

СРС

*На тему: « Фибрилляция и трепетание
предсердий у беременных»*



Подготовила: врач-интерн 604 гр.
Тургунбаева К.Г.

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

- **ФП** — это нарушение ритма сердца, которое диагностируют на основании следующих критериев на ЭКГ:
 1. нерегулярные интервалы **RR**;
 2. отсутствие зубцов P, но в некоторых отведениях, чаще всего V1, иногда определяется электрическая активность предсердий (волны f);
 3. длительность предсердного цикла (интервал между двумя возбуждениями предсердий), если определяется, обычно варьируется и составляет <200 мс (>300 в мин.)

Фибрилляция предсердий на ЭКГ



Фибрилляция предсердий на ЭКГ



Фибрилляция предсердий (ФП): волны f отчетливо проявляются в отведении V1, едва заметны в отведении II и не видны в отведении V5.



Впервые возникшая ФП является относительно редким, но **опасным осложнением беременности**. ФП чаще развивается при заболеваниях сердца (врожденные и приобретенные пороки сердца, кардиомиопатии и т. д.) или других органов (хронические болезни легких, тиреотоксикоз и др.) Также развитию ФП у беременных женщин могут способствовать метаболические нарушения, такие как электролитный дисбаланс .

Если данное нарушение ритма было диагностировано ранее, при беременности в **52 %** случаев происходят рецидивы.



По течению и длительности аритмии:

Формы ФП	Характеристика
Впервые выявленная	независимо от длительности и тяжести симптомов любой первый эпизод ФП
Пароксизмальная	до 7 дней, синусовый ритм восстанавливается спонтанно, обычно в течение 48 ч.,
Персистирующая	длительность эпизода ФП превышает 7 дней (для восстановления ритма необходима медикаментозная или электрическая кардиоверсия)
Длительная персистирующая	ФП продолжается в течение ≥ 1 года и выбрана стратегия контроля ритма (предполагается восстановление ритма)
Постоянная	когда пациент и врач считают возможным сохранение аритмии (кардиоверсия не проводится)

Выделяют:

1. Нормоаритмическая форма- частота сокращений желудочков равна примерно 80 в минуту.
2. Тахиаритмическая форма- желудочковые сокращения с частотой 150 в минуту.
3. Брадиаритмическая форма- желудочки сокращаются с частотой примерно 35 в минуту.

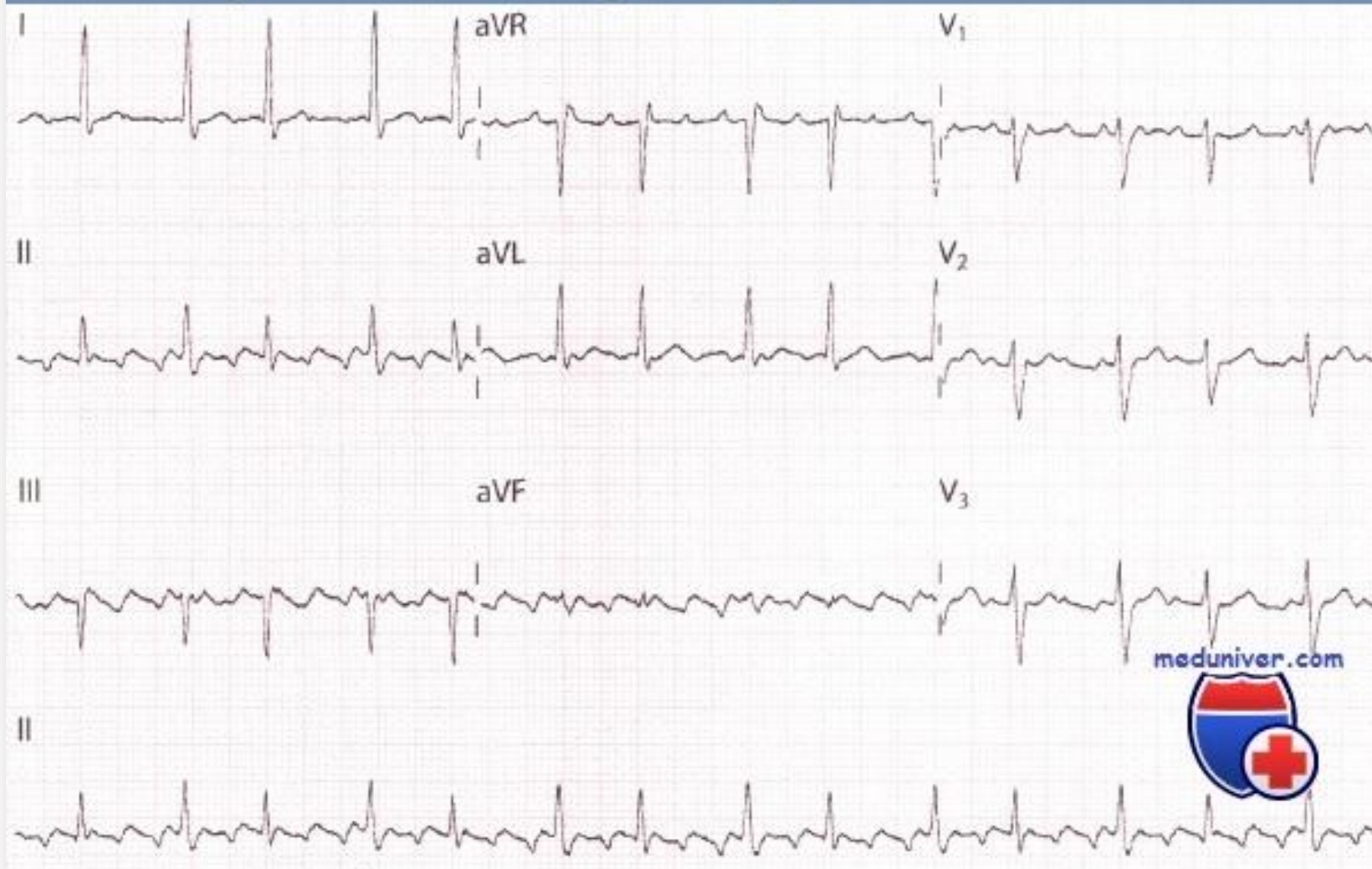


ТРЕПЕТАНИЕ ПРЕДСЕРДИЙ

- ТП – нарушение ритма, которое диагностируют на ЭКГ на основании частых (**200-400** в минуту), регулярных, похожих друг на друга предсердных волн F, имеющих характерную пилообразную форму (отведения II, III, aVF, V1, V2); в большинстве случаев с правильным, регулярным желудочковым ритмом с неизменными желудочковыми комплексами, каждому из которых предшествует определенное (чаще постоянное) количество предсердных волн F.



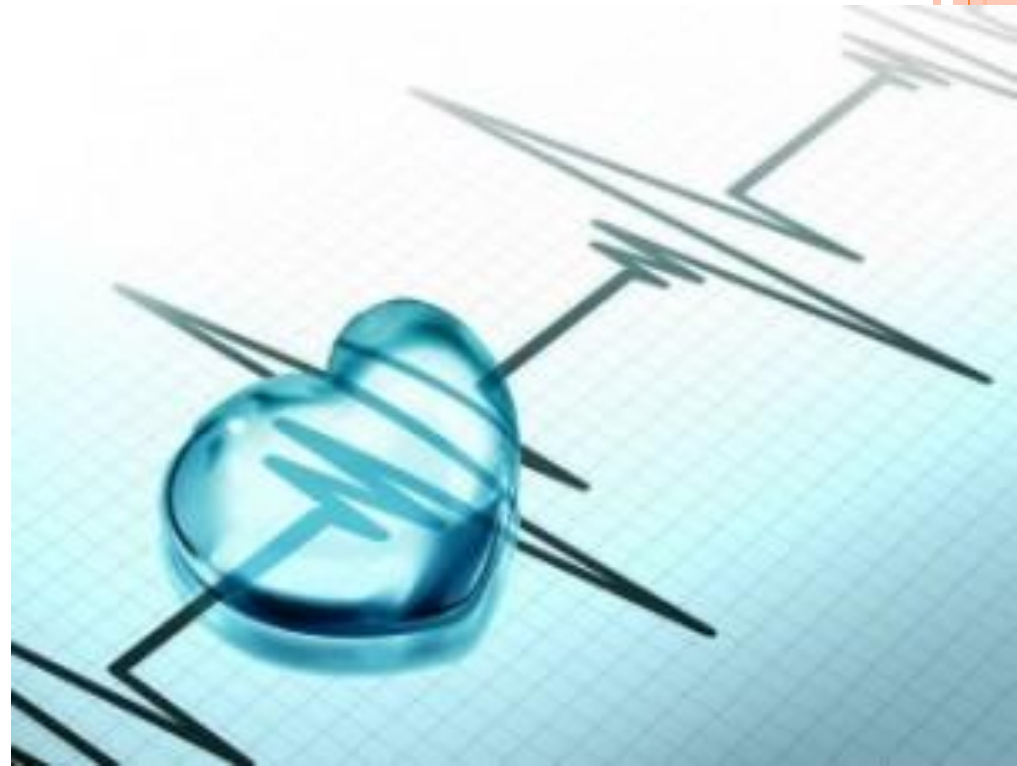
Трепетание предсердий на ЭКГ



Типичное трепетание предсердий (ТП): пилообразная кривая с отрицательными отклонениями в нижних отведениях и положительные дискретные волны F в отведении V1.

Выделяют:

1. При **типичной форме** трепетания предсердий (ТП) частота регулярной электрической активности предсердий составляет приблизительно 300 уд./мин.
2. При **атипичном** трепетании предсердий (ТП) частота сокращений предсердий выше (350-450 уд./мин). Оно не купируется при помощи частой стимуляции предсердий.



КЛИНИКА

□ Жалобы и анамнез :

ощущение неправильного ритма, сердцебиения, выяснение провоцирующих факторов развития приступа (физические нагрузки, эмоциональное напряжение или прием алкоголя), появление симптомов сердечной недостаточности при приступе (одышка, отеки и др.), частоты их возникновения, продолжительность, наличие в анамнезе АГ, ИБС, СН, заболевания периферических артерий, цереброваскулярной болезни, инсульта, СД или хронического заболевания легких, злоупотребление алкоголем, наличие родственников, страдавших ФП.



□ Физикальное обследование:

выявляется аритмичная сердечная деятельность, наличие дефицита пульса, вероятно смещение границ сердечной тупости при перкуссии, наличие патологических шумов, признаков сердечной недостаточности (хрипы в легких, отеки на ногах, гепатомегалия, ритм галопа).



ДИАГНОСТИКА

□ Лабораторные исследования:

- ✓ Общий анализ крови (определение содержания в крови гемоглобина и лейкоцитарной формулы), общий анализ мочи с определением белка в моче.
- ✓ Определение глюкозы натощак.
- ✓ Определение билирубина, АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы сыворотки крови. Калий крови.
- ✓ Определение креатинина в сыворотке крови.
- ✓ Гормоны щитовидной железы (ТТГ, Т3, Т4).
- ✓ Липидный спектр (общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды)



▣ **Инструментальные исследования:**

1. ЭКГ .

2. Холтеровское мониторирование ЭКГ.

3. Доплер-эхокардиография

Электрокардиография

признаки фибрилляции предсердий:

1. неправильный ритм

2. отсутствие зубцов Р (или их наличие в виде волны f

3. вариабельность интервала между двумя возбуждениями предсердий (при их наличии) с интервалом менее 200 мс (более 300 в мин.).



признаки трепетания предсердий:

1. наличие на ЭКГ частых - до 200-400 в минуту - регулярных, похожих друг на друга предсердных волн F, имеющих характерную пилообразную форму (отведения II, III, aVF, V1, V2);
2. в большинстве случаев правильный, регулярный желудочковый ритм с одинаковыми интервалами R-R (За исключением случаев изменения степени атриовентрикулярной блокады в момент регистрации ЭКГ);
3. наличие нормальных неизмененных желудочковых комплексов, каждому из которых предшествует определенное (чаще постоянное) количество предсердных волн F



ЛЕЧЕНИЕ

1. **Электрическая кардиоверсия** безопасна в любом триместре беременности и должно быть выполнена у пациенток с нестабильной гемодинамикой, развившейся вследствие аритмии.
2. Проведение **анти тромботической** терапии показано в течение всего срока беременности всем пациенткам с ФП при высоком риске ТЭО (исключение - идиопатическая ФП). Выбор анти тромботического препарата (низкомолекулярный гепарин или варфарин) зависит от стадии беременности .
3. Применение **оральных анти коагулянтов** – антагонистов витамина К (варфарин) рекомендуется со второго триместра беременности и заканчивается за 1 месяц до родов .
4. Подкожное введение низкомолекулярного гепарина рекомендуется в первом триместре и в течение последнего месяца беременности.



5. Для урежения частоты желудочковых сокращений рекомендуется β -АБ и недигидропиридиновые антагонисты кальция. Назначение β -АБ в первом триместре беременности должно быть ограничено из-за их возможного отрицательного влияния на плод .

6. Если имеются показания для урежения частоты желудочковых сокращений, а β -АБ недигидропиридиновые антагонисты кальция противопоказаны, то можно обдумать использование дигоксина .

7. Для профилактики рецидивов ФП у беременных без органической патологии сердца или с АГ без гипертрофии миокарда используют антиаритмические препараты (пропафенон, флекаинид) и III (соталол) классов. Новый антиаритмический препарат III класса **дронедарон не должен применяться у беременных.**



Когда пароксизм ФП приводит к критическому ухудшению состояния беременной, показана ургентная синхронизированная ЭИТ с мощностью первого разряда монофазного тока 200 Дж. При отсутствии экстренных показаний решение о купировании ФП (электрическом или медикаментозном) должно быть принято в течение 48 часов, так как 46 при длительном приступе (более 2-х суток) необходимо назначение антикоагулянтов. Новые оральные антикоагулянты (апиксабан, дабигатран, ривороксабан) не должны назначаться у беременных вследствие их фетотоксичности.

Фармакологическую кардиоверсию можно проводить при отсутствии СН новокаиномидом: в/в инфузия 1,0-1,5г (до 15мг/кг) со скоростью 30-50 мг/мин. Более быстрое введение (струйно) приводит к выраженной гипотензии. При тахиформе ФП перед купированием новокаиномидом целесообразно урежение ЧСС.



Купирующая и профилактическая терапия ТП, в общем, проводится по тем же самым принципам, что ФП. Однако фармакотерапия при ТП менее эффективна, чем при ФП, а для восстановления синусового ритма чаще требуется проведение чреспищеводной электрокардиостимуляции (ЧПЭКС) или ЭИТ(электроимпульсная терапия). При тяжелых, рефрактерных к медикаментозному лечению пароксизмах ФП и ТП, возможно применение во время беременности РЧА. Она наиболее эффективна при типичном ТП.

Мерцательная аритмия, какой бы причиной она не вызывалась, может привести к развитию сердечной недостаточности и усугубить уже имеющуюся сердечную недостаточность. К тому же при этой аритмии часто возникают тромбоэмболические осложнения. В связи с этим при обращении **в срок до 12 недель беременность следует прервать.** В сроки позже 12 недель вопрос о прерывании беременности решается индивидуально с учетом всей картины болезни.

