

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ЖЕЛУДОЧКОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ

На основании анализа 186 карт вызовов скорой помощи к больным с ЖТ выявлены причины возникновения, основные признаки желудочковой пароксизмальной тахикардии. Обоснованы методы лечения в зависимости от показателей гемодинамики, анамнеза и причин заболевания. Продемонстрирована эффективность купирования ЖТ при правильно выбранной тактике.

Желудочковые аритмии — основная причина внезапной смерти. Считается, что почти половина смертей от сердечно-сосудистых заболеваний происходит внезапно. Таким образом, желудочковые аритмии — причина почти половины всех смертей от сердечно-сосудистых заболеваний. Желудочковая тахикардия — это три или более комплекса QRS желудочкового происхождения с частотой более 100 в минуту. Проявления желудочковой тахикардии могут быть разнообразными, они зависят от состояния больного, ЧСС, наличия органического поражения сердца и сопутствующей патологии. У одних больных желудочковая тахикардия протекает бессимптомно, у других же вызывает обмороки и внезапную смерть. Нарушение нормальной последовательности сокращения предсердий и желудочков может вызывать симптомы при исходно нарушенной функции сердца. При ЧСС менее 150 в минуту короткие пароксизмы желудочковой тахикардии нередко переносятся на удивление хорошо, даже при имеющемся органическом поражении сердца. Если функция левого желудочка снижена, пароксизмы желудочковой тахикардии с такой ЧСС, продолжающиеся дольше нескольких часов, обычно вызывают сердечную недостаточность, тогда как при нормальной функции левого желудочка эти пароксизмы могут переноситься хорошо в течение очень длительного времени. При ЧСС от 150 до 200 в минуту переносимость может быть разной, она зависит от факторов, указанных выше. При ЧСС выше 200 в минуту жалобы появляются почти у всех больных. Пароксизмы желудочковой тахикардии продолжительностью менее 30 с называются неустойчивыми. Все желудочковые тахикардии можно разделить на возникающие при ишемии миокарда и не связанные с ишемией. Ишемия влияет на формирование потенциала действия, продлевает рефрактерность и нарушает распространение возбуждения. Изменяется биохимическая среда клетки, в том числе состав электролитов и кислотность. При инфаркте миокарда некроз кардиомиоцитов происходит неравномерно: в области инфаркта рубцовая ткань соседствует с работающим миокардом. Это создает морфологический субстрат для повторного входа возбуждения (два пути с разной скоростью проведения и однонаправленной блокадой проведения в одном из них). Желудочковая тахикардия, вызванная ишемией миокарда, обычно бывает полиморфной. При ишемии может происходить удлинение интервала QT, нередко в сочетании с инверсией зубцов T. Удлинение интервала QT при полиморфных желудочковых тахикардиях, обусловленных ишемией миокарда, не столь выражено, как при другой разновидности полиморфной желудочковой тахикардии — пируэтной тахикардии. Ишемия — самая частая причина полиморфной желудочковой тахикардии на фоне нормального интервала QT.

Неишемические желудочковые тахикардии. К этим тахикардиям относятся реципрокная тахикардия с участием ножек пучка Гиса, желудочковая тахикардия из выносящего тракта правого желудочка, желудочковая тахикардия из верхушки левого желудочка, пируэтная тахикардия на фоне врожденного удлинения интервала QT и другие наследственные желудочковые тахикардии, идиопатическая полиморфная желудочковая тахикардия, лекарственные желудочковые тахикардии, тахикардии при аритмогенной дисплазии правого желудочка, а также желудочковые тахикардии при воспалительных и инфекционных заболеваниях

Материал и методы: изучены 186 карт вызова скорой помощи к больным с желудочковыми нарушениями сердечного ритма. Причиной возникновения аритмий у изучаемых больных были: острая ишемия миокарда - 36 (19%), постинфарктный кардиосклероз - 117(63%), кардиомиопатии – 17 (9%), неишемические поражения сердца – 16 (9%). Время прошедшее от начала приступа до обращения в скорую медицинскую помощь составило от 45 минут до 2-х часов. Состояние большинства больных было средней тяжести или тяжелое, почти у 12% оно было расценено как крайне тяжелое. Практически у всех больных нарушение ритма сопровождалось нестабильностью гемодинамики: от незначительного снижения артериального давления до развития аритмического шока.

Для уточнения диагноза аритмии всем больным проводилась регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях. Для желудочковой тахикардии характерны правильный ритм и расширенные комплексы QRS одинаковой формы, однако у 21% больных регистрировалась полиморфная желудочковая тахикардия, ритм был неправильным и отмечались уширенные комплексы QRS разной формы. Желудочковую тахикардию следует дифференцировать от наджелудочковых тахикардий с абберрантным проведением и блокадой ножек пучка Гиса, а также с расширением комплексов QRS, обусловленным метаболическими нарушениями. Отличить желудочковую тахикардию от наджелудочковой с абберрантным проведением — задача непростая. Поэтому в условиях скорой медицинской помощи при дефиците времени, информации и невозможности проведения дополнительных методов диагностики, любую тахикардию с широкими комплексами у больного с ИБС следует считать желудочковой, если не доказано обратное. По данным некоторых авторов более 80% всех тахикардий с широкими комплексами у больных с ИБС- желудочковые.

ЖТ у подавляющего большинства больных представляет реальную угрозу жизни - как ввиду резко отрицательного влияния на гемодинамику, так и из-за большой вероятности перехода в фибрилляцию желудочков.

Полученные результаты. Схемы купирования ЖТ хорошо известны и отработаны. Традиционным является начальное применение лидокаина или амиодарона. При отсутствии эффекта дальнейшее медикаментозное лечение нецелесообразно, хотя имеются данные об эффективности многих из них,

Купирование аритмии, у больных находящихся в стабильном состоянии (149- 80%), начинали с внутривенного введения

лидокаина в дозе 3мг/ кг внутривенно струйно в течении 30-40 секунд, или кордарона 150-300 мг. внутривенно струйно в течении 5 минут. Если в анамнезе больного имелось указание на эффективность конкретного антиаритмического препарата, купирование пароксизма начинали с введения этого препарата. Чаще всего это были ритмилен, соталол, β-адреноблокаторы. При применении противоритмических препаратов пароксизм ЖТ купирован у 103 (69%) больных. Введение второго противоритмического препарата было проведено 46 больным, что привело к купированию пароксизма у 16 (11%) больных. У 30 (20%) восстановить ритм не удалось. Госпитализировано всего 44 больных в городской кардиологический центр. Всем больным во время транспортировки проводилось мониторирование сердечного ритма, артериального давления, поводилась внутривенная капельная инфузия противоритмических препаратов (лидокаин, кордарон)

У больных с нестабильной гемодинамикой, низким артериальным давлением, признаками левожелудочковой недостаточности (37- 20%) для купирования желудочковой тахикардии применялась электрическая кардиоверсия. Перед проведением кардиоверсии проводилась оксигенотерапия, вводились наркотические анальгетики (фентанил 0,05 мг, либо промедол 10 мг в/в), больной вводился в медикаментозный сон (диазепам 5 мг в/в и по 2 мг каждые 1-2 мин до засыпания; электрический импульс синхронизируется с зубцом R на ЭКГ; используются хорошо смоченные прокладки или специальный гель, разряд производился на выдохе, в момент нанесения разряда электроды плотно прижимаются к грудной клетке. При проведении кардиоверсии необходимо строго соблюдать правила техники безопасности: больной должен лежать на ровной твердой поверхности, не касаться металлических предметов, персонал во время нанесения разряда не должен касаться больного. После проведения первого разряда мощностью 100 ДЖ синусовый ритм восстановился у 22 (59%) больных. Проведение повторного разряда мощностью 200 ДЖ проведено 15 (41%) больным. Восстановление синусового ритма после второго разряда произошло у всех больных. После восстановления ритма и стабилизации артериального давления все больные госпитализированы в реанимационное отделение городского кардиологического центра. Во время транспортировки проводилась инфузионная терапия антиаритмическими препаратами, вазопрессорами при постоянном мониторировании сердечного ритма, артериального давления, оксигенотерапия через носовые катетеры.

Выводы. Диагностика пароксизмальных желудочковых тахикардий в большинстве случаев не представляет затруднений, однако, даже при наличии сомнений, любая аритмия с широким комплексом QRS в условиях скорой помощи должна рассматриваться как желудочковая. Лечение аритмии при стабильной гемодинамике и аритмии с известным способом подавления можно начинать с введения противоритмических препаратов. Лечение аритмий сопровождающихся нестабильностью гемодинамики, левожелудочковой недостаточностью необходимо начинать с проведения электроимпульсной терапии. Правильно выбранная тактика является залогом эффективного купирования приступа и своевременной госпитализации больного в профильный стационар.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кушаковский М.С. Аритмии сердца: Руководство для врачей. — СПб: Гиппократ, 2000. — 544 с.
- 2 Л.А. Бокерия, А.Ш. Ревишвили, И.Н. Ступаков, И.В. Самородская Организация медицинской помощи больным с нарушениями ритма сердца. - Качественная Клиническая Практика 2003; №1: С.75-82
- 3 В.Н. Коваленко. ред. Руководство по кардиологии . - К.: МОРИОН, 2008. — 1424 с.
- 4 Руководство по скорой медицинской помощи. С.Ф. Багненко, А.Л. Верткин, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутя – «ГЭОТАР –Медиа», 2007. – 786с.
- 5 Е.В. Шляхто, И.В. Новикова «Нарушение ритма у больных с сердечной недостаточностью ассоциированной с ишемической болезнью сердца: современные концепции патогенеза, диагностики и лечения //Вестник аритмологии 2009, №23: С 5-9

З.С. ЕРЕМЕНКО

ПАРОКСИЗМАЛ ТАХИКАРДИЯНЫҢ ЖЕЛУДОЧКОЙ ЖІТІ ТЕРАПИЯСЫ

Түйін: Бойынша анализдің 186 Қарт шақыру асығыс хабар ауруларға мен ЖТ ту- себептерінің, асқазанның пароксизмал тахикардиясының негізгі белгілері айқында-. Шипаның әдістері арада тәуелділікте от көрсеткіштердің гемодинамиканың, анамнездің және ауруға шалдығудың себептерінің тиянақты. ЖТ купирования тиімділігі при дұрыс таңдап ал- тактикада көрсетілген.

Z.S. EREMENKO

INTENSIVE THERAPY OF TACHYCARDIA BY ZHELUDOCHKA PAROKSIZMALNA

Resume: On the basis of the analysis of 186 cards of calls of ambulance to patients with ZhT the emergence reasons, the main symptoms of ventricular paroksizmalny tachycardia are established. Treatment methods depending on indicators of haemo dynamics, the anamnesis and causes of illness are proved. Efficiency of knocking over of ZhT is shown at correctly chosen tactics.