

## АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

УДК 618.3-06:616.12-008.318]-085.322  
DOI 10.11603/2415-8798.2016.2.6703

©О. М. Павловська, К. М. Павловська, Г. Л. Лавриненко, Ж. О. Краснова  
Одеський національний медичний університет

### КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОКОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ РИТМУ СЕРЦЯ У ВАГІТНИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІТОКОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОРУШЕННЯХ РИТМУ СЕРЦЯ У ВАГІТНИХ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ – За даними наукових спостережень порушення ритму серця виявляють у 15–18 % вагітних, при цьому в 40–46 % випадків діагностують саме функціональні аритмії. Метою дослідження стало визначення клінічної ефективності застосування фітокомплексної терапії у вагітних із метаболічним синдромом та надшлуночковою екстрасистолією. Для діагностики захворювань використовували критерії, затверджені ВООЗ для вагітних жінок, та результати добового моніторингу ЕКГ за Холтером. Виявлено, що надшлуночкова екстрасистолія у вагітних із метаболічним синдромом частіше виникає на тлі хронічної інфекції верхніх дихальних шляхів та тиреотоксикозу. Порушення серцевого ритму можуть посилювати клінічні прояви загрози переривання вагітності та дисфункцію плаценти з затримкою внутрішньоутробного розвитку плода. Запропонована фітокомплексна терапія ефективно нормалізує серцевий ритм у вагітних та може стати альтернативою антиаритмічним кардіологічним засобам. Також враховуючи різновекторність метаболічних ефектів зазначеної фітотерапії, застосування її у вагітних з метаболічним синдромом може сприяти й вирішенню проблеми поліпрагмазії.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОКОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ – По данным исследований нарушения ритма сердца диагностируют у 15–18 % беременных, при этом в 40–46 % случаев выявляют функциональные аритмии. Целью исследования стало определение клинической эффективности фитоконплексной терапии у беременных с метаболіческим синдромом и наджелудочковой экстрасистолией. Для диагностики заболеваний использовались критерии ВОЗ для беременных женщин и результаты суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру. Выявлено, что наджелудочковая экстрасистолия у беременных с метаболіческим синдромом чаще возникает на фоне хронических инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей и тиреотоксикоза. Нарушения сердечного ритма могут усиливать клинические проявления невынашивания беременности и дисфункцию плаценты с задержкой внутриутробного развития плода. Предложенная фитоконплексная терапия эффективно нормализует сердечный ритм у беременных женщин и может стать альтернативой антиаритміческим кардіологическим препаратам. Также учитывая разновекторность метаболіческих эффектов предложенной фитотерапии, применение ее у беременных с метаболіческим синдромом может способствовать решению проблемы полипрагмазии.

CLINICAL EFFICACY OF PHYTOCOMPLEX THERAPY IN ARRHYTHMIAS IN PREGNANT WOMEN WITH A METABOLIC SYNDROME – According to the data of scientific observations arrhythmia is found in 15–18 % of pregnant women, while in 40–46 % of cases functional arrhythmias are diagnosed. The aim of the study was to determine the clinical efficacy of phytocomplex therapy in pregnant women with a metabolic syndrome and supraventricular arrhythmia. To diagnose diseases the WHO criteria were used approved for pregnant women and the results of daily monitoring of ECG after Holter. It was revealed that supraventricular

premature beats in pregnant women with the metabolic syndrome often occur against the background of chronic upper respiratory tract infection and thyrotoxicosis. Cardiac arrhythmia may intensify the clinical signs of threatening abortion and placenta dysfunction with intrauterine growth retardation. The proposed phytocomplex therapy normalizes effectively the heart rate in pregnant women and can be an alternative to cardiac antiarrhythmic drugs. Also, taking into consideration metabolic effects of the mentioned phytotherapy, it may be applied in pregnant women with the metabolic syndrome and may contribute to the solution of the problem of polypharmacy.

**Ключові слова:** метаболічний синдром, порушення ритму серця, фітотерапія.

**Ключевые слова:** беременность, нарушения ритма сердца, фитотерапия.

**Key words:** metabolic syndrome, cardiac arrhythmias, phytotherapy.

**ВСТУП** За даними статистики, під час планових обстежень порушення серцевого ритму виявляють у 15–18 % вагітних, при цьому в 40–46 % випадків діагностують саме функціональні аритмії, які не пов'язані з органічними ураженнями серця [1, 2]. Найчастіше виявляють надшлуночкову екстрасистолію, механізми виникнення якої під час гестації вивчено на сьогодні ще недостатньо. Так, відомо, що гестаційні перетворення безпосередньо не викликають формування патологічного автоматизму провідної системи серця або підвищення осциляторної тригерної активності міокарда, не створюють умови для повторного входу хвилі збудження за механізмом "re-entry". Проте ситуація може докорінно змінюватись при перебігу вагітності на тлі метаболічного синдрому (МС), частота якого серед жінок репродуктивного віку невинно зростає [3]. Досліджено, що при МС порушення нейрогуморальної регуляції можуть зумовлювати зміщення балансу вегетативної нервової системи в бік відносної активації симпатичного відділу, що є тригерним моментом формування діастолічної дисфункції міокарда та патогенетичною основою аритмогенезу [4, 5]. Порушення серцевого ритму у вагітних в більшості випадків мають доброякісний перебіг та не супроводжуються значущими гемодинамічними порушеннями із загрозою для життя матері та плода, але на тлі обтяжливої соматичної та/або акушерської патології можуть стати фактором посилення гіперфузійного синдрому з невиношуванням вагітності, затримки внутрішньоутробного розвитку плода, пізнього гестозу, отже, потребують своєчасного виявлення та лікування. На даний час для лікування порушень серцевого ритму у вагітних застосовують блокатори натрієвих каналів, бета-адреноблокатори, блокатори кальцієвих каналів тощо, проте більшість антиаритмічних препаратів токсичні й можуть викликати тератогенний/ембріотоксичний ефекти, особливо при застосуванні в перші 16 тижнів вагітності [6]. В пізні терміни гестації регулярний прийом цих препаратів може зумовлювати брадикардію,

гіпоглікемію у плода, а після народження – пригнічення дихання, гіпербілірубінемію, поліцитемію, навіть судоми у новонародженого. Таким чином, цілком очевидною постає необхідність пошуку засобів лікування, які б ефективно стабілізували електрофізіологічний стан міокарда та були безпечні для матері й плода.

Метою дослідження було визначити клінічну ефективність застосування фітокомплексної терапії при порушеннях ритму серця у вагітних із МС.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Було обстежено 38 вагітних з МС при терміні гестації 18–32 тижні, яким було діагностовано порушення серцевого ритму – надшлуночкова екстрасистолія. МС встановлювали на підставі критеріїв, затверджених ВООЗ для вагітних жінок [7]: інсулінорезистентність (рівень глюкози натще  $\geq 5,8$  ммоль/л), наявності двох або більше додаткових ознак (артеріальна гіпертензія ( $>140/90$  мм рт. ст.), рівень тригліцеридів  $\geq 1,7$  ммоль/л, рівень ліпопротеїдів високої щільності  $\leq 1,1$  ммоль/л, індекс маси тіла  $>30$  кг/м<sup>2</sup>). Діагноз надшлуночкової екстрасистолії встановлювали на підставі скарг пацієнтки на відчуття перебоїв у серці та даних ЕКГ – передчасна поява зубця Р та наступного за ним комплексу QRST, відстань від зубця Р до комплексу QRST від 0,08 до 0,12 с, деформація й зміна полярності зубця Р екстрасистоли, наявність майже не зміненого екстрасистолічного комплексу QRST та неповної компенсаторної паузи після екстрасистоли.

До складу медикаментозної терапії включали фітокомплекси “Баланс” та “Омега+” від українського виробника СНОІСЕ, які представляють собою поєднання пророслих зерен вівса, пшениці, кукурудзи (прозери) з лікарськими рослинами.

До складу комплексу “Баланс” входять:

– прозери, які в збалансованому вигляді містять вуглеводи, незамінні амінокислоти, вітаміни, макро-, мікроелементи, рослинні ферменти та волокна;

– корінь валеріани, трава пустирнику та м'яти перцевої, шишки хмелю, плоди глоду, насіння фенхелю, квітки ромашки лікарської, поєднання яких зумовлює антистресову, виразну заспокійливу, спазмолітичну дію, покращує сон, нормалізує серцевий ритм, збільшує силу серцевих скорочень.

До складу комплексу “Омега+”, крім прозерів, входять концентрований жир хрящових риб, олія насіння льону, гарбуза, зародків пшениці, які є джерелом поліненасичених жирних кислот Омега-3 та Омега-6, отже, відновлюють клітинні мембрани, запобігають утворенню тромбів, регулюють обмін жирів і холестерину, поліпшують роботу серця через нормалізацію обмінних процесів у серцевому м'язі.

Препарати призначали по 1 капсулі двічі на день перед їжею (вранці й ввечері). Курс лікування складав 45 днів. Зазначені фітокомплекси дозволені для застосування у вагітних жінок. Крім медикаментозної корекції, пацієнткам рекомендували певні зміни у раціоні харчування з акцентуванням на продукти, що багаті на вміст калію та магнію – м'ясо (яловичина, курятина), риба (тріска, хек, скумбрія, кальмари), квасоля, крупи, овочі (запечена картопля, буряк, морква, редис, кабачки, гарбуз), сухофрукти – чорнослив, інжир, курага, фініки тощо. В динаміці проводили такі лабораторно-інструментальні дослідження: загальний і біохімічний аналіз крові, гемостазіограму, визначення рівня електrolітів, Ехо-КГ, добове моніторування ЕКГ за Холтером.

#### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ІХ ОБГОВОРЕННЯ**

Одним із завдань клінічного дослідження було виявлення ймовірних причин та провокуючих факторів виникнення екстрасистолії у відібраній групі вагітних жінок.

Аналіз анкетних даних та результатів планового диспансерного обстеження суміжних спеціалістів виявив,

що найбільш частою супутньою патологією у вагітних із МС та діагностованою надшлуночковою екстрасистолією були хронічні інфекційні захворювання верхніх дихальних шляхів. Так, 31 (81,6 %) вагітних вказували на часті (з дитинства) загострення хронічного риніту, синуситу, тонзиліту, ларингіту, фарингіту або трахеїту тощо. На другому місці була патологія щитоподібної залози, а саме вузловий зоб. Серед обстежуваних жінок у 22 (57,9 %) були виявлені ознаки вузлового зоба I–II ступенів. Також на диспансерному обліку з приводу захворювань шлунково-кишкового тракту (хронічний холецистит, хронічний панкреатит, синдром роздратованого кишечника) перебувало 15 (39,5 %), НЦД за гіпертонічним типом – 9 (23,7 %) пацієнток. Провокуючими чинниками нападу екстрасистолії у вагітних із МС найчастіше виступали стресові й психоемоційні ситуації, а також елементарний фактор, а саме, надмірне споживання гіркого шоколаду та жирної гострої їжі. Доцільно зауважити, що третина пацієнток до вагітності зверталась до лікаря-терапевта з скаргами на відчуття перебоїв у серці, та отримувала необхідне медикаментозне лікування, решта – не звертала уваги на періодичні порушення ритму. Тим часом, зі збільшенням терміну гестації усі жінки групи обстеження відмітили певне погіршення самопочуття з необхідністю проведення лікувальних заходів. Підсумовуючи вищезазначене, можна констатувати, що функціональні аритмії, а саме надшлуночкова екстрасистолія, у вагітних із МС частіше виникає на тлі хронічної інфекційної інтоксикації та дисфункції щитоподібної залози, що може стати фактором розробки прекоцепційних програм з метою мінімізації ризиків виникнення порушень серцевого ритму в даній категорії вагітних.

Перебіг вагітності в обстежуваних пацієнток був ускладненим. У 13 (34,2 %) жінок у зв'язку з діагностуванням загрози передчасних пологів проводили токолітичну терапію в умовах акушерського стаціонару, в 22 (57,9 %) – за результатами УЗД і доплерометрії плодово-плацентарного та матково-плацентарного кровообігу були виявлені ознаки дисфункції плаценти, у 7 (18,4 %) – затримка розвитку плода з призначенням відповідних до клінічних протоколів лікувальних заходів.

Надшлуночкова екстрасистолія у всіх відібраних пацієнток супроводжувалась суб'єктивними проявами – відчуття перебоїв у роботі серця, “завмирання” серця, періодичне головокружіння, слабкість, задишка, певне утруднене дихання з покашлюванням, психоемоційний неспокій. За даними моніторування ЕКГ за Холтером, кількість екстрасистол за добу реєструвалось від 2 до 5 тис. Слід зазначити, що у 32 пацієнток (84,2 %) реєструвались часті ранні передсердні екстрасистоли, при яких передсердя скорочуються при закритих атріовентрикулярних клапанах серця, унаслідок чого систоли передсердь та шлуночків співпадають. На холтерівському записі ектопічний Р нашаровувався на сегмент ST або висхідну частину зубця Т. Крім того, лише у 3 (7,9 %) вагітних фіксувались ізольовані монотопні надшлуночкові екстрасистоли, у решти – поряд з ізольованими екстрасистолами фіксувались бі- три-, квадригемінії. За результатами моніторингу також цікавим виявився той факт, що у 28 (73,7 %) вагітних із МС порушення ритму серця виникали переважно в денний час та були пов'язані з фізичними навантаженнями та стресорними впливами, отже, мали симпатикотонічне (гіперадренергічне) походження. Після проведеного курсу лікування із застосуванням фітокомплексів “Баланс” та “Омега+” відмічено значне поліпшення клінічного стану вагітних із МС, яке супроводжувалось достовірним зниженням кількості екстрасистол за добу за даними моніторування за Холтером ( $p < 0,05$ ). У 16 (42,1 %) пацієнток фіксува-

лись поодинокі ізольовані монотопні екстрасистоли, у решти – до 500–800 за добу зі зменшення частоти виявлення алоритмії ( $p < 0,05$ ). Зниження або підвищення артеріального тиску під час лікування не спостерігали. Значних відхилень біохімічних та гемостазіологічних параметрів виявлено не було. Переносимість лікування була задовільною.

**ВИСНОВКИ** 1. Порушення серцевого ритму у вагітних із МС можуть посилювати клінічні прояви невиношування вагітності, дисфункції плаценти з затримкою внутрішньоутробного розвитку плода, що потребує своєчасного виявлення та корекції.

2. Надшлуночкова екстрасистолія у вагітних із МС частіше виникає на тлі хронічної інфекції верхніх дихальних шляхів та тиреотоксикозу, що необхідно враховувати під час прегравідарного обстеження та підготовки жінок.

3. Запропонована фітокомплексна терапія ефективно нормалізує серцевий ритм у вагітних жінок із надшлуночковою екстрасистолією, що виникла на тлі МС, та може стати альтернативою кардіологічним засобам.

**Перспективи подальших досліджень** Зазначена фітотерапія може бути застосована для корекції мета-

болічних порушень у вагітних із метаболічним синдромом та сприяти вирішенню проблеми поліпрагмазії.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Мравян С. Р. Нарушения ритма сердца и проводимости у беременных / С. Р. Мравян, В. А. Петрухин, С. И. Федорова. – М. : МИКЛОШ, 2011. – 128 с.
2. Волков В. И. Нарушение сердечного ритма у беременных / В. И. Волков, В. И. Строна // Здоров'я України. – 2010. – № 6. – С. 78–79.
3. Метаболический синдром: влияние на течение беременности и развитие акушерских осложнений / И. О. Макаров, Е. М. Шилов, Н. А. Петунина [и др.] // Врач – аспирант. – 2011. – № 6 (49). – С. 85–93.
4. Стрюк Р. И. Нарушения сердечного ритма при беременности / Р. И. Стрюк. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 128 с.
5. Кратнов А. Е. Влияние факторов метаболического синдрома на изменение variability ритма сердца / А. Е. Кратнов, О. В. Климачева, С. В. Третьяков // Современные технологии в медицине. – 2011. – № 3. – С. 102–105.
6. Абдрахманова А. И. Нарушения сердечного ритма у беременных / А. И. Абдрахманова, С. Д. Маянская, И. М. Сердюк // Практическая медицина. – 2012. – № 9 (65). – С. 45–51.

Отримано 04.05.16