



УДК 616.12-008.313+616.12-008.318:618.2/3

Нарушения ритма сердца и проводимости у беременных. Клиническое наблюдение

М.М. МАНГУШЕВА, Т.В. РУДНЕВА, С.П. ЯКУПОВА, Н.Г. ШАМСУТДИНОВА, Л.С. ШАМЕЕВА

Казанский государственный медицинский университет
Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

Шамсутдинова Наиля Гумеровна

кандидат медицинских наук,

ассистент кафедры госпитальной терапии КГМУ

420049, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, тел. 8-904-763-83-72

e-mail: nailya@e-diva.ru

Нарушения ритма при беременности представляют особую медицинскую проблему, поскольку могут вызвать нарушения жизнедеятельности плода. В статье описываются актуальные вопросы диагностики нарушения ритма сердца при беременности, возможности медикаментозной и немедикаментозной коррекции. Приведена демонстрация клинического наблюдения.

Ключевые слова: нарушения ритма сердца, беременность.

Disturbances of a heart rhythm and conductibility of pregnant. Clinical study

M.M. MANGUSHEVA, T.V. RUDNEVA, S.P. YAKUPOVA, N.G. SHAMSUTDINOVA, L.S. SHAMEEVA

Kazan State Medical University
Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan

Rhythm disturbances during pregnancy are the special medical problem as they may cause fetus life activity disturbances. The article describes the current problems of heart rhythm disturbances of pregnant, possibilities of drug and non-drug correction. Is demonstrated a clinical study.

Key words: heart rhythm disturbances, pregnancy.

Нарушение ритма сердца (НРС) — это изменение основных электрофизиологических свойств сердца (автоматизма, возбудимости, проводимости), ведущее к нарушению координированного сокращения всего сердца или его отделов и проявляющееся изменением частоты, регулярности ритма и проведения возбуждения по проводящей системе сердца. Довольно часто (от 5,1 до 38,7%) у практически здоровых беременных могут возникать разнообразные нарушения ритма. Они представляют собой серьезную медицинскую проблему, что обусловлено рядом причин. Во-первых, сами аритмии способны создавать угрозу здоровью и жизни беременной женщины и плода. Во-вторых, частота аритмий во время беременности увеличивается, что обусловлено значительными физиологическими изменениями в организме матери. Беременность самостоятельно может выступать в качестве проаритмогенного фактора [1].

Механизмы развития нарушений ритма у беременных связаны с функциональными, гормональными и гемодинамическими изменениями, которые происходят во время беременности. У беременных в несколько раз повышается уровень эстрогена и хорионического гонадотропина. Кроме того, высокое содержание катехоламинов в плазме крови и рост чувствительности адренорецеп-

торов приводит к чрезмерной активации симпатической нервной системы. Все эти изменения у беременных создают благоприятные условия для развития аритмий.

Диагностика нарушений ритма сердца и динамическое наблюдение при беременности существенно не отличаются от таковых у небеременных. Беременные с жалобами на сердцебиение, «перебои» в работе сердца, а также здоровые беременные с бессимптомными аритмиями, обнаруженными на электрокардиограмме, должны проходить тщательное обследование, включающее холтеровский суточный мониторинг ЭКГ и при необходимости электрофизиологическое исследование (чреспищеводное с целью диагностики, уточнения механизма тахикардии, возможно и оказания купирующей терапии).

Холтеровский мониторинг желателен проводить в динамике (на 28–30-й неделе, перед родами и через 2 месяца после родов). При выявлении нарушений ритма у здоровых беременных требуется более детальное обследование для исключения прежде всего органической патологии сердца. Нарушения ритма сердца чаще всего сопутствуют порокам сердца, кроме того патологии бронхолегочной системы, дисфункции щитовидной железы, электролитным нарушениям и другим патологическим состояниям.



Безусловно, имеет значение анализ течения предыдущих беременностей. Для диагностики нарушений ритма сердца, а также причин, их вызывающих, в первую половину беременности пациентки должны направляться на обследование в кардиологическое отделение терапевтического стационара, а во вторую половину беременности — в отделение патологии беременных родильных домов. Беременные с имеющимися в анамнезе аритмиями, а также пациентки, у которых нарушения ритма выявлялись в предыдущие беременности, должны находиться под диспансерным наблюдением у терапевтов женских консультаций.

НРС обнаруживаются почти у 20% беременных, причем наиболее часто, по данным различных авторов, выявляются наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭС) (в 28–67% случаев) и желудочковые экстрасистолы (ЖЭС) (в 16–59% случаев). НРС клинически протекают чаще бессимптомно и определяются только при плановой регистрации ЭКГ или холтер-мониторинге ЭКГ [2]. В подавляющем большинстве случаев экстрасистолическое нарушение ритма сердца не является противопоказанием к естественным родам и не требует медикаментозного лечения.

Назначение антиаритмических препаратов, в первую очередь кардиоселективных β -блокаторов, показано при плохой субъективной переносимости экстрасистол и у беременных с экстрасистолией высоких градаций, прогностически неблагоприятных.

Реципрокная суправентрикулярная тахикардия — наиболее частый вид тахикардий, встречающийся у женщин детородного возраста. Данный вид нарушений ритма сердца часто встречается у молодых женщин, носит циклический характер и часто связан с предменструальными изменениями в организме. У данных женщин СВТ, вероятно, обусловлена имеющимся периодом низкого содержания эстрогенов в крови.

Относительно заболеваемости СВТ во время беременности данные противоречивы. По данным литературы, риск первичного возникновения СВТ во время беременности возрастает на 34%, а риск развития рецидивов СВТ — на 29%. С другой стороны, у женщин с дополнительными путями проведения эпизоды тахикардии встречаются значительно чаще, по сравнению с АВ-реципрокной тахикардией [3].

Тактика ведения беременных пациенток с пароксизмом АВ-тахикардии такая же, как и у небеременных пациенток. Первоначально должны быть использованы вагусные пробы. При успешном купировании пароксизма с помощью вагусных проб никакой дополнительной антиаритмической терапии не требуется. В том случае, если тахикардия продолжается, по рекомендациям Американской ассоциации кардиологов, методом выбора является внутривенное введение АТФ. Ретроспективный анализ показал безопасность и эффективность данного препарата во втором и третьем триместре беременности. Эффективность и безопасность АТФ в первом триместре не изучена.

С целью своевременного выявления брадикардии рекомендуется кардиомониторинг плода. Нецелесообразно введение АТФ беременным с синдромом WPW (возможно развитие фибрилляции предсердий с высокой частотой желудочковых возбуждений). В случае неэффективности АТФ может быть использовано внутривенное введение пропранолола и метопролола. Назначения верапамила следует избегать из-за длительного гипотензивного эффекта.

В том случае, если пароксизм не удается купировать медикаментозно, или у пациентки наблюдается гемодинамическая нестабильность, методом выбора является синхронизирующая электроимпульсная терапия. Для

купирования антидромной WPW-тахикардии (с широкими QRS-комплексами) предпочтительнее использовать антиаритмические препараты, способные ухудшать проведение через дополнительные проводящие пути (пропафенон, новокаинамид).

Для лечения эпизодов СВТ во время беременности показано проведение радиочастотной абляции. Радиочастотная абляция также является методом выбора у пациенток с СВТ, устойчивых к медикаментозной терапии. Операцию рекомендуется проводить во втором триместре беременности.

Фибрилляция и трепетание предсердий редко наблюдаются во время беременности при отсутствии органического поражения сердца или каких-либо эндокринных нарушений. Если у женщины развивается фибрилляция или трепетание предсердий во время беременности и у нее не было данных эпизодов в анамнезе, следует исключить у нее возможный врожденный порок сердца, ревматическую болезнь сердца или гипертиреоз.

В настоящее время растет число беременных с врожденными пороками сердца. Следует обратить внимание, что у женщин с врожденными пороками сердца в несколько раз чаще возникают эпизоды ФП. В большинстве случаев пароксизмов ФП в анамнезе у женщин имелись оперативные вмешательства с вовлечением предсердий.

Фибрилляция предсердий часто встречается у пациенток с дефектом межпредсердной перегородки и рубцовыми изменениями предсердий вследствие хирургических вмешательств. Управление эпизодом ФП должно быть направлено на урежение ЧСС β -блокаторами или дигоксином. Во многих случаях восстановление синусового ритма происходит спонтанно. Если спонтанное восстановление ритма не произошло быстро, электрическая кардиоверсия должна быть проведена в течение 48 часов. По истечении данного срока следует решить вопрос о назначении антикоагулянтной терапии.

ЭИТ также показана пациенткам с нестабильной гемодинамикой. Мониторинг плода следует проводить во время и непосредственно после ЭИТ. Антиаритмическая терапия препаратами IA- (дигопирамид), IC- (пропафенон), III- (соталол) классов показана пациенткам с рецидивирующей фибрилляцией и трепетанием предсердий для профилактики рецидивов ФП, а также пациенткам с гемодинамическими нарушениями.

Кроме того, пациенткам с хронической формой ФП с целью профилактики кардиоэмболических осложнений должна назначаться антикоагулянтная терапия. Однако доказан тератогенный эффект варфарина в течение первого триместра беременности. В отличие от варфарина, гепарин не проникает через плаценту и является препаратом выбора у таких пациенток.

При трепетании предсердий медикаментозная терапия менее эффективна, а для восстановления синусового ритма чаще требуется проведение чреспищеводной электрокардиостимуляции (ЧПКЭС) или ЭИТ. При тяжелых, рефрактерных к медикаментозному лечению пароксизмах ФП и ТП возможно применение РЧА, которая наиболее эффективна при типичном трепетании предсердий.

Желудочковая тахикардия (ЖТ) редко встречается при беременности. Наиболее часто это впервые возникшие пароксизмы.

ЖТ из выносящего тракта правого желудочка встречается у пациентов без структурных поражений сердца и носит доброкачественный характер. Большинство эпизодов тахикардии возникают на фоне воздействия стрессовых факторов и хорошо отвечают на терапию β -блокаторами. Возникновение эпизодов ЖТ или групповых желудочковых экстрасистол не зависит от сроков



беременности. Чаще желудочковая тахикардия носит мономорфный характер, и 73% случаев исходят из выносящего тракта.

Число пароксизмов желудочковой тахикардии значительно снижается в послеродовом периоде у большинства женщин. Предполагают, что гемодинамические и нейрогормональные изменения во время беременности играют большую роль в возникновении ЖТ.

Более серьезный прогноз у пациенток, у которых желудочковая тахикардия возникает на фоне органического поражения сердца, синдрома удлинённого QT-интервала, синдрома Бругада.

Купирование гемодинамически нестабильной ЖТ должно включать весь комплекс мероприятий по проведению электрической кардиоверсии. У пациенток с эпизодами ЖТ, не сопровождающейся гемодинамической нестабильностью, можно использовать лидокаин, новокаиномид.

Препаратами выбора для катехоламин чувствительных тахикардий являются β -блокаторы. У пациенток с синдромом удлинённого QT имеется высокий риск возникновения жизнеугрожающего нарушения ритма сердца — пируэт-тахикардии. Как и оговаривалось ранее, таким пациенткам показано назначение β -блокаторов в течение беременности и в послеродовом периоде. В некоторых случаях, особенно в целях профилактики внезапной сердечной смерти, может потребоваться установка кардиовертера-дефибриллятора (ИКВД). ИКВД может быть осуществлена как до беременности, так и на любом сроке беременности с использованием средств максимальной защиты плода [1].

Авторы наблюдали суправентрикулярную тахикардию у беременной женщины на сроке 30 недель.

Пациентка М., 27 лет, доставлена 30.12.2011 г. по линии санавиации в кардиологическое отделение РКБ на сроке беременности 30 недель с жалобами на ощущение учащенного сердцебиения. Данная беременность вторая. Первая беременность и роды протекали без осложнений. Ранее на учете у кардиолога не состояла. По данным предыдущих ЭКГ у пациентки наблюдалась синусовая аритмия, нерезко выраженная тахикардия.

Чувство выраженного сердцебиения появилось за два дня до поступления. На приеме в женской консультации зафиксирована наджелудочковая тахикардия. Инъекцией АТФ ритм не восстановлен. Пациентка госпитализирована в кардиологическое отделение БСМП г. Наб Челнов. Проводилась консервативная терапия: верапамил 80 мг 3 раза в день, поляризующая смесь. На фоне проводимой терапии ритм не восстановлен, в связи с чем пациентка переведена в РКБ.

При поступлении у пациентки на ЭКГ наблюдалась суправентрикулярная тахикардия с частотой сердечных

сокращений 180 уд. в мин. Гемодинамика была стабильная. После осмотра и обследования выставлен диагноз: Нарушение ритма сердца: Пароксизмальная форма левопредсердной тахикардии с ортоградной блокадой с коэффициентом проведения 1:1, 3:1. По данным Эхо-КС органической патологии сердца не выявлено.

30.12.2011, в связи с неэффективностью медикаментозной терапии, проведена операция радиочастотной абляции. После проведенного оперативного лечения восстановился синусовый ритм.

3.01.2012 у пациентки произошел рецидив тахикардии, частота сердечных сокращений в пределах 120—140—180 уд в мин. Далее пациентка находилась под наблюдением в кардиологическом отделении, регулярно осматривалась акушерами-гинекологами. Приступы тахикардии с частотой 180 в минуту сопровождались одышкой, купировались инфузиями калиево-магниевого смеси.

На сроке беременности 37–38 недель пациентка переведена в отделение патологии беременных для родоразрешения путем операции кесарева сечения. На вторые сутки после родоразрешения синусовый ритм восстановился, рецидива пароксизмов тахикардии не наблюдалось.

Нарушения проводимости (замедление или полное прекращение проведения возбуждения из синусового узла по проводящей системе сердца) при беременности обычно не представляют опасности. Даже при полной атриовентрикулярной блокаде, особенно если она обусловлена врожденным или приобретенным в детстве пороком сердца, беременность и роды могут протекать нормально. Противопоказанием к беременности следует считать полную атриовентрикулярную блокаду с частотой сокращений желудочков менее 40 в минуту, а также наличие синдрома Морганьи – Адамса – Стокса.

Особую проблему представляет решение вопроса о возможности беременности и родов у женщин с имплантированным искусственным водителем ритма (ИВР). ИВР с постоянной частотой стимуляции не позволяет сердцу гибко реагировать на меняющиеся во время беременности гемодинамические условия, что в некоторых условиях усложняет положение. Имплантация ИВР с регулируемой частотой стимуляции позволяет сохранить беременность при условии частого контроля за работой ИВР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оганов Р.Г., Мамедов М.Н. Национальные клинические рекомендации по кардиологии. — М., 2009. — 392 с.
2. Аксельрод А.С., Чомахидзе П.Ш., Сыркин А.Л. Холтеровское мониторирование ЭКГ. Возможности, трудности, ошибки / под ред. А.Л. Сыркина. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 192 с.
3. Tak T., Berkseth L., Malzer R.A case of supraventricular tachycardia associated with Wolff-Parkinson-White syndrome and pregnancy. — Wisconsin Medical Journal. — 2012. — Vol. 111, № 5. — P. 228-232.