

К.В. Витко

НЕОБХОДИМОСТЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С АВ-БЛОКАДАМИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Научный руководитель: ассист. Н.В. Ткаченко

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

K. V. Vitko

THE NEED FOR ELECTROCARDIOSTIMULATION IN PREGNANT WOMEN WITH AV-BLOCKADES AS A CLINICAL CASE

Tutor: assistant N. V. Tkachenko

Department of Pathological Physiology

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В связи с распространённостью сердечно-сосудистых заболеваний у беременных женщин среди населения, в настоящее время не теряет актуальности вопрос о необходимости электрокардиостимуляции у беременных с АВ-блокадами, в особенности при подозрении на врожденный характер АВ-блокады.

Ключевые слова: беременность, АВ-блокада, электрокардиостимуляция.

Resume. In connection with the detection of cardiovascular diseases in pregnant women among the population, today the question arises of the need for pacing in pregnant women with AV-blockade, especially if congenital AV-blockade is suspected.

Keywords: pregnancy, AV-blockade, electrocardiostimulation.

Актуальность. Одним из наиболее клинически значимых нарушений ритма сердца среди брадиаритмий является атриовентрикулярная блокада. Распространённость АВ-блокады I степени у молодых лиц составляет 0,65-1,6 %; у лиц старше 60 лет - 5%; АВ-блокада II степени встречается у 0,003% молодых и у 3% пациентов со структурными заболеваниями сердца; АВ-блокада III степени - у 0,04% лиц всех возрастов. Кроме того, у беременных данная патология встречается в анамнезе часто: АВ блокада 1 степени до 0,5% случаев, АВ блокада 2 - 3 степени - до 0,2% [1].

Подход к лечению больных с полными блокадами сердца врождённого характера не является однозначным. Особенные трудности ведения данной категории пациентов представляют именно беременные женщины. Тактика лечения определяется особенностями нарушения ритма, расстройствами гемодинамики, наличием синкопальных состояний, анатомическими особенностями строения камер и клапанов сердца, сроками и особенностями течения беременности [2].

Цель: изучение клинического случая ведения беременности у пациентки с АВ-блокадой III степени.

Задачи:

1. Изучить влияние нарушения ритма сердца у беременных на течение беременности и родов, на состояние плода и новорождённого.
2. Оценить значимость использования электрокардиостимуляции у беременных пациенток с полными АВ-блокадами.

3. Сделать выводы на основе изучения клинического случая беременной пациентки с врождённой полной АВ-блокадой сердца.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГУ «РНПЦ Мать и дитя». Был проведен анализ клинического случая и медицинской документации беременной с угрозой выкидыша, обусловленным диагнозом полной АВ-блокадой сердца.

Результаты и их обсуждение. Нарушения ритма сердца у беременных негативно влияют на течение беременности и родов, на состояние плода и новорождённого. Возникает угроза прерывания беременности, невынашивание, преэклампсия, которая плохо коррегируется лекарственными препаратами. В родах наблюдается несвоевременное отхождение околоплодных вод, слабость родовой деятельности, или её дискоординация. Увеличиваются риски возникновения гипоксии плода, задержки его роста, дети часто рождаются в состоянии асфиксии, гипотрофичными, с разными дезадаптационными синдромами и тяжёлым течением постнатальной адаптацией. Женщины с различными нарушениями ритма требуют постоянного и тщательного наблюдения акушера-гинеколога и кардиолога.

В данном клиническом случае пациентка страдает врожденной полной АВ-блокадой сердца. В 2008 году ей имплантировали электрокардиостимулятор ЭКС SJM Verity VDD 60 в мин. Первая беременность пациентки в 2015 году закончилась выкидышем.

При поступлении пациентки в стационар помимо АВ блокады у женщины имелись следующие сопутствующие заболевания: двухсторонний нефролитиаз, миома матки, эрозия шейки матки, из осложнений основного заболевания - стеноз клапана лёгочной артерии вследствие пролабирования электрода в клапанное кольцо, что стало причиной угрозы выкидыша во время второй беременности, которая была купирована.

Анамнез беременности пациентки:

Госпитализация. Срок беременности 6-7 недель. Диагноз при выписке: угрож. выкидыш, кольпит (санирован). ОЗ Витебск.

Госпитализация. Срок беременности 26 недель. Диагноз при выписке: угрож. выкидыш, стеноз клапана лёгочной артерии вследствие пролабирования электрода в клапанное кольцо, двухсторонний нефролитиаз. ОЗ Витебск.

Госпитализация. Срок беременности 28 недель. Диагноз при выписке: угрож. прежд. роды ИЦН (коррекция акуш. аессарием).. ОЗ Витебск.

Госпитализация. Срок беременности 30 недель. Диагноз при выписке: угрож. прежд. роды ИЦН (акуш. пессарий).. ОЗ РНПЦ «Мать и дитя».

В 31-32 НБ дневной стационар по поводу ХФПН.

Госпитализация. Срок беременности 35 недель. Диагноз при выписке: кольпит (санирован), акуш. пессарий удалён. ОЗ РНПЦ «Мать и дитя».

Госпитализация. Срок беременности 35 недель. Диагноз при выписке: протеинурия, вызванная беременностью. Белок в ОАМ – 0,091г/л. ОЗ Витебск.

Беременность 36-37 недель. Врождённая полная АВ-блокада. Имплантация ЭКС SJM Verity VDD 60 в мин 25.04.2008. Стеноз клапана лёгочной артерии

незначительной степени вследствие пролабирования электрода в клапанное кольцо. МАС: ДХЛЖ. Н 1. NYNA 2 ФК. Гестоз лёгкой степени. ОГА. Миома матки небольших размеров. МКБ. Двухсторонний нефролитиаз.

Благодаря медицинской профилактике из осложнений беременности развился только гестоз легкой степени и кольпит. Пациентка выносила беременность до срока доношенной. Для решения вопроса о методе родоразрешения был проведен консилиум в составе кардиолога, акушера-гинеколога и хирурга-аритмолога. С учетом клиники, анамнеза, а также потенциально возможных тяжелых осложнений при проведении каких-либо вмешательств было решено вести роды через естественные родовые пути под контролем за гемодинамическими показателями женщины и КТГ плода. При присоединении осложнений, не поддающихся медикаментозной коррекции и/или усугублении явлений гестоза, план ведения родов пересмотреть в пользу операции кесарево сечение. Благодаря имплантации электрокардиостимулятора и своевременно оказанной медицинской помощи пациентке удалось успешно родить.

У больных с врожденной полной АВ-блокадой, которым не был имплантирован постоянный водитель ритма, имелся худший прогноз по данному заболеванию. В дальнейшем у данных пациентов развивались такие осложнения, как митральная и трикуспидальная регургитация, наджелудочковые нарушения ритма, тромбоэмболии, хроническая сердечная недостаточность и внезапная сердечная смерть.

Рекомендации Европейского общества кардиологов допускают применение временной электрокардиостимуляции уже беременным женщинам с полной АВ-блокадой (в случае позднего выявления диагноза уже во время беременности), проявляющейся брадикардией и обмороками. Возможный риск от выполнения постоянной электрокардиостимуляции у беременных не является высоким, а имплантация возможна уже после 8 недели гестации[3]. Родоразрешение беременных с АВ-блокадами осуществимо естественным путем, вид родоразрешения определяется по акушерским показаниям и врачебным консилиумом, как было показано в клиническом случае, использованном в работе.

Выводы:

1. Нарушения ритма сердца, нередко сопровождающие беременность, требуют своевременной диагностики и устранения провоцирующих их факторов: налаживание питания, нормализация режима сна и бодрствования, коррекция психоэмоционального статуса.

2. В связи с негативным влиянием АВ-блокад на плод, беременные женщины должны быть включены в группу высокого риска и требуют постоянного и тщательного наблюдения акушера-гинеколога и кардиолога.

3. У беременных с нарушениями АВ-проводимости II–III степени необходимо выполнение временной или постоянной эндокардиальной стимуляции сердца, что позволяет женщине родить ребёнка без осложнений.

4. Стоит отметить долгосрочность работы электрокардиостимулятора у пациентки, клинический случай которой описан в данной работе, позволившего

родить пациентке с таким диагнозом, как полная АВ-блокада. А также профессионализм отечественных акушеров и хирургов, которые смогли провести роды так, чтобы избежать остановку сердца во время родоразрешения.

Литература

1. Ермакова Е.А., Матюшин Г.В. и др. Частота нарушений ритма и проводимости у женщин в третьем триместре беременности // Сибирское медицинское обозрение. 2013. №1. С. 49–52.
2. Т Пархоменко А.Н. Современные представления о лечении аритмий сердца у беременных // Украинский кардиологический журнал. 1997. № 4. С. 84–87.екст, текст,
3. Абдрахманова А.И., Маянская С.Д., Сердюк И.Л. Нарушение сердечного ритма у беременных // Практическая медицина. 2012. № 9 (65). С. 45–51.