

К.В. Витко

**ПОЛНАЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА ВО ВРЕМЯ
БЕРЕМЕННОСТИ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Научный руководитель: ст. преп. С.Н. Чепелев

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

K.V. Vitko

**COMPLETE ATRIOVENTRICULAR BLOCK
DURING PREGNANCY: CLINICAL CASE DESCRIPTION**

Tutor: senior lecturer S.N. Chepelev

Department of Pathological Physiology

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Целью исследования явился анализ редкого клинического случая ведения беременности у пациентки с атриовентрикулярной блокадой III степени. Благодаря имплантации электрокардиостимулятора и своевременно оказанной специализированной медицинской помощи пациентке с атриовентрикулярной блокадой III степени удалось успешно родить ребенка естественным родоразрешением.

Ключевые слова: беременность, АВ-блокада, электрокардиостимуляция, роды, осложнения.

Resume. The purpose of the study was to analyze a rare clinical case of pregnancy management in a patient with third degree atrioventricular block. Thanks to the implantation of a pacemaker and timely specialized medical care, the patient with third degree atrioventricular block was able to successfully give birth to a child by natural delivery.

Keywords: pregnancy, AV-blockage, pacing, childbirth, complications.

Актуальность. Брадикардия во время беременности из-за полной атриовентрикулярной блокады является редким, но серьезным явлением [1, 2]. В большинстве случаев заболевание может протекать бессимптомно, но симптоматические случаи требуют срочного и окончательного лечения [3]. Полная атриовентрикулярная блокада может быть как результат врожденной или приобретенной патологии [5]. Недостаточная осведомленность часто приводит к задержке постановки диагноза, а некоторые пациентки обращаются поздно во время родов [5]. Необходимым терапевтическим мероприятием в таких ситуациях является имплантация кардиостимулятора, однако раньше существовали разногласия относительно необходимости данной процедуры [4].

На данный момент в мире отсутствует единый подход к лечению пациентов с полными блокадами сердца врожденного характера [6]. Особую трудность представляют беременные женщины с данной патологией, в связи со значительным риском для плода и возможным прерыванием беременности [7, 8]. Тактика лечения определяется особенностями нарушения ритма, расстройствами гемодинамики, наличием синкопальных состояний, анатомическими особенностями строения камер и клапанов сердца, сроками и особенностями течения беременности [9, 10]. Однако каждый случай требует индивидуального подхода и назначения оптимального лечения.

Современная научная литература содержит единичные случаи по вопросу ведения беременных женщин с полной атриовентрикулярной блокадой сердца. Поэтому представляет особый научный и практический интерес разбор редкого клинического случая ведения беременности у пациентки с полной атриовентрикулярной блокадой (III степени).

Цель: анализ клинического случая ведения беременности у пациентки с атриовентрикулярной 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 редкого клинического случая пациентки с полной атриовентрикулярной блокадой (III степени) проводилось на базе ГУ «РНПЦ Мать и дитя». Был проведен анализ медицинской документации беременной с угрозой выкидыша, обусловленным диагнозом полной атриовентрикулярной блокады 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: угроза выкидыша, кольпит (санирован) – на базе организации здравоохранения в г. Витебск;
- госпитализация; срок беременности 26 недель; диагноз при выписке: угроза выкидыша, стеноз клапана лёгочной артерии вследствие пролабирования электрода в

клапанное кольцо, двухсторонний нефролитиаз – на базе организации здравоохранения в г. Витебск;

– госпитализация; срок беременности 28 недель; диагноз при выписке: угроза преждевременных родов, истмико-цервикальная недостаточность (коррекция акушерским пессарием) – на базе организации здравоохранения в г. Витебск;

– госпитализация; срок беременности 30 недель; диагноз при выписке: угроза преждевременных родов, истмико-цервикальная недостаточность (коррекция акушерским пессарием) – на базе ГУ «РНПЦ Мать и дитя»;

– в 31-32 недель беременности дневной стационар по поводу хронической фетоплацентарной недостаточности;

– госпитализация; срок беременности 35 недель; диагноз при выписке: кольпит (санирован), акушерский пессарий удалён – на базе ГУ «РНПЦ Мать и дитя»;

– госпитализация; срок беременности 35 недель; диагноз при выписке: протеинурия, вызванная беременностью (белок в общем анализе мочи – 0,091г/л) – на базе организации здравоохранения в г. Витебск;

– беременность 36-37 недель; врождённая полная АВ-блокада; имплантация электрокардиостимулятора SJM Verity VDD 60 в мин 25.04.2008; стеноз клапана лёгочной артерии незначительной степени вследствие пролабирования электрода в клапанное кольцо; малые аномалии развития сердца: добавочная хорда левого желудочка; Н 1; NYNA 2 ФК; гестоз лёгкой степени; отягощенный гинекологический анамнез; миома матки небольших размеров; мочекаменная болезнь; 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 кардиотокографии 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 пациентов 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. 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. Абдрахманова, А. И. Нарушение сердечного ритма у беременных / А. И. Абдрахманова, С. Д. Маянская, И. Л. Сердюк // Практическая медицина. – 2012. – Т. 65, № 9. – С. 45–51.
2. Частота нарушений ритма и проводимости у женщин в третьем триместре беременности / Е. А. Ермакова, Г. В. Матюшин, Н. Г. Гоголашвили [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 1. – С. 49–52.
3. Sundararaman, L. Complete heart block in pregnancy: case report, analysis, and review of anesthetic management / L. Sundararaman, J. H. Cohn, J. S. Ranasinghe // J. Clin. Anesth. – 2016. – Vol. 33. – P. 58–61.
4. Maternal complete heart block in pregnancy: analysis of four cases and review of management / V. Suri, A. Keepanasseril, N. Aggarwal [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2009. – Vol. 35, № 3. – P. 434–437.
5. Predicting postpartum cardiac events in pregnant women with complete atrioventricular block / A. Nakashima, T. Miyoshi, C. Aoki-Kamiya [et al.] // J Cardiol. – 2019. – Vol. 74, № 4. – P. 347–352.
6. Total atrioventricular block in pregnancy -Case report. / S. Irianti, K. D. Tjandraprawira, H. Sumawan [et al.] // Ann Med Surg (Lond). – 2022. – Vol. 75. – Art. ID 103441. – P. 1–4.
7. Atrioventricular block during pregnancy: report of a case and review of literature / A. Brahim, R. Briki, I. Bouhlel [et al.] // Tunis Med. – 2019. – Vol. 97, № 3. – P. 508–511.
8. Dhiman, N. Management of complete heart block during pregnancy / N. Dhiman, N. Sarda, R. Arora // J. Obstet. Gynaecol. Res. – 2013. – Vol. 39, № 2. – P. 588–591.
9. Joshi, A. A case report of high-degree AV block in pregnancy / A. Joshi, S. K. Pillai, U. Vishwanath // J Family Med Prim Care. – 2022. – Vol. 11, № 12. – P. 7934–7936.
10. Is intrapartum temporary pacing required for women with complete atrioventricular block? An analysis of seven cases / N. Hidaka, Y. Chiba, T. Kurita [et al.] // BJOG. – 2006. – Vol. 113, № 5. – P. 605–607.