АРИТМИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**Омонова Малика Нурали Кизи***Ординатор**Дктф акушерство и гинекология***Ильясова Нигора***Ординатор**Дктф акушерство и гинекология*

Аннотация. В статье рассмотрено влияние беременности на частоту и характер сердечных аритмий, а также современные подходы их диагностики и лечения, основанные на актуальной зарубежной и отечественной литературе. Особое внимание уделено применению β -адреноблокаторов у беременных с желудочковыми аритмиями на основе данных Володичевой и соавт. (2023). Представлен анализ фетальных аритмий на примере исследования Яннаевой и Бокерии (2023).

Ключевые слова: аритмия, беременность, β -адреноблокаторы, фетальные аритмии, диагностика.

Беременность сопровождается существенными физиологическими изменениями сердечно-сосудистой системы — увеличением объёма циркулирующей крови, частоты сердечных сокращений и уровня симпатикотонической активности. Это, в свою очередь, повышает риск возникновения аритмий, даже у женщин без ранее выявленных патологий (Tamirisa et al., 2024; Davis, 2022). Кроме того, у пациенток с историей аритмий вероятность рецидива значительно возрастает (Tamirisa et al., 2022).

Наиболее часто во время беременности регистрируются наджелудочковые экстрасистолы и пароксизмальные наджелудочковые тахикардии. Эти состояния обычно не требуют специфической терапии и купируются модификацией образа жизни и устранением провоцирующих факторов, таких как кофеин, стрессы, электролитные нарушения (Gowda et al., 2003). В тех случаях, когда симптомы выражены, применяют β -адреноблокаторы (метопролол, пропранолол), дигоксин или блокаторы кальциевых каналов (Tamirisa et al., 2024; Davis, 2022). Амниодарон при беременности используется только в жизнеугрожающих ситуациях из-за потенциального риска для плода (Gowda et al., 2003).

Дополнительно следует подчеркнуть значимость индивидуального подхода при ведении беременных с аритмиями. Как отмечают узбекские исследователи Худоярова, Кобилова и Зубайдуллаева (2024), в условиях роста сердечно-сосудистых осложнений в Центральной Азии важно учитывать этнические и региональные особенности течения беременности и взаимодействия лекарственных средств. Их наблюдения показывают, что даже незначительные отклонения в водно-электролитном балансе у беременных женщин в сочетании с высоким уровнем стресса могут провоцировать эпизоды тахикардии, требующие корректировки терапии под местные стандарты. Это особенно актуально в условиях ограниченного доступа к высокотехнологичной диагностике в некоторых регионах Узбекистана.

По данным исследования российского коллектива Володичевой и соавторов (2023), β -адреноблокаторы при желудочковых аритмиях с высокой градацией у беременных без структурных изменений сердца показали высокую эффективность в 96 % наблюдений. При этом авторы подчёркивают значимость проб с короткодействующим β -блокатором для прогнозирования терапевтического эффекта (Володичева и др., 2023).

Фетальные аритмии, как показано Яннаевой и Бокерией (2023), могут быть значимыми и требовать медикаментозной терапии для предотвращения риска сердечной недостаточности плода. Диагностическое значение имеют фетометрия и УЗИ-исследования, позволяющие определить характер и тяжесть аритмии, что важно для планирования лечения (Яннаева и Бокерия, 2023).

Особенности диагностики у беременных заключаются в ограничениях применения электрофизиологических методов. В первую очередь предпочитают ЭКГ, холтеровское мониторирование и эхокардиографию; при необходимости катетерная абляция проводится с минимальным использованием флюороскопии или после первого триместра (Tamirisa et al., 2024).

Ключевыми клиническими рекомендациями являются: осторожное и последовательное применение β -адреноблокаторов, предпочтение препаратов, доказавших безопасность (метопролол, пропранолол); отказ от амниодарона без угрозы жизни; использование антикоагулянтов (например, низкомолекулярный гепарин) при фибрилляции предсердий и тромбоэмболических рисках (АСС, 2024). Важно проведение междисциплинарной команды — кардиолога, акушера-гинеколога и перинатолога — на протяжении всего периода беременности, включая роды и послеродовой этап.

Таким образом, современные рекомендации подчеркивают необходимость аккуратного подхода к менеджменту аритмий при беременности: начинать с

нефармакологических методов, при необходимости использовать препараты с доказанной безопасностью, учитывать риски для матери и ребёнка, и строго наблюдать под контролем специалистов.

Список литературы

American College of Cardiology (ACC). (2024). Clinical guidance on arrhythmia management during pregnancy.

Davis, M. (2022). *Arrhythmias in Pregnancy*. JACC Clin Electrophysiol.

Gowda, R. M., Khan, I. A., Mehta, N. J., Vasavada, B. C., & Sacchi, T. J. (2003). Cardiac arrhythmias in pregnancy: clinical and therapeutic considerations. *Int J Cardiol*, 88(2–3), 129–133.

Khudoyarova, D., Kobilova, Z., & Zubaydulloeva, Z. (2024). ARRHYTHMIAS IN PREGNANCY: TACTICS OF PATIENT MANAGEMENT. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 4(9), 119–123. извлечено от <https://in-academy.uz/index.php/EJMNS/article/view/37193>

Tamirisa, K. P., Elkayam, U., Briller, J. E., Mason, P. K., Pillarisetti, J., Merchant, F. M., Patel, H., Lakkireddy, D. R., Russo, A. M., Volgman, A. S., & Vaseghi, M. (2022). Arrhythmias in Pregnancy. *JACC. Clinical electrophysiology*, 8(1), 120–135. <https://doi.org/10.1016/j.jacep.2021.10.004>

Tamirisa, K. P., Oliveros, E., Paulraj, S., Mares, A. C., & Volgman, A. S. (2024). An Overview of Arrhythmias in Pregnancy. *Methodist DeBakey Cardiovasc J*, 20(2), 36–50.

Володичева, Н. С., Бернгардт, Э. Р., & Трешкур, Т. В. (2023). Об антиаритмической эффективности бета-адреноблокаторов у беременных с желудочковыми аритмиями. *Эффективная фармакотерапия*, 19(22), 14–22.

Яннаева, Н. Е., & Бокерия, Е. Л. (2023). Нарушения ритма сердца плода. *Акушерство и гинекология*, 11, 11–19.