

Риски сердечно-сосудистых заболеваний у женщин

ЛАПТЕВА Н.А.

РОЖДЕНИЕ

Врождённые пороки сердца 48-49%

Наследственные заболевания (семейная гиперхолестеринемия) 50,2%

Внутриутробная инфекция с развитием миокардита 23-29%

Врождённая патология коронарных артерий

Детство

Инфекции : миокардиты 25-35%,
системные заболевания 75-80%

Формирование вредных привычек:

- * питание
- * образ жизни
- * отсутствие двигательной активности
- * социальная ориентация

Отрочество-юность

«Снежный ком»

* социальные факторы

* ожирение/кахексия

* ГОРМОНАЛЬНАЯ ПЕРЕСТРОЙКА

Взрослая жизнь

Карьера

Повышенная тревожность

Рожать/не рожать

Дисгормональные кардиомиопатии

Вазоспастическая стенокардия

40%

Но при социально-экономических предпосылках увеличение до 70%

Развитие нежелательных событий-80%

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

Тактика ведения беременных с нарушениями сердечного ритма и проводимости:

Экстрасистолия

Наджелудочковые тахикардии

Купирование и профилактическая антиаритмическая терапия отдельных видов НЖТ

Пароксизмальная АВ-узловая реципрокная тахикардия

АВ-реципрокная тахикардия

Предсердные тахикардии

Фибрилляция предсердий

Рекомендации по лечению ФП во время беременности

Желудочковая тахикардия и фибрилляция желудочков

Тактика ведения беременных с нарушением проводимости сердца

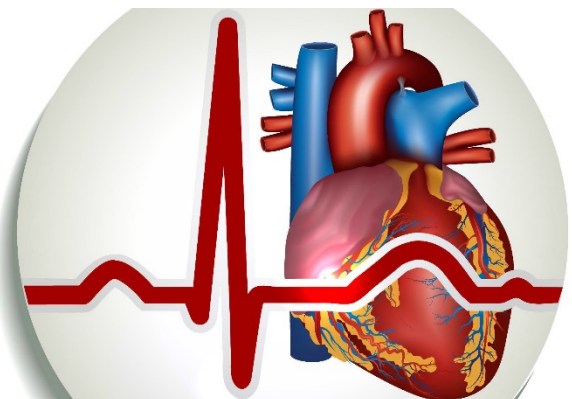
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ 2018. НАЦИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

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 [§]	I	C
	В/в метопролол или пропранолол	IIa	C
	В/в верапамил	IIb	C
Профилактическая терапия	Перорально дигоксин [§] или метопролол*/пропранолол*	I	C
	Перорально соталол*, флекаинид*	IIa	C
	Перорально пропafenон*, новокаиnamид [§] при неэффективности других препаратов	IIb	C
	Перорально верапамил [§]	IIb	C
	Атенолол не должен использоваться для лечения наджелудочковых аритмий	III	C

Примечание: [§] — 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, [§] — 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 ^а , пропранолола ^а 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 соталолола ^б или новокаиnamида.	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 ^б 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, соталолол ^б .	IIa	C
Катетерная абляция может быть обсуждена как способ лечения плохо переносимой и рефрактерной к фармакотерапии ЖТ.	IIb	C

Примечание: ^а — β-АБ, если возможно, не назначать в первом триместре, ^б — 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

Беременная Ф. 18 лет, 2 беременность, 1 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 1 триместре пароксизма тахикардии еженедельно (купировались вагусными пробами).

2 Триместр количество эпизодов тахикардии уменьшилось, однако кардиологом по м/ж назначена антиаритмическая терапия (бисопролол, для купирования приступов применяли кордарон)

Консультирована аритмологом ИИВХ им. В.К. Гусака, рекомендована РЧА ДПП в адекватные сроки гестации, от чего пациентка категорически отказалась!

Более того она продолжила “профилактический” прием В-адреноблокаторов.

На повторную консультацию не явилась.

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.

Клинический случай №2

Пациентка В. 29 лет, 1 беременность 1 роды.

Анамнез: в возрасте 19 лет перенесла оперативное вмешательство по поводу апоплексии кисты яичников. Через 3 недели после оперативного вмешательства развился инфекционный эндокардит с поражением трикуспидального клапана.

Ургентно госпитализирована в отделение к/х для протезирования трикуспидального клапана.

В раннем послеоперационном периоде АВ блокада III степени. Имплантация ЭКС в режиме DDD (электроды имплантированы миокардиально)

Январь 2018 года выполнена замена ЭКС в связи с истощением предыдущего

Март 2019г. Пациентка становится на учет по беременности 5 недель. Тогда же выполнен контроль работы ЭКС-системы: работа стабильна в режиме DDD 60, As-Vp-70, нарушений работы ритма (предсердных и желудочковых экстрасистолий, тахикардий) не выявлено.

Учитывая наличие механического клапанного протеза, пациентка регулярно принимала варфарин. Однако уже на ранних сроках беременности МНО не был на целевом уровне (менее 2), в связи с чем, дополнительно в течение 8 недель был назначен НМГ (клексан 0,4 2р/д), но с 13 недели беременности самостоятельно отменен. В дальнейшем (по данным обменной карты) МНО колебался от 1 до 1,3.

В сроке 27 недель появились жалобы на кратковременные эпизоды учащенного сердцебиения сопровождающиеся выраженной одышкой.

Через неделю данные жалобы стали более интенсивнее и носили постоянный характер.

Муж доставил пациентку в санпропускник РЦОМид в состоянии кардиогенного шока (сознание отсутствует, АД 40/20, ЧСС 160-180 в мин.).

Переведена в реанимационное отделение, где на в/в введение верапамила не было реакции, было принято решение о введении 150 мг кордарона в/в болюсно.

Ритм восстановлен

Однако тахикардия стала носить рецидивирующий характер.

Приглашена бригада из отделения к/х ИНВХ (кардиолог, кардиохирург, врач-функционалист)

ЭхоКг без особенностей

При контроле работы ЭКС стабильная, в режиме DDD-60 на эндограмме **As-Vs – 85-90**, в памяти ЭКС зафиксирована желудочковая тахикардия.

Данный вид аритмии возможно было купировать исключительно кордароном.

Собран консилиум состав: акушер-гинеколог, нач.мед., зав. отд. реанимации, зав.отд. неонатологии, кардиохирург, кардиолог ИНВХ.

Принято решение об urgentном родоразрешении путем кесарево сечения.

После родоразрешения тахикардии наблюдались в течение суток и в дальнейшем при контроле работы ЭКС нарушений ритма не выявлено, работа ЭКС в режиме DDD-60 As-Vp 60-75.

К настоящему моменту малышу 3 года.

Артериальная гипертензия беременных

1. Хроническая АГ: диагностируется до беременности
2. Гестационная АГ: дебют после 20 недель. Риск у 25-30% трансформация в преэклампсию. Ежедневный анализ мочи
3. Преэклампсия: протеинурию более 0,3 г/сут, тромбоцитопения менее 100 г/мкл, повышение креатинина более 90 мкмоль/л., повышение печёночных трансаминаз более 2 раз, легочной отёк, церебральные или визуальные нарушения
4. Наслоившаяся ПЭ: Ухудшение течение хронической АГ с присоединением ПЭ

Терапия

Метилдопа

Нифедипин, верапамил, амлодипин

лабетолол

Взрослые проблемы

Эндометриоз

Поликистоз яичников

Патологический климакс

Решения

АДЕКВАТНОЕ лечение у гинеколога/эндокринолога

Обязательная заместительная терапия

Модификация рисков : отказ от курения, снижение массы тела

Контроль липидограммы

Контроль тромбоцитов, фибриногена

Профилактика тромбозов! Антиагрегантная и антикоагулянтная терапия!

Взрослый возраст

Непредсказуемый рост ЛПНП

Высочайший риск ИМ и ОНМК

«Снежный ком» достиг пика

Выводы:

Несмотря на наличие клинических рекомендаций, каждый случай индивидуален и требует такого же подхода.

Кардиальная патология у женщин многогранна

В случае необходимости, возможность выполнения urgentного кардиохирургического пособия.

Женский пол не фактор риска, но далеко не однозначен!!!