

© ЕРМАКОВА Е.А., МАТЮШИН Г.В., ГОГОЛАШВИЛИ Н.Г.,

ЕРЕМИНА Н.П.

УДК 616.12-008.318:618.3

НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ И ВТОРОМ ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ

Е.А. Ермакова, Г.В. Матюшин, Н.Г. Гоголашвили, Н.П. Еремина

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.

Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра
кардиологии и функциональной диагностики ИПО, зав. – д.м.н., проф. Г.В.
Матюшин.

***Резюме.** В статье представлены результаты исследования частоты и структуры нарушений ритма и проводимости у беременных женщин. Полученные данные свидетельствуют о более высокой частоте изучаемых нарушений у беременных женщин в исследуемых триместрах. Наиболее часто регистрировались экстрасистолия, миграция водителя ритма по предсердиям.*

***Ключевые слова:** сердечный ритм, проводимость, аритмия, экстрасистолия, беременность.*

Ермакова Евгения Алексеевна –соискатель ученой степени кандидата медицинских наук каф. кардиологии и функциональной диагностики ИПО КрасГМУ; e-mail: ErmakovaEvgenia@mail.ru.

Матюшин Геннадий Васильевич – д.м.н., проф., зав. каф. кардиологии и функциональной диагностики ИПО КрасГМУ; тел. 8 (391) 2926157.

Гоголашвили Николай Гамлетович – д.м.н., проф., каф. кардиологии и функциональной диагностики ИПО КрасГМУ; тел. 8 (391) 2568114.

В структуре экстрагенитальной патологии у беременных женщин одно из первых мест занимают заболевания сердечно-сосудистой системы [1,3,4,10,13].

По данным разных авторов, их частота составляет около 10 %. В настоящее время, несмотря на возможность ранней диагностики заболеваний сердца, появление новых эффективных методов лечения, количество беременных женщин с сердечно-сосудистой патологией не снижается [5,8,13]. Частота нарушений ритма и проводимости у беременных женщин по данным различных авторов колеблется от 5% до 15% [2,9]. Только у 50% беременных женщин причины аритмий – органические поражения сердечно-сосудистой системы [9]. Нарушения сердечного ритма могут возникать в период беременности и у соматически здоровых женщин [11,12]. Что касается структуры нарушений сердечного ритма и проводимости у женщин в период беременности, то в настоящее время имеются лишь единичные сообщения на эту тему. В доступной нам литературе, исследований, посвященных изучению динамики частоты и структуры нарушений ритма и проводимости сердца у женщин в течение беременности, мы не обнаружили.

Целью нашего исследования было изучение частоты, структуры нарушений ритма и проводимости у женщин в первом и втором триместрах беременности.

Материалы и методы

В исследование были включены 83 беременные женщины, наблюдавшиеся в женских консультациях г. Красноярска. Возраст обследованных находился в диапазоне от 18 до 34 лет, средний возраст составил $24,1 \pm 3,3$ лет. Критериями включения женщин в исследование были возраст старше 18 лет, наличие беременности в гестационном сроке выше 12 недель, информированное согласие беременной женщины на участие в обследовании. Из 83 обследованных женщин первобеременными были 62, повторнобеременными – 21. В группе повторно беременных были женщины

с предшествующими родами, медицинскими абортами (в том числе по медицинским показаниям), выкидышами.

Группу сравнения составили 40 небеременных женщин без кардиальной патологии в возрасте от 19 до 31 лет (средний возраст $20 \pm 0,7$ лет).

Для исследования на каждую обследованную была заведена специально разработанная карта, которая содержала жалобы, перечень сопутствующих заболеваний, вредные привычки, профессию, акушерско - гинекологический анамнез, физикальные данные, результаты лабораторных и инструментальных методов обследования. Инструментальное обследование включало запись электрокардиограммы (ЭКГ) покоя в 12 стандартных отведениях, 24-часовое холтеровское мониторирование (ХМ) с использованием кардиорегистраторов «Valenta» (Россия) и «Махаон» (Россия).

При оценке результатов желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) классифицировалась по градациям В. Lown, N. Wolff (1971): 0 – ЖЭ отсутствует, I – редкие мономорфные ЖЭ (менее 30 в час), II – частые мономорфные ЖЭ (более 30 в час), III – полиморфные ЖЭ, IV – повторные формы желудочковых аритмий (IV А – парные ЖЭ и IV Б – групповые ЖЭ (залпы – 3 и более комплексов), включая короткие эпизоды желудочковой тахикардии), V – ранние ЖЭ типа «R на T» [6]. Наджелудочковую экстрасистолию (НЖЭ) мы классифицировали на редкую (менее 30 в час), частую (более 30 в час), групповую (3 комплекса подряд) и наджелудочковую тахикардию (НЖТ) – 4 и более НЖЭ подряд с частотой более 100 в минуту. Диагностика других нарушений ритма и проводимости основывалась на общепринятых критериях [7]. Статистический анализ полученных данных проводился с использованием пакета прикладных программ «Statistica» v. 6.0. Оценка межгрупповых различий проводилась с использованием углового преобразования Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В ходе анкетирования у 30 беременных женщин (41%) были жалобы на периодическое ощущение учащенного сердцебиения и перебои в работе сердца. У 59% беременных каких - либо жалоб выявлено не было. Аритмии до беременности регистрировалось у 5 обследованных женщин: у 3 женщин синусовая тахикардия, у 1 желудочковая экстрасистолия, у 1 пароксизмы наджелудочковой тахикардии.

Частота и структура нарушений проводимости у беременных женщин в первом триместре и женщин группы сравнения отражена в табл. 1. Как видно из представленных данных, в первом триместре беременности по данным 24-часового Холтеровского мониторирования ЭКГ синоатриальная (СА) блокада была выявлена у 13 (16%), атриовентрикулярная (АВ) блокада у 8 (10%) обследованных. Достоверных различий в частоте данных нарушений проводимости с группой сравнения не отмечалось ($p > 0,05$). В группе беременных женщин одинаково часто наблюдались АВ-блокада 1 степени и АВ – блокада 2 степени типа 1 (50%). В группе сравнения регистрировалась только АВ – блокада 1 степени (100%). Все случаи СА – блокады в обеих группах были представлены СА – блокадой 2 степени типа 1.

Частота и структура нарушений ритма обследованных групп отражена в табл. 2. Как видно из представленных данных, у женщин в первом триместре беременности достоверно чаще, чем в группе сравнения регистрировалась НЖЭ: 61 (74%) и 6 (15%) соответственно ($p < 0,0001$). В группе беременных женщин в основном наблюдалась редкая НЖЭ. Частая НЖЭ имела место в 5%, парная НЖЭ регистрировались в 13% от всех случаев этого нарушения сердечного ритма в первом триместре беременности. У женщин группы сравнения имела место только редкая НЖЭ (100%). Желудочковая экстрасистолия в группе беременных встречалась у 38 (46%), в группе сравнения у 6 (15%) женщин. Данное различие было достоверным ($p = 0,0006$). В большинстве случаев в первом триместре беременности регистрировалась I градация (90%), одинаково часто наблюдались градации

II и IVA (5%). В группе сравнения регистрировалась только I градация (100%). У 51% женщин в первом триместре беременности выявлялась миграция водителя ритма по предсердиям, что было достоверно реже, чем в группе сравнения (12,5%) ($p < 0,0001$). Предсердный ритм регистрировался в группе беременных у 6 (7%), в группе сравнения у 2 (5 %) женщин ($p > 0,05$). Наджелудочковая тахикардия наблюдалась у 1,2% женщин в первом триместре беременности. В группе сравнения данная аритмия не регистрировалась.

Частота и структура нарушений проводимости у женщин во втором триместре беременности и группы сравнения отражена в табл. 1. Как видно из представленных данных, нарушения проводимости у женщин во втором триместре беременности, по данным 24-часового Холтеровского мониторинга, ЭКГ были представлены СА блокадой (12%) и АВ блокадой (10%). Достоверных различий в частоте данных нарушений с группой сравнения не наблюдалось ($p > 0,05$). В группе беременных женщин у 63% выявлялась АВ - блокада 1 степени, у 37% женщин АВ – блокада 2 степени типа 1. В группе сравнения регистрировалась только АВ – блокада 1 степени (100%). В обследованных группах все случаи СА – блокады представлены СА – блокадой 2 степени типа 1.

Частота и структура нарушений ритма у беременных женщин во втором триместре и женщин группы сравнения отражена в табл. 2. Из нарушений ритма сердца во втором триместре беременности достоверно чаще, чем в группе сравнения выявлялась НЖЭ: 65 (78%) и 6 (15%) соответственно ($p < 0,0001$). В структуре данного нарушения ритма сердца в группе беременных женщин наименьший удельный вес имели частая и парная НЖЭ: 8% и 12% от всех случаев этого нарушения ритма соответственно. Редкая НЖЭ наблюдалась в 80% от общего количества НЖЭ во втором триместре беременности. В группе сравнения регистрировалась только редкая НЖЭ (100%). У беременных женщин во втором триместре желудочковая экстрасистолия регистрировалась в 51% случаев, что было

достоверно чаще, чем у женщин группы сравнения (15%) ($p=0,0001$). В большинстве случаев в группе беременных регистрировалась I градация (81%), II и IVA градации наблюдались с одинаковой частотой (9,5%). В группе сравнения регистрировалась только I градация (100%). У 53% женщин во втором триместре беременности отмечалась миграция водителя ритма по предсердиям, что было достоверно чаще, чем в группе сравнения (12,5%) ($p<0,0001$). Предсердный ритм регистрировался во втором триместре беременности у 8 (10%), в группе сравнения у 2 (5 %) женщин. Данное различие было не достоверным ($p> 0,05$). Наджелудочковая тахикардия наблюдалась у 1 (1,2%) женщины в группе беременных. В группе сравнения данная аритмия не регистрировалась.

Таблица 1

Частота и структура нарушений проводимости по данным 24 - часового ХМ ЭКГ у беременных женщин в изучаемые триместры беременности

№	Наименование группы	Количество женщин			
		СА блокада		АВ блокада	
		абс.	%	абс.	%
1.	Первый триместр	13	16	8	10
2.	Второй триместр	10	12	8	10
3.	Группа сравнения	5	12,5	8	20
	Достоверность различий	$p_{1-3} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$ $p_{1-2} > 0,05$		$p_{1-3} > 0,05$ $p_{2-3} > 0,05$ $p_{1-2} > 0,05$	

Таблица 2

Частота и структура нарушений ритма по данным 24 - часового ХМ ЭКГ у женщин в изучаемые триместры беременности

№	Наименование группы	Количество женщин									
		НЖЭ		ЖЭ		НЖТ		МВР		Предсердный ритм	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Первый триместр	61	74	38	46	1	1,2%	42	51	6	7
2.	Второй триместр	65	78	42	51	1	1,2%	44	53	8	10
3.	Группа сравнения	6	15	6	15	-	-	5	12,5	2	5
	Достоверность различий	p ₁₋₃ < 0,0001 p ₂₋₃ < 0,0001 p ₁₋₂ > 0,05		p ₁₋₃ = 0,0006 p ₂₋₃ = 0,0001 p ₁₋₂ > 0,05		p ₁₋₂ > 0,05		p ₁₋₃ < 0,0001 p ₂₋₃ < 0,0001 p ₁₋₂ > 0,05		p ₁₋₃ > 0,05 p ₂₋₃ > 0,05 p ₁₋₂ > 0,05	

Таким образом, нарушения ритма сердца у женщин в первом и втором триместрах беременности по данным 24-часового Холтеровского мониторинга ЭКГ представлены: экстрасистолией, наджелудочковой тахикардией, миграцией водителя ритма по предсердиям, предсердным ритмом. Из гетеротопных нарушений ритма в изучаемых триместрах беременности достоверно чаще, чем в группе сравнения регистрировалась экстрасистолия. Из нмотопных нарушений ритма частота миграции водителя ритма по предсердия статистически значимо была выше у беременных женщин, чем у женщин группы сравнения. Нарушения проводимости сердца у женщин в изучаемые триместры беременности по данным 24-часового Холтеровского мониторинга ЭКГ представлены СА блокадой 2 степени типа 1, АВ блокадой 1 степени и АВ блокадой 2 степени типа 1. В группе сравнения регистрируется лишь АВ блокада 1 степени.

DISORDERS OF THE HEART RHYTHM AND CONDUCTION IN WOMEN IN THE FIRST AND SECOND PREGNANCY TRIMESTER

E.A. Ermakova, G.V. Matyushin, N.G. Gogolashvili, N.P. Eremina
Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Vojno-Yasenetsky

Abstract. The paper presents the results of the study of frequency and structure of rhythm and conduction disorders in pregnant women. The data indicate higher frequency of the studied disorders in pregnant women in the studied trimesters. The most frequently disorders which were registered - recorded beats, the migration of a pacemaker to atria.

Key words: cardiac rhythm, conduction, arrhythmia, extrasystoles, pregnancy

Литература:

1. Акушерство: национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1200 с.
2. Дидина Н.М., Ефимочкина В.И. Структура заболеваний сердца у беременных в современных условиях
// Республ. сб. науч. тр.: Экстрагенитальная патология и беременность. – М., 1986. – С. 44-49.
3. Затикян Е.П. Врожденные и приобретенные пороки сердца у беременных (функциональная и ультразвуковая диагностика. – М., 2004. – 304 с.
4. Кулавский В.А., Огий Т.И. Физиология и патология сердца у беременных. – Уфа, 2000. – 176 с.
5. Манухин И.Б. Оперированное сердце и беременность // Акушерство и гинекология. – 1997. - №5. – С. 43-50.
6. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: руководство. – М. Мед. лит., 2003. – 480 с.
7. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 528 с.

8. Репина М.А., С.Р. Кузьмина-Крутецкая Приобретенные пороки сердца и беременность (в помощь практическому врачу) // Журн. акушерства и женских болезней. – 2008. – №1. – С. 100-108.
9. Шабала Т.В. Беременность, роды, состояние плода и новорожденного у женщин с нарушением ритма сердечной деятельности: автореф. дис. канд. мед. наук. – Киев, 1990. – С. 3-20.
10. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии беременных. – М.: Триада – Х, 2003. – 816 с.
11. Chow T., Galvin J., McGovern B. Antiarrhythmic drug therapy in pregnancy and lactation // J. Cardiol. – 1998. – Vol. 82. – P. 581-621.
12. Klein V., Repke J.T. Supraventricular tachycardia in pregnancy: cardioversion with verapamil. // Obstet. Gyn. – 1984. – Vol. 63. – P 165-185
13. Maroo A., Raymond R. Pregnancy and Heart Disease. – N.Y. 2004. – 125 p.

