

Клиническое наблюдение случая абдоминального родоразрешения беременной с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта

Н.А.Замятина, Л.В.Пасечник
Воронежская областная клиническая больница №1

Синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта представляет собой аномалию строения сердца, при которой имеется дополнительный проводящий путь, нарушающий сердечный ритм. Физиологические изменения, происходящие во время беременности, увеличивают риск возникновения тахикардий и требуют повышенного внимания ввиду возможных осложнений для матери и плода. В статье представлено клиническое наблюдение случая успешного родоразрешения пациентки в возрасте 36 лет с синдромом Вольфа–Паркинсона–Уайта, которой было проведено экстренное кесарево сечение в условиях спинномозговой анестезии в сроке 36 нед, родился живой доношенный мальчик, 7–8 баллов по шкале Апгар. На 7-е сутки пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Ключевые слова: беременность, абдоминальные роды, анестезия, синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта (WPW).

Clinical Observation of the Case of Abdominal Delivery of a Pregnant Woman with Wolf–Parkinson–White Syndrome

N.A.Zamyatina, L.V.Pasechnik
Voronezh Regional Clinical Hospital №1,
Voronezh

Wolff–Parkinson–White (WPW) syndrome is an abnormality in the structure of the heart, expressed by an additional pathway that disrupts the heart rhythm. Physiological changes triggered by pregnancy increase the risk of tachyarrhythmias and, therefore, require increased attention due to possible complications for mother and fetus. The article describes a clinical case of successful delivery in a 36-year-old patient with WPW syndrome, who underwent an emergency cesarean section under spinal anesthesia at 36 weeks. As a result, a full-term boy was delivered, with an Apgar value of 7–8. The patient was discharged home in a satisfactory condition on the seventh day.

Keywords: pregnancy, abdominal birth, anesthesia, Wolff–Parkinson–White (WPW) syndrome.

Актуальность. Синдром Вольфа–Паркинсона–Уайта (WPW) – сердечное заболевание, при котором между предсердиями и желудочками существует дополнительный путь возбуждения. Впервые был описан в 1930 г. учеными L.Wolff, J.Parkinson, P.D.White. Частота встречаемости в популяции по данным ряда авторов составляет 0,1–0,3% [1]. Мужчины страдают чаще женщин. Основные клинические проявления данного синдрома объединяют в себе тахикардии и электрокардиографические признаки. Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия является наиболее распространенной аритмией, наблюдаемой во время беременности, и связана с синдромом WPW. Гемодинамические, гормональные, вегетативные и эмоциональные изменения, происходящие во время беременности, могут способствовать возникновению тахикардий у ранее бессимптомных рожениц с синдромом [2].

Основные гемодинамические изменения при беременности обусловлены увеличением ударного объема (УО) в среднем до 45% от величины УО до беременности. Пик роста приходится на 26–32-ю неделю беременности. Объем циркулирующей крови также возрастает, начиная с первого триместра, достигая максимума к 36-й неделе. Гормональные изменения обусловлены повышением в несколько раз уровня эстрогена и хорионического гонадотропина, увеличение чувствительности адренорецепторов и повышение катехоламинов в плазме крови способствуют активации симпатической нервной системы. Основными жалобами являются перебои в работе сердца, ощущение тяжести в груди, тревога. Если пароксизм аритмии протекает без осложнений, лечение назначают с вагусных проб приемов (проба Вальсальвы, массаж каротидного синуса). Если вагусные приемы неэффективны – внутривенное введение антиаритмиков: аденозинтрифосфат (АТФ) 10 мг или аденозин 6 мг внутривенно быстро. При отсутствии эффекта можно повторно ввести через 2 мин АТФ 20 мг или аденозин 12 мг. Верапамил – внутривенно в дозе 5–10 мг в течение >2 мин под контролем артериального давления (АД).

Применение антиаритмических препаратов показано в редких случаях при плохой субъективной переносимости экстрасистолии. Основные препараты, используемые при лечении, такие как амиодарон и кардиоселективные бета-блокаторы, при беременности следует назначать с осторожностью, так как их применение связано с фетальной задержкой роста [3]. Они легко проникают через плаценту, вызывая брадикардию, гипогликемию, особенно при назначении в первые 24 нед беременности. Применение амиодарона оказывает нежелательные побочные эффекты на плод и допустимо только по жизненным показаниям. По данным ряда авторов, для купирования аритмии до и во время родов у женщин с синдромом WPW эффективно применение аденозина [4]. Проведение анестезиологического пособия является сложной задачей, поскольку опасные для жизни осложнения, такие как пароксизмальная наджелудочковая тахикардия и фибрилляция предсердий, могут возникать интра-, пери- и послеоперационно. Поэтому необходимо избегать возникновения тахикардий и симпатической стимуляции [5]. Спинномозговая анестезия в сравнении с общей анестезией более безопасна у пациентов с синдромом WPW [6].

Цель исследования – рассмотреть особенности течения беременности и родоразрешения пациентки с синдромом WPW.

Рис. 1, ч. 1

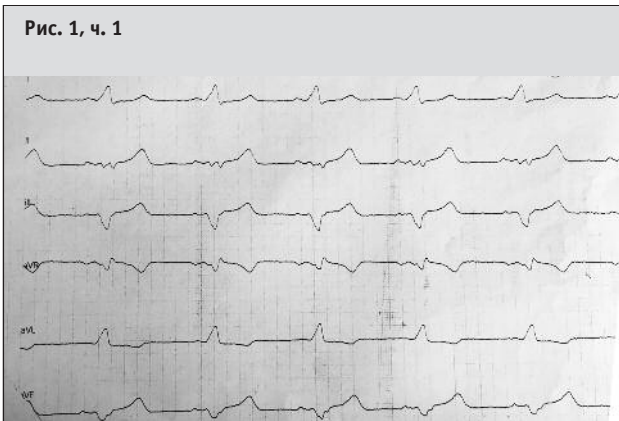
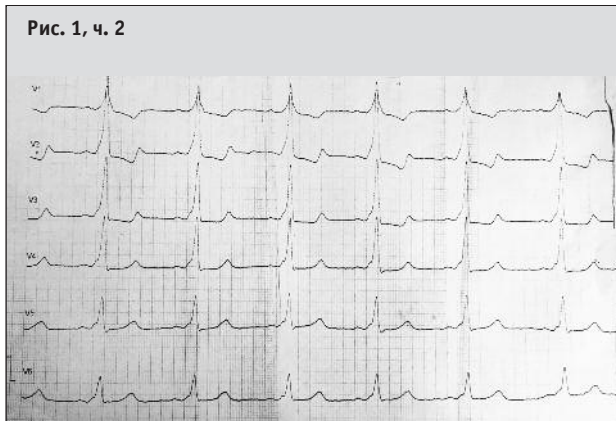


Рис. 1, ч. 2



Материалы и методы

В работе использованы данные клинико-лабораторного и объективного обследования пациентки 1978 года рождения, находившейся на лечении в БУЗ ВО ВОКБ №1.

Результаты и обсуждение

В перинатальный центр г. Воронежа 6.11 поступила пациентка 1978 года рождения с диагнозом: беременность 35–36 нед, рубец на матке, хроническая артериальная гипертензия, WPW-синдром. Из анамнеза: считает себя больной с 17 нед беременности, когда стали беспокоить приступы сердцебиения. Обследована, поставлен диагноз: манифестирующий синдром WPW с приступами пароксизмальной ортодромной тахикардии. Назначено лечение: Tab. Metoprololi 12,5 два раза в сутки. Последний приступ в 18 нед, купирован вагусными препаратами. Составлен план ведения родов: кесарево сечение, учитывая рубец на матке. Проведены клинико-лабораторное и объективное обследование пациентки, суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ) непрерывным способом на фоне небольшой физической нагрузки. По лабораторным данным: в общем анализе крови гемоглобин 111 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^9$ /л, в коагулограмме – без патологии: фибриноген (4,8 г/л), растворимые фибрин-мономерные комплексы (22 г/л), активированное частичное тромбопластиновое время – 33,8 с. Заключение суточного мониторирования ЭКГ: ритм синусовый – укорочение интервала PQ по типу WPW. Аритмический синдром выражен умеренно за счет политопной желудочковой экстрасистолии. Ишемических изменений нет.

Осмотрена кардиологом, даны рекомендации: прием Tab. Doregiti 0,25 три раза в сутки, Tab. Metoprololi 12,5 два раза в сутки.

14.11 в 10 ч 30 мин появились жалобы на головокружение, чувство жара, приступы сердцебиения, резвившиеся в течение 20 мин. ЭКГ – суправентрикулярная тахикардия с частотой сердечных сокращений (ЧСС) 140–150 уд/мин. АД 160/100 мм рт. ст.

Принято решение о досрочном родоразрешении путем экстренного кесарева сечения. Доставлена в операционную в 11 ч 20 мин. АД 140/80 мм рт. ст.

ЧСС – 193 уд/мин. В условиях развернутой операционной в 11 ч 34 мин под контролем ЭКГ внутривенно введено Sol. Natrii adenosinotriphosphatis 1% 1 мл. ЧСС 120 уд/мин. Методом выбора явилась спинно-мозговая анестезия, учитывая анамнез и клинико-лабораторные данные.

Далее проведено анестезиологическое пособие. В асептических условиях на уровне L₃–L₄ иглой pencaп 25G произведена пункция твердой мозговой оболочки, получен прозрачный ликвор. Интратекально введено Sol. Naropini 0,5% 2,8 мл. Через 5 мин развился

сенсорный блок с уровня Th6. Показатели гемодинамики стабильные. АД на цифрах 120/90–110/70 мм рт. ст. PS 120–82 уд/мин. На 5-й минуте после начала операции извлечен без технических трудностей живой доношенный мальчик массой 3110 г без видимых травм и уродств с оценкой по шкале Апгар 7 и 8 баллов на 1 и 5-й минутах. Сатурация артериальной крови кислородом находилась в пределах 94–96%. Вазопрессоры не вводились. Во время операции внутривенно введены цефтриаксон 2 г, окситоцин 5 единиц. Общий объем инфузионной терапии составил 500 мл. Длительность операции составила 27 мин с общей кровопотерей 600 мл, диурез 50 мл. Для дальнейшего наблюдения и лечения больная переведена в палату интенсивной терапии в состоянии средней степени тяжести. В 1-е сутки в палате интенсивной терапии пациентка получала антибактериальную, гипотензивную, обезболивающую терапию, проводились контроль лабораторных показателей, ЭКГ (рис. 1). Гемоглобин 91 г/л, эритроциты $3,78 \times 10^9$ /л.

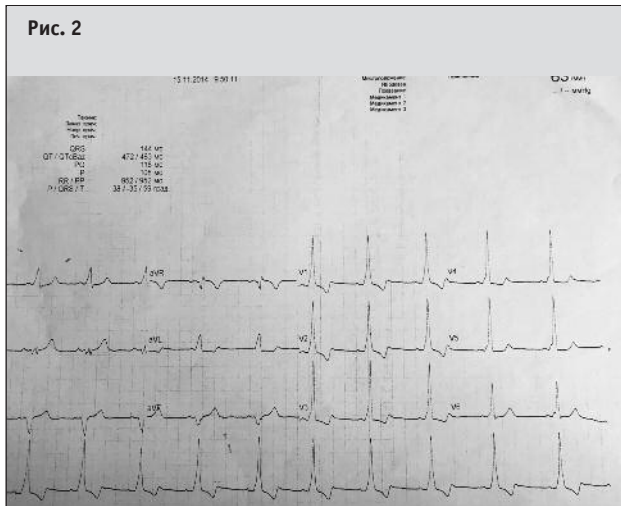
На 2-е сутки контроль лабораторных показателей (гемоглобин 10^4 г/л, эритроциты $3,86 \times 10^9$ /л), ЭКГ (рис. 2).

На 2-е сутки пациентка переведена в послеродовое отделение. Выписана домой на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии. Ребенок переведен в Областную детскую клиническую больницу. Проведено обследование: общий анализ крови в пределах возрастной нормы, общий анализ мочи в норме. Биохимический анализ крови: уровень билирубина на 10-е сутки 167 мкмоль/л уровень (уровень свободного билирубина 155 мкмоль/л), уровень билирубина на 12-е сутки 87 мкмоль/л уровень (уровень свободного билирубина 76 мкмоль/л). Рентгенография органов грудной клетки без патологических изменений. Осмотрен окулистом (данных за патологию нет), неврологом (церебральная ишемия 2 ст., синдром угнетения центральной нервной системы). Сделана ЭКГ (ритм синусовый, электрическая ось сердца отклонена вправо). Допплер-эхокардиография: открытое овальное окно с малым сбросом, параметры и сократимость в норме. Проведено лечение: инфузионная терапия, антибиотикотерапия (Амписид, цефотаксим), нейрометаболическая терапия (пираретам), антиоксидантная и антигипоксикантная терапия (Актовегин), метаболическая терапия (Элькар), общий массаж, электрофорез. В возрасте 21 сут с положительной динамикой, с массой 3254 г, с рекомендациями выписан домой.

Обсуждение

Современное ведение и лечение беременных с синдромом WPW согласно клиническим рекомендациям кардиологов должно быть направлено на диагностику и лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы, патологии щитовидной железы. Важной за-

Рис. 2



дачей является устранение факторов, способствующих развитию аритмий сердца: курение, кофеин, алкоголь. Лечение проводится строго по клиническим показаниям при наличии гемодинамически значимых или жизнеопасных аритмий, так как не существует абсолютно безопасных для плода антиаритмиков. Во время родоразрешения путем кесарева сечения применение спинномозговой анестезии у пациенток с синдро-

мом WPW более безопасно ввиду поддержания стабильной гемодинамики и отсутствия симпатической стимуляции [6] как основного триггера аритмии.

Литература

1. Viskin S., Beihassen B. Idiopathic ventricular fibrillation. *Am Heart J* 1990; 120 (2): 661–671.
2. Palaria U., Rasheed M.A., Jain G., Sinha A.K. Anesthetic management of Wolff-Parkinson-White syndrome in a pregnant patient posted for emergency caesarean section. *Anesth Essays Res* 2013; 7 (3): 408–10. DOI: 10.4103/0259-1162.123276
3. Hebbar A.K., Hueston W.J. Management of common arrhythmias: Part II. Ventricular arrhythmias and arrhythmias in special populations. *Am Fam Physician* 2002; 65 (12): 2491–2496.
4. Afridi I., Moise K.J.Jr, Rokey R. Termination of supraventricular tachycardia with intravenous adenosine in a pregnant woman with Wolff-Parkinson-White syndrome. *Obstet Gynecol* 1992 Sep; 80 (3 Pt 2): 481–483.
5. Şahin S.H., Eztekin İ., Kuzucuoğlu A., Aslanoğlu A. Sugammadex Use in a Patient with Wolff-Parkinson-White (WPW) Syndrome. *Balkan Med J* 2015; 32 (3): 327–9. DOI: 10.5152/balkanmedj.2014.15155. Epub 2015 Jul 1.
6. Deviseti P., Pujari V.S. Spinal Anaesthesia is Safe in a Patient with Wolff-Parkinson-White Syndrome Undergoing Evacuation of Molar Pregnancy. *J Clin Diagn Res* 2016; 10 (2): UD01-2. DOI: 10.7860/JCDR/2016/15751.7182. Epub 2016 Feb 1.

Сведения об авторах:

Замятина Наталья Алексеевна – врач анестезиолог-реаниматолог, Воронежская областная клиническая больница

Пасечник Леонид Владимирович – врач анестезиолог-реаниматолог, Воронежская областная клиническая больница