

# РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОК С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

ГОО ВПО ДонНМУ им. Горького

доцент кафедры внутренних болезней №3  
Чепурная Илона Александровна

доцент кафедры внутренних болезней №3  
Лаптева Наталья Александровна

# ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ 2018. НАЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

## Рекомендации по лечению НЖТ во время беременности (адаптировано из EOK Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy, 2011)

Лечение	Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательности
Купирование	ЭИТ при НЖТ с гемодинамической нестабильностью	I	C
	Вагусные пробы, а при их неэффективности — в/в аденозин <sup>§</sup>	I	C
	В/в метопролол или пропранолол	IIa	C
	В/в верапамил	IIb	C
Профилактическая терапия	Перорально дигоксин <sup>§</sup> или метопролол*/пропранолол*	I	C
	Перорально соталол*, флекаинид*	IIa	C
	Перорально пропafenон*, новокаиамид <sup>§</sup> при неэффективности других препаратов	IIb	C
	Перорально верапамил <sup>§</sup>	IIb	C
	Атенолол не должен использоваться для лечения наджелудочковых аритмий	III	C

**Примечание:** <sup>§</sup> — не должны применяться у больных с синдромом Wolf-Parkinson-White (WPW), \* — β-блокаторы, если возможно, не назначать в I триместре, \* — необходимо комбинировать с препаратами, ухудшающими проводимость в АВ-узле при предсердных тахикардиях, <sup>§</sup> — длительный прием приводит к развитию волчаночноподобного синдрома.

**Сокращения:** в/в — внутривенно, НЖТ — наджелудочковая тахикардия, ЭИТ — электроимпульсная терапия.

## Рекомендации по лечению ЖТ во время беременности (Адаптировано из EOK Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy, 2011)

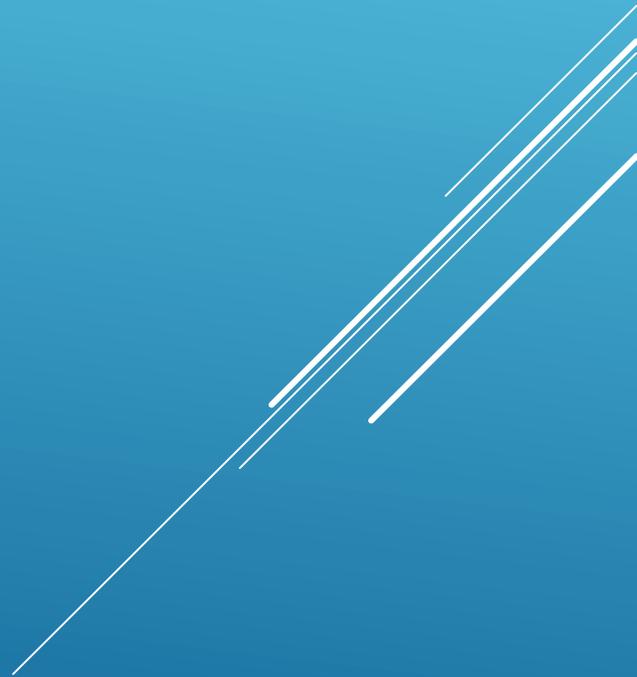
Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательности
При наличии клинических показаний имплантация КД рекомендуется до беременности, но также может быть выполнена во время беременности.	I	C
У больных с врожденным синдромом удлиненного интервала QT прием β-АБ рекомендуется в течение всей беременности и должен продолжаться после родов.	I	C
Для профилактики пароксизмов устойчивой идиопатической ЖТ рекомендуется пероральный прием метопролола <sup>а</sup> , пропранолола <sup>а</sup> или верапамила.	I	C
Немедленная электрическая кардиоверсия рекомендуется при устойчивой нестабильной и даже стабильной ЖТ.	I	C
Устойчивую гемодинамически стабильную ЖТ можно купировать в/в введением соталола <sup>б</sup> или новокаиамида.	IIa	C
Имплантацию постоянного ЭКС и ИКД при беременности, продолжительность которой должна быть более 8 нед., рекомендуется проводить под контролем ЭхоКГ.	IIa	C
В/в введение амиодарона <sup>б</sup> может быть использовано для купирования мономорфной устойчивой, гемодинамически нестабильной ЖТ, когда ЭИТ или другие антиаритмики неэффективны.	IIa	C
В случае неэффективности других антиаритмиков, для профилактики идиопатической устойчивой ЖТ рекомендуются пропafenон, флекаинид, соталол <sup>б</sup> .	IIa	C
Катетерная абляция может быть обсуждена как способ лечения плохо переносимой и рефрактерной к фармакотерапии ЖТ.	IIb	C

**Примечание:** <sup>а</sup> — β-АБ, если возможно, не назначать в первом триместре, <sup>б</sup> — антиаритмики III класса не должны использоваться при удлинении интервала QT.

**Сокращения:** ИКД — имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор, ЖТ — желудочковая тахикардия, КД — кардиовертер-дефибриллятор, ЭИТ — электроимпульсная терапия, ЭКС — электрокардиостимулятор, ЭхоКГ — эхокардиография.

# НО!

В рекомендациях РФ, Европейской ассоциации кардиологов, Американских рекомендациях по ведению беременных пациенток с нарушениями ритма отсутствуют глобальные протоколы по интранатальному ведению данных пациенток, и только при тяжелых нарушениях ритма, угрожающих жизни матери и плода, рекомендовано родоразрешение с исключением потужного периода.



# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №1

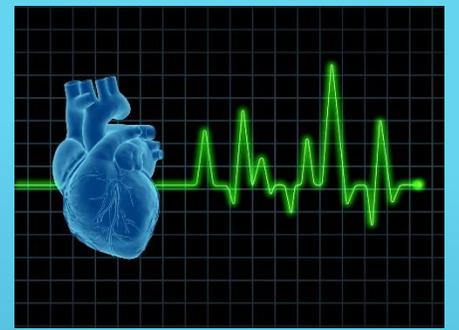
- Пациентка Е. 31 г., вторая беременность, вторые роды.
- первая беременность, роды в 22 летнем возрасте, роды естественные.
- В возрасте 24 лет перенесен миокардит с развитием преходящей АВ-блокады 2 степени Мобитц 2, АВ-блокады 3 степени с синкопальными состояниями
- По поводу чего пациентке имплантирован электрокардиостимулятор в режиме DDDR-60. Регулярно наблюдалась у кардиохирурга. Последний осмотр в декабре 2019 г. с определением расчетного срока службы ЭКС до 3-х лет.
- Далее из анамнеза: в феврале 2020 г. пациентка становится на учет у гинеколога по поводу беременности, которая протекает без особенностей.
- В сроке 39-40 недель беременности стали беспокоить эпизоды головокружения. Госпитализирована в отделение патологии беременности с признаками фетоплацентарной недостаточности и угрозой прерывания беременности.



- на консультацию вызван кардиохирург и кардиолог ФГБУ ИНВХ им. В.К. Гусака
- при контроле работы ЭКС: истощение работы ЭКС, импеданс батареи 13кОм, заряд батареи 2,75 В, магнитный тест 80
- принято решение об ургентном родоразрешении с исключением потужного периода
- со стороны кардиолога и кардиохирурга осуществлялось динамическое наблюдение (при необходимости готовность налаживания временной электрокардиостимуляции).
- после родоразрешения больная переведена
- в отделение кардиохирургии,
- где выполнена замена ЭКС-системы



# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ №2



- Беременная Ф. 18 лет, вторая беременность, первые роды
- Из анамнеза: наблюдается по поводу синдрома WPW
- с 13 летнего возраста.
- До беременности эпизоды тахикардии носили редкий характер (1 раз в 2 года) .
- Во время беременности особенно в первом триместре пароксизмы тахикардии еженедельно (купировались вагусными пробами).
- Второй триместр: количество эпизодов тахикардии уменьшилось, однако кардиологом по м/ж назначена антиаритмическая терапия (бисопролол, а для купирования приступов применяли амиодарон)

- Консультирована аритмологом ФГБУ ИНВХ им. В.К. Гусака, рекомендована радиочастотная абляция дополнительного пути проведения в адекватные сроки гестации, от чего пациентка категорически отказалась!
- Более того она продолжила “профилактический” прием
- В-адреноблокаторов.
- На повторную консультацию не явилась.
- В срок 38-недель: направлена акушером-гинекологом на консультацию к аритмологу для решения вопроса о способе родоразрешения.
- Рекомендация аритмологов: родоразрешение с исключением потужного периода с последующим оперативным лечением.





## **Выводы:**

использовать в лечении клинические рекомендации РФ по ведению беременных

учитывать, что каждый случай индивидуален

включение в состав родовспомогательной бригады узких специалистов, выполнение высокоспециализированной помощи и ургентного кардиохирургического пособия

увеличение количества консультативных посещений пациенток с нарушениями ритма и динамичное наблюдение пациенток у семейного врача и узких специалистов (кардиохирурга и кардиолога).

# СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

