



# Zaburzenia rytmu serca u kobiet

Częstość występowania chorób układu krążenia stale wzrasta, stanowiąc główną przyczynę zgonów w Europie i Stanach Zjednoczonych. Liczne badania wskazują, że schorzenie to przebiega nieco inaczej u kobiet niż u mężczyzn. Różnice te dotyczą zarówno rozpoznania choroby, jak również reakcji organizmu na niektóre leki, np. antyarytmiczne.

**LEK. EWA JĘDRZEJCZYK-PATEJ**

**U**kobiet częstość akcji serca jest wyższa o około 3–5 uderzeń na minutę, a wykonywane u nich badanie EKG częściej daje fałszywe wyniki. Głównymi objawami zaburzeń rytmu serca są: kołatania serca, zawroty głowy, osłabienie, a czasem omdlenia. Na arytmię częściej cierpią mężczyźni, jednak są też zaburzenia rytmu serca, które dominują u kobiet.

Migotanie przedsionków dwukrotnie częściej dotyka mężczyzn niż kobiety, jednak u płci żeńskiej związane jest ono z wyższą chorobowością i śmiertelnością oraz ryzykiem wystąpienia np. udaru mózgu. Napady migotania przedsionków u kobiet charakteryzują się wyższą częstością akcji serca oraz w większym stopniu upośledzają jakość życia. W przypadku płci żeńskiej utrzymanie rytmu zatokowego jest trudniejsze, a ryzyko proarytmii komorowej wyższe.

W leczeniu zaburzeń rytmu serca u kobiet stosuje się takie same leki antyarytmiczne jak u mężczyzn, jednak u płci żeńskiej mają one silniejsze działanie proarytmiczne, tzn. mogą prowokować zupełnie inną, nową arytmie, m.in. polekowy częstoskurcz komorowy. Groźne dla życia komorowe arytmie

i nagły zgon sercowy znacznie rzadziej dotykają kobiet niż mężczyzn. Wynika to z faktu, że pierwszy zawał serca występuje u kobiet około 10–20 lat później, na co wpływ mają przede wszystkim żeńskie hormony płciowe, które działają protekcyjnie na układ krążenia.

Epizody kołatania serca często pojawiają się w okresie okołomenopauzalnym, kiedy to dochodzi do spadku produkcji estradiolu. Zgłasza je około 15–25 proc. kobiet w tym wieku. W celu zdiagnozowania zaburzeń rytmu serca i ich przyczyn zaleca się: badanie EKG, 24-godzinny zapis EKG metodą Holtera, badanie echokardiograficzne, a także test wysiłkowy. U kobiet w okresie okołomenopauzalnym, u których występują nasilone objawy naczynioruchowe, takie jak uderzenia gorąca, zlewne poty, napady lęku czy inne objawy wegetatywne, należy rozważyć zastosowanie hormonalnej terapii zastępczej.

## ARYTMIA U KOBIET W CIĄŻY

Odrębnego omówienia wymagają zaburzenia rytmu serca u kobiet w ciąży, ponieważ w tym okresie dochodzi do specyficznych zmian w układzie krążenia. W ciąży obserwuje się przede wszystkim zwiększenie objętości osocza, spadek ciśnienia tętniczego krwi oraz wzrost częstości rytmu serca o około 10–20 uderzeń na minutę. Nie bez znaczenia jest również wzrost stężenia estrogenów i progesteronu. Wszystkie te zmiany mogą odpowiadać za obecność zaburzeń rytmu serca u kobiet ciężarnych i mogą wystąpić po raz pierwszy lub też nasilić wcześniej występujące już arytmie. O kołataniu serca mówi wiele kobiet ciężarnych.

Najczęściej jest ono związane z przyspieszonym rytmem zatokowym i krążeniem hiperkinetycznym lub ma charakter łagodnych zaburzeń, takich jak przedwczesne pobudzenia nadkomorowe i komorowe, które stwierdza się nawet u połowy ciężarnych bez strukturalnej choroby serca. Arytmie te zwykle nie dają żadnych objawów, są wykrywane przypadkowo i nie wymagają leczenia. Przyspieszenie rytmu serca u kobiet w ciąży, jeśli nie towarzyszą mu dodatkowe objawy, nie powinno budzić obaw. Niewątpliwie diagnostyki wymaga przyspieszenie akcji serca i kołatanie u pacjentek z chorobą serca, a także jeśli arytmiiom towarzyszą takie objawy, jak np. zawroty głowy, duszność, stany przedomdleniowe i omdlenia. Utrwalone zaburzenia rytmu serca dotyczą 2–3 ciężarne na 1000. Komorowe zaburzenia rytmu za-

grożące życiu rzadko występują u ciężarnych. Ich pojawienie się może wiązać się z wysiłkiem fizycznym lub silnymi emocjami. Są one najczęściej związane z inną chorobą serca, m.in. z wrodzonymi lub nabytymi wadami serca, zapaleniem mięśnia sercowego, kardiomiopatiami, chorobą niedokrwienną serca, zespołem WPW czy zespołem wydłużonego QT. W okresie połogu u kobiet z wrodzonym zespołem długiego QT ryzyko zatrzymania krążenia jest wyższe w porównaniu z okresem sprzed i w czasie ciąży. U tych pacjentek zalecane jest leczenie  $\beta$ -blokerem w czasie ciąży i po porodzie. Stosowanie tych leków w czasie porodu nie wyklucza porodu siłami natury i nie hamuje skurczów macicy. Groźne arytmie komorowe w czasie połogu mogą również wystąpić u chorych z zespołem WPW. W ciąży rzadko spotykamy zaburzenia przewodzenia i bradyarytmie, a jeśli już występują, to zwykle mają dobre rokowanie. U ciężarnych w pozycji leżącej, jak również w czasie porodu, może dojść do odruchowej bradykardii zatokowej. Jest to związane z uciskiem ciężarnej macicy na żyłę główną dolną, co powoduje zmniejszenie powrotu żylnego i skutkuje zwolnieniem rytmu zatokowego. Podstawowe postępowanie w przypadku jej wystąpienia polega na ułożeniu się na lewym boku. U ciężarnych

rzadko też dochodzi do bloków przedsionkowo-komorowych – są one najczęściej związane ze strukturalną chorobą serca, a stymulacja jest konieczna jedynie w wyjątkowych przypadkach. Przy braku współistniejących przeciwwskazań położniczych poród siłami natury nie stwarza

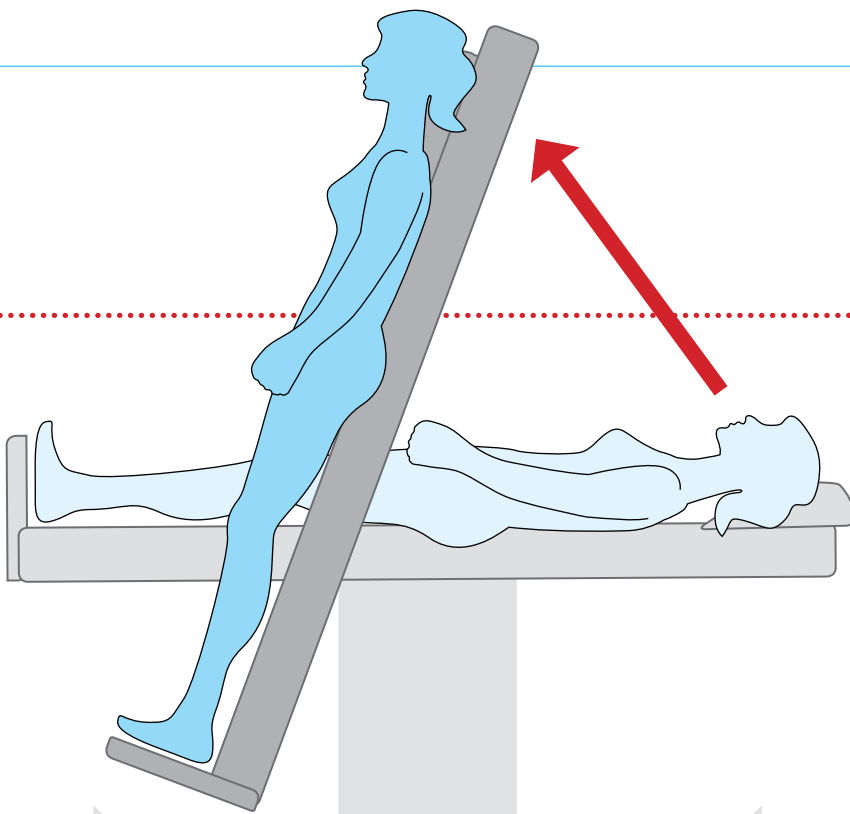
dotodkowego ryzyka dla matki z wrodzonym blokiem przedsionkowo-komorowym.

**W okresie ciąży dochodzi do specyficznych zmian w układzie krążenia.**

## NIEZBĘDNA DOKŁADNA DIAGNOSTYKA

Każdorazowo w przypadku zaburzeń rytmu serca konieczne jest przeprowadzenie dokładnej diagnostyki, która pozwoli określić rodzaj arytmii i ryzyko, jakie niesie ona dla ciężarnej i płodu. Zaburzenia rytmu serca mogą być związane z wadami serca, zarówno wrodzonymi, jak i nabytymi, oraz z innymi chorobami tego organu, takimi jak kardiomiopatie czy choroba niedokrwienna serca. Wówczas są zwykle gorzej tolerowane i częściej wymagają leczenia farmakologicznego. Ważne jest poszukiwanie odwracalnych przyczyn zaburzeń rytmu serca, jak np. zaburzenia elektrolitowe, choroby tarczycy. Należy także pamiętać o tym, że niektóre leki przyjmowane w celu zahamowania skurczów macicy mogą przyczyniać się do zaburzeń rytmu serca. Niezwykle istotny jest fakt, że każdy zastosowany lek może być potencjalnie szkodliwy dla płodu, tak więc jeśli to tylko możliwe, należy unikać ich





## Tachykardia postawno-ortostatyczna u kobiet

Ten rodzaj arytmii dotyka kobiety między 12. a 50. r. ż. i wiąże się z występowaniem przyspieszonej akcji serca do ponad 120 uderzeń na minutę podczas zmiany pozycji ciała z leżącej na stojącą. Objawia się ona najczęściej uczuciem kołatania serca, nudnościami, bólami i zawrotami głowy, potami i stanami przedomdleniowymi. Co istotne, objawy występują zawsze w pozycji stojącej i znikają po położeniu się, a ciśnienie tętnicze krwi nie ulega zmianie po przyjęciu pozycji stojącej. W diagnostyce schorzenia najważniejsze znaczenie ma test pochyleńowy (ang. tilt test), który wykonuje się na specjalnym, ruchomym stole, umożliwiającym szybką zmianę pozycji ciała z leżącej na stojącą. Umieszczając na nim pacjenta, lekarz ma możliwość monitorowania jego EKG i ciśnienia tętniczego krwi. Leczenie tachykardii polega na unikaniu sytuacji prowokujących jej wystąpienie: należy powolnie przyjmować pozycję stojącą, spać z wyżej uniesioną głową, a także pić większą ilość płynów (5–8 szklanek). Warto także zwiększyć zawartość sodu w diecie (10–15 g) oraz wykonywać ćwiczenia fizyczne.

stosowania lub rozpoczynać leczenie od postępowania niefarmakologicznego, które obejmuje odstawienie używek, odpoczynek, unikanie stresów, ewentualne zażywanie preparatów zawierających magnez. Leczenie farmakologiczne w ciąży stosujemy w przypadku, gdy arytmia jest związana z istotnymi objawami klinicznymi bądź powoduje zaburzenia hemodynamiczne. W rzadkich przypadkach zaburzenia rytmu mogą wymagać kardiowersji elektrycznej, czyli zabiegu, który ma na celu przywrócenie prawidłowego rytmu serca za pomocą prądu. Kardiowersję wykonuje się w przypadkach niestabilnych hemodynamicznie arytmii zagrażających matce lub płodowi, które powodują hipotonię, niewydolność krążenia, niedokrwienie ośrodkowego układu nerwowego bądź łożyska. Zabieg kardiowersji elektrycznej uważa się za bezpieczny

zarówno dla ciężarnej, jak i dla płodu i wykonuje się go, używając standardowych dawek energii. Z uwagi na fakt, że zabiegi takie jak badanie elektrofizjologiczne i ablacja, wszczepienie kardiowertera-defibrylatora czy rozrusznika serca związane są z koniecznością użycia promieniowania rentgenowskiego szkodliwego dla płodu, procedury te wykonuje się jedynie w uzasadnionych przypadkach. W trakcie wszystkich zabiegów wykorzystujących promieniowanie u ciężarnych osłania się macicę przed bezpośrednim napromieniowaniem i ogranicza czas fluoroskopii do niezbędnego minimum. Ablację przeskórną wykonuje się jedynie w przypadkach opornych na leczenie, źle tolerowanych częstoskurczów, natomiast wszczepienie kardiowertera-defibrylatora, w celu ochrony życia matki, w przypadku groźnych dla życia częstoskurczów komorowych.

” Zaburzenia rytmu serca same w sobie nie są przeciwwskazaniem do zajścia w ciążę. Decydujące znaczenie ma w tym wypadku obecność ewentualnej współistniejącej choroby serca.

Z uwagi na wysoką dawkę promieniowania zabiegi ablacji w miarę możliwości należy odroczyć do drugiego trymestru ciąży i wykonać je w doświadczonym ośrodku. W przypadkach zaawansowanych bloków przedsionkowo-komorowych może zająć konieczność wszczepienia u ciężarnej rozrusznika serca. Ryzyko powikłań związane z tym zabiegiem jest niewielkie, zwłaszcza jeśli zabieg wykonuje się po 8. tygodniu ciąży. Poród drogami natury jest możliwy w większości przypadków zaburzeń rytmu serca, a cesarskie cięcie wykonuje się głównie ze wskazań położniczych.

### IMPLANTACJA URZĄDZEŃ WSZCZEPIANYCH

Zaburzenia rytmu serca same w sobie nie są przeciwwskazaniem do zajścia w ciążę. Decydujące znaczenie ma w tym wypadku obecność ewentualnej współistniejącej choroby serca. U kobiet z zaburzeniami rytmu, zdiagnozowanymi przed zajściem w ciążę, najlepszym rozwiązaniem jest radykalne leczenie polegające najczęściej na przeskórnej ablacji. Należy ją wykonać przed planowaną ciążą. Szczególnie znaczenie ma to u kobiet z zespołem WPW, ponieważ częstość występowania arytmii związanych z tym zespołem wzrasta w czasie ciąży. Przed planowaną ciążą należy także wykonać zabieg wszczepienia rozrusznika serca u kobiet z zaburzeniami przewodnictwa takimi jak np. zaawansowane bloki przedsionkowo-komorowe. Podobnie przed zajściem w ciążę należy implantować kardiowerter-defibrylator, jeśli są ku temu wskazania. Posiadanie stymulatora serca czy kardiowertera-defibrylatora nie jest przeciwwskazaniem do zajścia w ciążę. Niewątpliwie ciężarna z wszczepionym urządzeniem wymaga opieki kardiologicznej i regularnych kontroli urządzenia. ■