

Таким образом, быстрая дифференцировка вида ЖТ позволяет выиграть время до приезда скорой помощи, оказать неотложную помощь и направить пациента в стационар

Выводы

Правильная диагностика наличия ЖТ позволяет оценить риск неблагоприятного исхода для пациента и предотвратить летальный исход.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Белялов, Ф. И.* Аритмии сердца: монография / Ф. И. Белялов. — М.: РИО ИГМАПО, 2014. — 352 с.
2. Диагностика и лечение нарушений ритма и проводимости / С. П. Голицин [и др.] // Кардиологический вестник. — 2014. — № 3. — С. 4–52.
3. *Люсов, В. А.* Аритмии сердца. Терапевтические и хирургические аспекты / В. А. Люсов, Е. В. Колпаков. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 400 с.
4. *Орлов, В. Н.* Руководство по электрокардиографии / В. Н. Орлов. — М.: Медицинское информационное агентство, 2014. — 560 с.
5. *Яковлев, В. Б.* Диагностика и лечение нарушений ритма сердца: пособие для врачей / В. Б. Яковлев, А. С. Макаренко, К. И. Капитонов. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. — 168 с.

УДК 616:12-008-313-07: 61-08-039.57

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РИТМА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ

Апанович В. О., Коледа Е. М., Тасминский Е. В.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Д. П. Саливончик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сердечно-сосудистая патология является наиболее распространенной с позиции заболеваемости и смертности [3]. Неблагоприятные исходы у этой когорты пациентов происходят в результате двух основных патологий — ишемической болезни сердца (ИБС) и в результате нарушений ритма и проводимости [1, 5]. Причем аритмии рассматриваются как проявление ИБС либо имеет под собой самостоятельные патофизиологические причины возникновения. Для удобства диагностики и оказания помощи пациентам с нарушениями ритма все аритмии делятся на желудочковые и наджелудочковые [2, 4]. Частота неблагоприятного прогноза в десятки раз увеличивается при наличии злокачественных желудочковых тахикардий [1, 3, 5].

Цель

Определить наиболее важные анамнестические, клинические и электрокардиографические параметры, влияющие на смертность и возможность оказания медицинской помощи пациентам с аритмиями на амбулаторном этапе.

Материал и методы исследования

Изучены международные рекомендации по диагностике и оказанию помощи пациентам с острым коронарным синдромом, мерцательной аритмии, внезапной сердечной смерти, руководства по электрокардиографии.

Результаты исследования и их обсуждение

Диагностика аритмий начинается с первого контакта с пациентом. При отсутствии сознания пациента рекомендовано определение наличия витальных функций: определение АД, пульса, дыхания, наличия аритмий (клинически и, при возможности, электрокардиографически), возможно использование прекордиального удара с последующим непрямой массажем сердца с частотой 100 компрессий в минуту с продавливанием грудной клетки до 5 см и соотношением между компрессиями и дыханием рот в рот 30:2. При возможности сбора анамнеза и стабильной гемодинамике имеется возможность поэтапной диагностики возможных нарушений ритма.

Этап 1. Наличие жалоб на перебои, слабость, одышку, сердцебиение, замирание в области сердца требует уточнения некоторых позиций.

1. Конкретизация жалобы: что за перебои, внезапность их возникновения, связь с физической нагрузкой, как проходят, постоянно присутствуют, как пациент переносит аритмию (может двигаться, выполнять работу либо заболевание требует вынужденного положения).

2. Точное время (до минут) возникновения аритмии, ее сохранение на момент осмотра.

3. Вызывала ли аритмия потерю (помутнение) сознания, говорили ли об этом родственники. Были ли потери сознания ранее.

4. Погибал ли кто-то из родственников внезапно на фоне (без фона) кардиозаболеваний.

5. Имеет ли пациент в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) либо сердечную недостаточность, гипертрофию левого желудочка (структурное повреждение сердца).

6. Принимает пациент препараты на постоянной основе, какие имеются хронические заболевания, эффективен ли прием данных лекарств.

Этап 2. Измерение АД. Определение частоты сердечных сокращений (ЧСС). Оценка ритмичности, правильности, наполнения пульса. Перкуссия левых отделов сердца. Аускультация сердца. Определение тонов и шумов сердца (клапанные пороки).

Этап 3. Регистрация стандартной ЭКГ: 3 стандартных, 3 усиленных, 6 грудных и, по возможности, непрерывное снятие II стандартного отведения на скорости 50 либо 25 мм/с. Предполагаемый алгоритм диагностики аритмий представлен на рисунке 1.

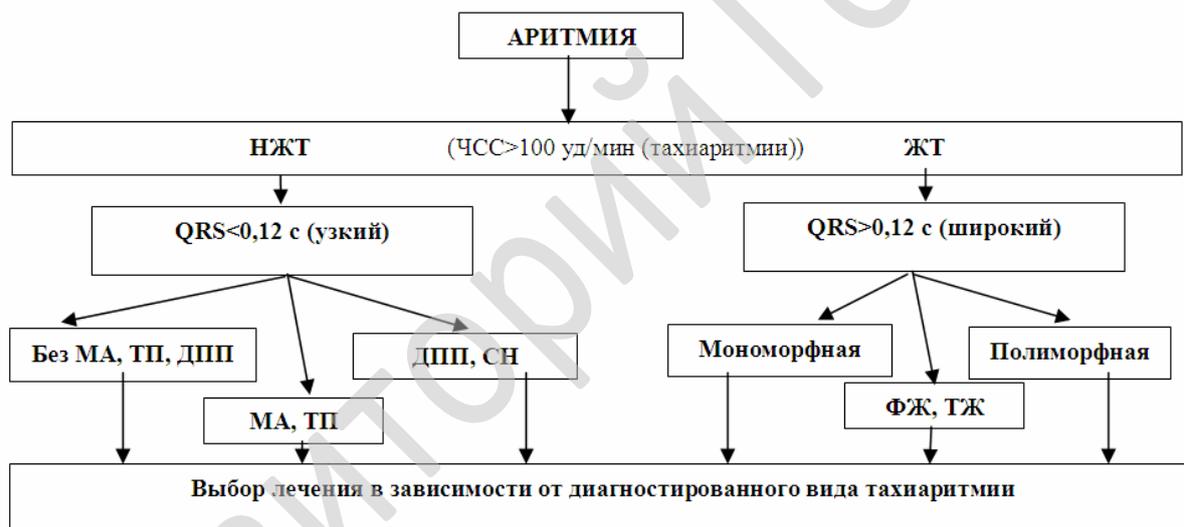


Рисунок 1 — Алгоритм диагностики тахикардий на амбулаторном этапе

Примечания: НЖТ — наджелудочковая тахикардия; ЖТ — желудочковая тахикардия; МА — мерцательная аритмия; ТП — трепетание предсердий; ДПП — дополнительные пути проведения; ФЖ — фибрилляция желудочков; ГЖ — трепетание желудочков; СН — сердечная недостаточность.

При наличии аритмии первоопределяющим является деление ее на гемодинамически значимую (злокачественную), устойчивую (более 30 с), на наджелудочковую и желудочковую, на ЭКГ: наличие зубца Р, определение его полярности, связи с комплексом QRS, оценка расстояния Р-Р, оценка ЧСС (тахикардии при ЧСС больше 100 уд/мин), внезапность (пароксизмальность) начала и окончания приступа тахикардии, длительность комплексов QRS до 0,12 с (узкий) или более 0,12 (широкий), вид комплексов (мономорфность, полиморфность, блокады ножек пучка Гиса), оценка сегмента ST на ЭКГ, наличие зубцов Q (q) и продолжительности интервала QT (не > 450 мс для мужчин, 430 мс для женщин).

Таким образом, выбор антиаритмического препарата строится на выявлении структурного поражения сердца либо его отсутствии. При наличии структурного поражения миокарда препаратом выбора является амиодарон, в остальных случаях имеются дополнительные варианты. При НЖТ стоит задача восстановления ритма или контроль ЧСС с ан-

тикоагулянтной поддержкой для профилактики развития инсульта (МА, ТП). При наличии ДПП, СН основным препаратом для купирования является амиодарон. При других видах НЖТ часто эффективными на амбулаторном приеме являются вагусные пробы, назначение верапамила, метопролола, пропafenона, амиодарона.

При купировании устойчивой мономорфной ЖТ с сохраненной фракцией выброса (ФВ) внутривенно используются: прокаинамид, лидокаин, амиодарон, при сниженной ФВ — препарат выбора амиодарон. Для купирования полиформной ЖТ на фоне нормальной продолжительности QT используются внутривенно пропранолол, метопролол, лидокаин, прокаинамид, амиодарон. На фоне удлиненного QT на первый план выступает внутривенное введение сульфата магния и метопролола, лидокаина. Итогом купирования любой, особенно желудочковой, тахикардии может стать использование электроимпульсной терапии (ЭИТ) при определенных навыках с соблюдением техники безопасности.

Начало оказания помощи при возникшей тахикардии должно осуществляться с одновременным вызовом скорой медицинской помощи, готовности проведения непрямого массажа сердца, дефибрилляции и искусственной вентиляции легких с дальнейшей госпитализацией в стационар.

Вывод

Следование предложенному алгоритму диагностики позволяет в кратчайшие сроки определиться с видом медикаментозного воздействия для спасения жизни пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бова, А. А. Функциональная диагностика в практике врача-терапевта: руководство для врачей / А. А. Бова, Ю.-Я. С. Денешук, С. С. Горохов. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 240 с.
2. Диагностика и лечение нарушений ритма и проводимости / С. П. Голицин [и др.] // Кардиологический вестник. — 2014. — № 3. — С. 4–52.
3. Кардиология. Национальное руководство / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 1232 с.
4. Орлов, В. Н. Руководство по электрокардиографии / В. Н. Орлов. — М.: Медицинское информационное агентство, 2012. — 560 с.
5. 2011 ACCF/AHA/HRS Focused Update on the Management of Patient With Atrial Fibrillation. A Report of the American College of Cardiology Foundation / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines / L. S. Wann [et al.] // Circulation. — 2011. — Vol. 123. — P. 104–123.

УДК 616.12-008.311-07

ПРЕДГОСПИТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИАРИТМИЙ

Апанович В. О., Снопко М. А., Титова М. О.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Д. П. Саливончик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В Республике Беларусь одно из первых мест в структуре смертности и инвалидности населения занимают болезни системы кровообращения (БСК) [2, 4, 5]. Актуальность проблемы БСК обусловлена высокой распространенностью данной патологии. Установлено, что доля пациентов с сердечно-сосудистой патологией, получающих эффективное лечение, составляет менее 50 % [2]. Снижение заболеваемости и смертности вследствие БСК может быть достигнуто совокупностью комплексного воздействия на факторы, влияющие на состояние здоровья населения, своевременной диагностикой заболеваний сердца и адекватным лечением [1, 3].

Цель

Определить четкие диагностические ЭКГ-критерии наджелудочковых тахикардитий, дающие возможность назначения адекватного лечения на амбулаторном этапе.