

УДК: 616.12-008.1

Некоторые наджелудочковые нарушения ритма как актуальная проблема современной кардиологии

Киселев Александр Игоревич, студент 3 курса лечебного факультета
Ишмухамбетова Лиана Халитовна, студентка 3 курса лечебного факультета
Поповичева Ольга Олеговна, студентка 3 курса лечебного факультета
Мазлов Алексей Михайлович, ассистент кафедры биологии
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, г. Астрахань, Россия

Аннотация. Одна из актуальных проблем современной кардиологии – нарушение ритма сердца, в частности, наджелудочковые нарушения ритма. В данной статье мы рассмотрели классификацию наджелудочковых нарушений ритма сердца.

Ключевые слова. сердечно-сосудистая система, классификация аритмии, нарушение сердечного ритма, тахикардия, синусовый ритм.

Введение. Различные нарушения ритма сердца являются наиболее сложной и важной актуальной проблемой современной кардиологии [2,3,4]. Аритмии выявляются у большого количества пациентов как с различными патологиями сердечно-сосудистой системы, так и у здоровых лиц. Клинические проявления могут отсутствовать, а в некоторых случаях серьезно влиять на привычный ритм жизни [1,5,6]. Поэтому появляется необходимость в детальном рассмотрении данного вопроса.

Цель исследования. Определить закономерности возникновения наджелудочковых нарушений ритма сердца и их клинические проявления.

Материалы и методы. Библиографические данные, интернет-ресурсы.

Результаты и их обсуждение. Синусовый ритм и синусовая тахикардия. Синусовым ритмом сердца называются сердечные сокращения, генерируемые находящимся в стенке правого предсердия синусовым узлом с ЧСС 60–90 в минуту. Результатом автоматической разрядки синусового узла является синусовая тахикардия, при которой ЧСС составляет более 100 в минуту. При этом форма зубца Р и комплекс QRS остаются в норме. В таком случае ЧСС составляет не более 140 в минуту в покое, а при физических нагрузках – 180–200 в мин.

Синусовая тахикардия возникает в норме как ответная реакция организма на физические нагрузки, стресс, так же, возникает при интоксикациях организма (алкоголь, никотин, наркотические вещества). Данный вид тахикардии также может возникать при действии бета-стимуляторов, атропина и иных стимулирующих средств.

Однако часто синусовая тахикардия является лишь сопутствующим синдромом, как, например, при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), сердечной недостаточности, гиповолемии. В то же время, синусовая тахикардия не классифицируется как нарушение ритма, так как, например, при воздействии на блуждающий нерв посредством провоцирования рефлексов и раздражения нервных окончаний других органов (вагусная проба), происходит постепенное снижение ЧСС с последующим восстановлением синусового ритма. Синусовая тахикардия не нуждается в специальном подборе медикаментов и, в принципе, лечения – в таком случае нужно обратить

внимание на заболевание, которое привело к данному ритму.

Синусовые аритмии. У детей и лиц подросткового возраста при вдохе и выдохе наблюдается сначала понижение, а затем, повышение частоты сердечных сокращений, что связано с вагусным тонусом, но при этом самые короткие и длинные интервалы РР не отличаются более чем на 160 мс. Такая синусовая аритмия носит название фазовой (дыхательной) формы аритмии.

У взрослого человека, в свою очередь, такая форма синусовой аритмии может возникнуть только при повышении тонуса п.vagus, например, при приеме сердечных гликозидов. Так как данная форма аритмии не несет пагубный характер, то специфического лечения она не требует. В свое время, при нефазовой («не дыхательной») синусовой аритмии нужно обратить внимание на заболевания сердца, так как она может являться вариантом синдрома слабости синусового узла.

Синусовая аритмия с брадикардией чаще всего возникает при внутричерепной гипертензии или после перенесенного инфаркта миокарда.

Неадекватная синусовая тахикардия. Данный вид нарушения ритма сердца был выделен недавно; чаще всего обнаруживался у женщин до 25 лет. Как показывают клинические исследования – в большей степени возникает после перенесенной радиочастотной абляции (РЧА). Диагностируется по следующим критериям: ЧСС более 100 в минуту (в покое или при минимальных физических нагрузках); зубцы Р – как при синусовом ритме; отсутствуют другие причины возникновения тахикардии.

У пациентов могут присутствовать следующие симптомы: несистемное головокружение вплоть до обморока; ощущение сердцебиения; боли в области груди. Диагноз в таком случае ставится методом исключения других диагнозов. Предположительно, неадекватная синусовая тахикардия возникает при дисфункции синусового узла или при высокой активности симпатической нервной системы, или, в свою очередь, снижением активности парасимпатического отдела. Клинически установлено, что неадекватная синусовая тахикардия при отсутствии терапии переходит в аритмогенную тахизависимую кардиопатию, при которой требуется назначение бета-

блокаторов и ритмозамедляющих антагонистов кальция, в некоторых случаях – в больших дозах.

Наджелудочковые экстрасистолы. Экстрасистолами называют появление преждевременных единичных или множественных внеочередных сокращений всего сердца или отдельных его камер. Импульсы возникают, чаще всего, в эктопическом очаге предсердий. На ЭКГ регистрируется зубец Р, отличающийся по форме от синусового, а интервал PQ экстрасистолы обычно в норме или удлинены.

Проведение на желудочки может быть аберрантным или заблокированным, если экстрасистола возникает рано по отношению к основному ритму. Неполная компенсаторная пауза является наиболее характерным признаком наджелудочковых экстрасистол. Часто экстрасистолия регистрируется при проведении ЭКГ или суточного мониторирования по Холтеру, поэтому значение экстрасистолии нужно оценивать по образу жизни пациента, так как злоупотребление кофе, курением, алкоголем, может привести к росту числа уже имеющихся экстрасистол. Однако экстрасистолы часто возникают при органических изменениях сердечной мышцы (при ишемической болезни сердца, миокардитах, пороках сердца, сердечной недостаточности, расстройствах электролитного баланса и пр.).

Большим без клинический проявлений и при отсутствии структурного поражения миокарда не требуется никакого лечения. В первую очередь здоровым людям следует порекомендовать устранение провоцирующих факторов – алкоголь, кофеин и т. д.

Литература:

1. Красовский В.С., Мазлов А.М., Гасанов К.З., Горст В.Р. Действие излучения сотового телефона на работу сердечно-сосудистой системы// В сборнике: Всероссийская молодежная конференция "Инновации и технологии Прикаспия". Всероссийская научно-практическая конференция "Исследования молодых ученых - вклад в инновационное развитие России" Министерство образования и науки Российской Федерации. 2012. С. 442.
2. Киселев А.И., Мазлов А.М. Желудочковая экстрасистолия как актуальная проблема кардиологии// Евразийское Научное Объединение. 2020. № 4-3 (62). С. 162-163.
3. Киселев А.И., Мазлов А.М. Современное представление о дисплазии соединительной ткани// Евразийское Научное Объединение. 2019. Т. 4. № 1 (47). С. 189-190.
4. Люсов В.А., Молчанов С.Н. Наджелудочковые и желудочковые нарушения ритма сердца// Российский кардиологический журнал. 2008. Т. 13. № 6. С. 41-61.
5. Мазлов А.М., Давыдова А.В. Психоэмоциональное состояние личности после перенесенного инфаркта миокарда// Евразийское Научное Объединение. 2019. Т. 3. № 5 (51). С. 191-192.
6. Новикова Е.В., Мазлов А.М. О снижении летальности от инсультов в стационарах Астраханской области// Актуальные вопросы современной медицины: материалы III международной конференции прикаспийских государств. – Астрахань. 2018. С. 140-141.

В иных случаях – необходима терапия бета-блокаторами, которые могут уменьшить клинические проявления. Эффективность терапии дигоксином и ритмозамедляющими антагонистами кальция не доказана. Особое внимание надо уделить наджелудочковым экстрасистолам, которые провоцируют развитие мерцательной аритмии, трепетание предсердий.

АВ узловая реципрокная пароксизмальная тахикардия (АВУРПТ). Наджелудочковые тахикардии разделяют на пароксизмальные и персистирующие. Пароксизмальные могут длиться от нескольких секунд до нескольких часов, а хронические – на протяжении нескольких недель или года. Пароксизмальная форма, в свою очередь, может быть устойчивой (до 2 минут) и неустойчивой (менее 2 минут).

Клиническая картина представляет собой: учащение частоты сердечных сокращений до 100-200 и более в минуту; пульсация шейных сосудов соответствует частоту сердечных сокращений; зубцы Р не регистрируются на ЭКГ в 90% случаев. Наиболее часто пароксизмальная тахикардия встречается у женского пола без органических поражений сердечной мышцы и переносится в тяжелой форме. После прекращения пароксизма возникает учащенное мочеиспускание на фоне повышенного давления в правом предсердии и увеличении концентрации предсердного натрийуретического пептида.