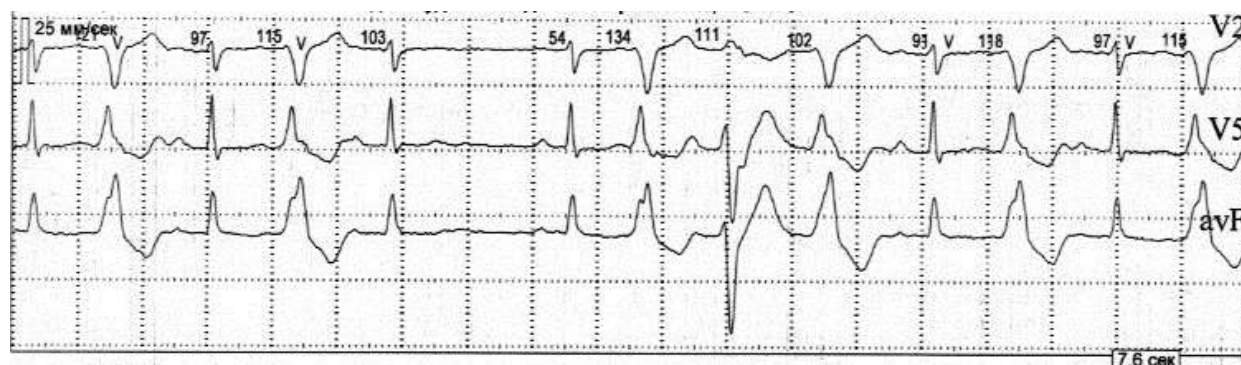
Следует подчеркнуть, что активно назначаемые в нашей стране травяные седативные сборы, включающие барбарис, можжевельник, ламинарию морскую, мяту болотную, сангвинарию, валериану, полынь аптечную, Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных трав США (FDA) в период беременности и лактации не рекомендуются.

Целью нашей работы является демонстрация клинических случаев, на примере которых показаны особенности и сложности тактики лечения беременных пациенток с нарушениями ритма сердца.

Пациентка К., 24 года, поступила в кардиологический центр СКАЛ с жалобами на общую слабость, одышку при ранее переносимых нагрузках, ощущение «замирания» в сердце, учащенное сердцебиение. Из анамнеза известно: ранее на учете у кардиолога не состояла, беременность первая, срок 16–17 недель. Пациентка состоит на учете в женской консультации, при плановом обследовании на ЭКГ выявлена одиночная наджелудочковая экстрасистола, осмотрена терапевтом, для обследования и лечения направлена в кардиологический центр СКАЛ. Лечащим врачом назначены общий и биохимический анализ крови, ЭКГ, Эхо-КГ, суточное мониторирование (СМ ЭКГ). У пациентки выявлена железодефицитная анемия (гемоглобин крови – 10,1 г/дл), Эхо-КГ – гемодинамически

значимых изменений не выявлено, при СМ ЭКГ незначительно повышено количество наджелудочковых экстрасистол (325/сут). Диагностирована нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу. Наджелудочковая экстрасистолия. Анемия беременных легкой степени. С пациенткой проведена беседа по поводу безопасности выявленных нарушений ритма, назначены препараты железа. Пациентка выписана с улучшением и рекомендациями контроля гемоглобина крови. В наблюдении кардиолога не нуждается.

Пациентка Е., 44 года. При поступлении активно жалоб не предъявляла. Из анамнеза известно, что беременность вторая, срок 24 недели, первая закончилась нормальными родами, ребенку 14 лет. Около пяти лет периодически отмечает повышение артериального давления (АД) до 160/90 мм рт.ст., гипотензивные препараты принимает эпизодически. Состоит на учете в женской консультации. При плановом обследовании на ЭКГ выявлена частая политопная (наджелудочковая и желудочковая) экстрасистолия. При обследовании в кардиологическом центре СКАЛ: изменений в общем и биохимическом анализе крови не выявлено, гормоны щитовидной железы – в норме. Эхо-КГ: без гемодинамически значимых изменений, СМ АД: отмечается повышение АД в дневное время до 170/100 мм рт.ст., среднее САД/ДАД днем 146/96, ночью 134/85 мм рт.ст. При СМ ЭКГ зафиксирована политопная экстрасистолия: более 15 тысяч наджелудочковых и более 20 тысяч желудочковых экстрасистол, короткие пробежки (5–7 комплексов) желудочковой тахикардии (рисунок 1).



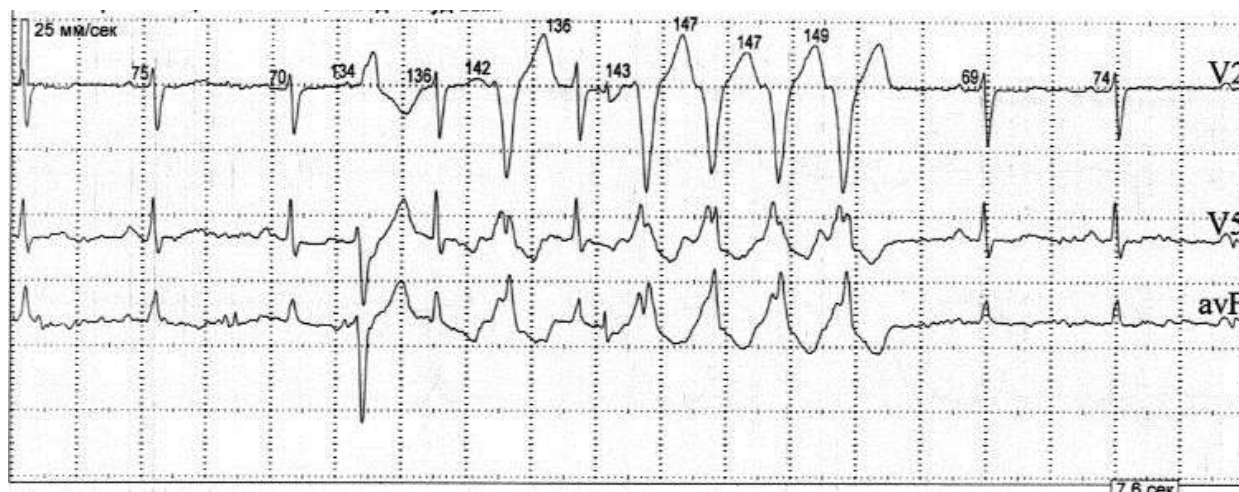


Рисунок 1 – Результаты суточного мониторинга ЭКГ
(политопная экстрасистолия)

Диагностирована гипертоническая болезнь 1 стадии, 2 степени, риск 3. Частая политопная экстрасистолия. Пароксизмальная желудочковая тахикардия. Назначен соталол – 40 мг два раза в день. На фоне лечения: самочувствие удовлетворительное. АД стабилизировалось: 120–130 / 70–80 мм рт.ст. При контрольном СМ ЭКГ количество экстрасистол практически не изменилось, сохранялись множественные короткие пароксизмы желудочковой тахикардии. Увеличение дозы соталола способствовало возникновению брадикардии, гипотонии, общей слабости. Тактика ведения пациентки обсуждалась на консилиуме с участием руководителя кардиологического центра и главного акушера-гинеколога ГБУЗ «ККБ № 2». Было решено отменить соталол, назначить метопролола сукцинат (беталок ЗОК) – 50 мг, амиодарон – по схеме. Амиодарон по классификации FDA относится к категории риска D. Для лечения аритмий беременным его назначают в случае неэффективности других антиаритмических препаратов. На фоне лечения самочувствие пациентки улучшилось. АД стабильное: 120–125 / 70–80 мм рт.ст., при контрольном СМ ЭКГ пароксизмы желудочковой тахикардии не зафиксированы, количество наджелудочковых экстрасистол снизилось до 300/сут, желудочковых – до 5 тысяч. Пациентка периодически наблюдалась в

кардиологическом центре СКАЛ до 38 недели беременности, затем госпитализирована в Роддом № 5. Родоразрешение путем кесарева сечения (по акушерским показаниям). Пациентка продолжает наблюдаться в кардиологическом центре СКАЛ в течение двух лет. Постоянно принимает гипотензивные препараты (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы). При контрольном СМ ЭКГ количество наджелудочковых и желудочковых экстрасистол было незначительно повышено, пароксизмов желудочковой тахикардии не выявлено. Ребенок развивается согласно возрасту.

Представленные клинические случаи показывают, как изменяется клиническая картина при нарушениях сердечного ритма, насколько индивидуальным должен быть подход к лечению беременных женщин с учетом воздействия лекарственных средств на организм матери и плода и дальнейшего прогноза заболевания.

Список литературы

1. *Ардашев А. В.* Некоронарогенные желудочковые нарушения ритма: классификация, клинические проявления, диагностика и лечение / А. В. Ардашев, Т. Ф. Складорова, Е. Г. Желяков и др. // Кардиология. – 2007. - № 11. – С. 64–74.
2. *Ванина Л. В.* Заболевания сердца и беременность / Л. В. Ванина. – М.: Медицина, 1991. – 234 с.
3. *Кечер М. И.* Руководство по клинической электрокардиографии / М. И. Кечер. – М., 2000. – С. 395.
4. *Мравян С. Р.* Заболевания сердца у беременных / С. Р. Мравян, В. А. Петрухин, С. И. Федорова, В. П. Пронина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 343 с.
5. *Стрюк Р. И.* Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность / Р. И. Стрюк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 160 с.
6. *Стрюк Р. И.* Нарушения сердечного ритма и проводимости при беременности / Р. И. Стрюк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 128 с.
7. *Стрюк Р. И.* Аритмии при беременности: этиология и перинатальные исходы / Р. И. Стрюк, Я. В. Брыткова, В. Н. Немировский, Д. У. Шоикимова // Кардиология. – 2007. - № 8. – С. 29–31.