



Экстрасистолия

- * Выполнил: Ашонов С.Ж.
- * Факультет: ОМ
- * Курс: 5

Желудочковая экстрасистолия

Желудочковая экстрасистола — это преждевременное возбуждение и сокращение желудочков, вызываемое импульсом, который образуется в клетках проводящей системы сердца дистальнее бифуркации пучка Гиса или в волокнах сократительного миокарда желудочков.

Распространённость ЖЭС

- 5% у здоровых людей на ЭКГ
- 50% у здоровых людей на ХМ-ЭКГ
- С возрастом количество ЖЭС увеличивается
- Количество ЖЭС увеличивается в утренние часы

Этиология и патогенез

Причины экстрасистолии:

- преходящие факторы (физическая нагрузка или эмоциональный стресс, повышенное утомление, прием алкоголя, кофе, курение и др.);
 - органические заболевания сердца (ИБС, ИМ, АГ, кардиомиопатии, миокардиты, пороки сердца);
 - внесердечные заболевания/состояния (гипокалиемия, в частности при лечении диуретиками; прием лекарственных препаратов, например сердечных гликозидов, симпатомиметиков, антиаритмических ЛС, трициклических антидепрессантов; различные эндокринные заболевания, желчнокаменная болезнь).
-
- Без причины
 - ПМК

Механизмы ЖЭС

- Гипоксия,
- увеличение камер сердца,
- увеличение активности симпатoadреналовой, ренин-ангиотензиновой системы,
- кардиосклероз, аневризма,
- Гипертрофия миокарда

Механизмы ЖЭС

- Триггерная активность
 - Re-entry
 - Увеличение автоматизма эктопического очага (ЖЭС по типу парасистолии с переменным интервалом сцепления)
- } фиксированный интервал сцепления

Классификация ЖЭС

В связи с важным значением ЖЭС для прогноза сердечно-сосудистых заболеваний выделяют степени (градации) ЖЭС. Классификация желудочковой экстрасистолии по В. Lown представлена ниже:

| Градация | Характеристика ЖЭС |
|----------|--|
| 0 | ЖЭС отсутствует |
| I | Мономорфные, или монотопные (менее 30/ч) |
| II | Мономорфные, или монотопные (более 30/ч) |
| III | Полиморфные, или политопные |
| IVА | Парные |
| IVВ | Пробежки ЖТ (3 ЖЭС подряд и более) |
| V | Ранние (феномен R на T) |

Классификация ЖЭС

III – V классы ЖЭС обладают высоким риском развития внезапной смерти за счет триггерной активности, которая способствует возникновению ЖТ, ФЖ.

Классификация ЖЭС

- Ранние, поздние, вставочные
- Бигеминия, тригеминия, квадрогеминация
- Право-, левожелудочковые

Клиника ЖЭС

В большинстве случаев экстрасистолия протекает бессимптомно. Примерно 30% людей ощущают ЭС как перебои в работе сердца или «остановку сердца», 5—10% считают, что ЭС существенно ухудшает их самочувствие.

- Замирания, перебои в работе сердца
- Слабость, головокружение
- Нехватка воздуха
- Признаки сердечной недостаточности

Прогноз ЖЭС

- Без органических заболеваний сердца и дисфункции миокарда – ЖЭС на прогноз не влияет (даже частые и сложные)
- При органических заболеваниях (АГ+ГМЛЖ с нарушением процесса реполяризации, ИБС, стеноз АК, КМП) – увеличивает риск внезапной смерти (за счет развития ЖТ).
- Чем выше класс и больше частота ЖЭС – увеличивается риск ЖТ.
- При ПМК даже частые и сложные ЖЭС – не влияют на развитие ЖТ.

Лечение ЖЭС

Цели лечения:

- Устранить симптомы
- Улучшить прогноз

Учитывая класс градации и наличие органической патологии сердца.

Лечение ЖЭС

ЖЭС высокой градации

+ отсутствие клиники

+ отсутствие органической патологии сердца

- лечение не требуется

Рекомендовано:

* Диета богатая калием, физическая активность, ЗОЖ

Лечение ЖЭС

ЖЭС высокой градации

+ **наличие клиники**

+ отсутствие органической патологии сердца

Рекомендовано:

- * Седативные препараты
- * БАБ/

при наличии брадикардии – капли Зеленина

При неэффективности – сочетание с I кл. ААП

Лечение ЖЭС

При наличии ПМК – рекомендации те же.

Однако при нарушении самочувствия, появлении залповых ЖЭС, нестойкой ЖТ

- сочетание БАБ + седативные препараты + IC
ААП

При наличии органической патологии

- БАБ, IC – противопоказаны.

Лечение ЖЭС

Антиаритмические ЛС IA и IC классов ухудшают прогноз жизни у больных с органическим поражением миокарда (ИМ, кардиомиопатии и др.), поэтому их не назначают для лечения ЖЭС у пациентов этих категорий.

У больных с заболеваниями сердца необходимы лечение основного заболевания, коррекция гипокалиемии и гипомagnesемии, гликозидной интоксикации, назначение ББ, которые могут не уменьшать число ЖЭС, но снижать риск возникновения ЖТ и ФЖ при нарушенной систолической функции сердца.

Лечение ЖЭС

При ЖЭС вследствие гипокалиемии:

Калия хлорид в/в до 4—5 мэкв/кг/сут до достижения верхней границы нормы сывороточного калия.

Кратность введения и продолжительность лечения определяют по уровню калия в крови.

При ЖЭС вследствие гипوماгнемии:

Магния сульфат в/в по 1000 мг 4 р/сут (дозу рассчитывают по магнию) до достижения верхней границы нормы сывороточного магния.

При тяжелой гипوماгнемии суточная доза может достигать 8—12 г/сут (дозу рассчитывают по магнию).

Лечение ЖЭС

При ЖЭС вследствие гликозидной интоксикации:

Димеркапрол в/в по 5 мг/кг
3—4 р/сут в 1-е сутки, 2 р/сут
во 2-е сутки, затем 1 р/сут
до устранения симптомов
интоксикации

+

Калия хлорид в/в до 4—5 мэкв/кг/сут
до достижения верхней границы
нормы сывороточного калия.

Кратность введения и продолжительность лечения определяют по уровню калия в крови.

Лечение ЖЭС

Только амиодарон одновременно подавляет ЖЭС и улучшает прогноз жизни у больных, перенесших ИМ и страдающими другими органическими поражениями сердечной мышцы.

При ЖЭС высоких градаций (III—V градация по В. Lown) у больных с органическим заболеванием сердца:

Амиодарон внутрь по 200 мг
3 р/сут (1-я неделя);
200 мг 2 р/сут (2-я неделя).

Лечение ЖЭС

Лечение проводят под контролем ЭКГ (1 раз в 2—3 сут). После достижения насыщения амиодароном (увеличение продолжительности интервала Q—T, расширение и уплощение зубца T, особенно в отведениях V_5 и V_6) назначают препарат в поддерживающей дозе:

Амиодарон внутрь 200 мг
1 р/сут, длительно
(обычно с 3-й недели).

Поддерживающую дозу определяют индивидуально. Лечение проводят под контролем ЭКГ (1 раз в 4—6 нед). При увеличении продолжительности интервала Q—T более чем на 25% от исходной или до 500 мс требуется временная отмена препарата и в дальнейшем применение его в уменьшенной дозе (100 мг 1 р/сут).

Оценка эффективности лечения

Эффективность действия антиаритмических ЛС у больных с ЖЭС оценивают по критериям В. Lown и соавт. Антиаритмический препарат считают эффективным, если под действием лечения произошло (по данным мониторинга ЭКГ по Холтеру):

- уменьшение общего количества ЖЭС, зарегистрированных за сутки, более чем на 50%;
- уменьшение количества парных ЖЭС не менее чем на 90%;
- полное устранение групповой ЖЭС (3 следующих подряд эктопических сокращения и более) и «пробежек» ЖТ.



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**