

3. Ивашкин, В.Т., Шептулин, А.А., Лапина, Т.Л., Картавенко, И.М. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии // РЖГГК. - 2012. - Т. 22. - № 3. - С. 80-92.

4. Лоранская, И. Д. Применение антидепрессантов в лечении синдрома раздраженного кишечника / И. Д. Лоранская, Ю. А. Козлова // Consilium medicum. - 2014. - Т. 16, № 8.- С. 42-46.

5. Shadi, S.Y. Functional dyspepsia in review: Pathophysiology and challenges in the diagnosis and management due to coexisting gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome/ S.Y. Shadi, J. Christie // Gastroenterol. Res. Pract. 2013. ID351086. P. 1–8.

6. Фадеенко, Г.Д. «Синдром перекреста» функциональных заболеваний органов пищеварения: некоторые вопросы патогенеза и коррекции /Г.Д. Фадеенко, О.В. Чирва// Сучасна гастроентерологія. — 2014. — № 3 (77). — С. 9-15.

7. Дубинина, В.В.Состояние функционального здоровья современного студента-выпускника медицинского ВУЗа/ В.В. Дубинина, А.Л. Дорофеев, Л.И. Гуринова, Н.А. Галушко // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 8-2. – С. 20-21

УДК 616.12-008.318.08

Н.Н. Махматмурадова, Д.А. Юлдашева
ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АРИТМИЯМИ

Кафедра внутренней медицины №4 с гематологией
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самарканд, Республика Узбекистан

N.N. Makhmatmuradova, D.A. Yuldasheva
FEATURES TREATMENT OF PATIENTS WITH ARRHYTHMIA

Samarkand state medical institute
Samarkand, Republic of Uzbekistan

Контактный e-mail: shavkat-smbe@rambler.ru

Аннотация. В статье рассмотрены особенности медикаментозного лечения пациентов с различными видами аритмий.

Annotation. The article describes the features of medical treatment of patients with different types of arrhythmias .

Ключевые слова: аритмии, виды, причины возникновения, виды лечения

Keywords: arrhythmia, types , causes, treatments.

Аритмия – это нарушение последовательности и частоты сокращений сердца. Сердце человека сокращается в определенном режиме. Этот режим образует проводящая система сердца. Она представляет собой узлы и пучки нервной ткани – скопления нервных клеток и волокон, расположенных в участках миокарда, которые генерируют биоэлектрические импульсы в сердце и проводят их [1,4].

Различают следующие виды аритмий: синусовая (тахикардия, брадикардия, экстрасистолия), мерцательная аритмия предсердий или желудочков, пароксизмальная тахикардия, блокада сердца [5,6].

Причины возникновения аритмий разнообразны. Их могут вызывать заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь), пороки сердца, воспаления сердечной мышцы (миокардиты), артериальная гипертония, черепно-мозговые травмы, опухоли мозга, заболевания щитовидной железы и надпочечников, климактерические изменения в организме [2,3,9]. Также к возникновению аритмий приводят нарушение соотношения калия, натрия и кальция внутри клеток миокарда и во внеклеточной среде, стрессы, нервные и физические перегрузки, курение и злоупотребление алкоголем, некоторые лекарственные и токсические вещества [7,8,10].

Цель исследования – установление особенности проведения лечебных мероприятий при различных видах аритмий.

Материалы и методы исследования

В качестве материала проанализировали истории болезни 43 пациентов, находившихся на стационарном лечении в 2015 году в отделение кардиологии Самаркандского городского медицинского объединения, которым были рекомендованы медикаментозные методы лечения различных видов аритмий. Обследование пациента проводили путем расспроса больного, применением клинических и инструментальных методов.

Результаты исследования и их обсуждение

Тактика лечения зависит от тяжести течения заболевания, прогностического значения нарушения ритма сердца, наличия отягощенной наследственности. Этиотропное лечение аритмий (лечение основного заболевания, вызывающего развитие нарушения ритма) в некоторых случаях оказывается эффективным для их устранения. «Базисная» терапия направлена на создание благоприятного электролитного фона для воздействия антиаритмическими препаратами (ААП) [4]. При лечении пароксизмальных наджелудочковых тахиаритмий эффективно применяли рефлекторную стимуляцию вагуса – «вагусных проб». При тяжелых нарушениях ритма, сопровождающихся прогрессирующим ухудшением гемодинамических параметров (сердечной, сосудистой недостаточности), существует реальная угроза гибели больного, применили электроимпульсную терапию (ЭИТ) и ЭКС. Также существуют методы хирургического лечения некоторых видов аритмий (желудочковых тахиаритмий, резистентных к антиаритмическим препаратам, МА, синдроме ПБЖ с резистентными к лечению приступами наджелудочковой

и желудочковой тахикардии, сочетании синдромов ПВЖ и СССУ) и радиочастотной катетерной аблации.

Фармакотерапия нарушений сердечного ритма широко распространена и применяется у 85–90% пациентов, страдающих аритмией [1,10]. Широкий спектр препаратов с различным механизмом действия позволяет выбрать наиболее эффективный для лечения конкретных видов аритмий. Механизм действия ААП заключается в блокаде натриевых, кальциевых, калиевых ионных каналов, что приводит к изменению электрофизиологических свойств миокарда. Многие ААП действуют одновременно на трансмембранные ионные каналы разных типов. В настоящее время считается общепринятой классификация, включающая в себя 4 класса ААП. При неэффективности какого-либо антиаритмического препарата следующий препарат выбирается из другой группы. При назначении ААП должны быть четко определены показания к назначению конкретного препарата. Необходимо учитывать возможность аритмогенного эффекта ААП.

Синусовая аритмия - это неправильное чередование сердечных сокращений. Такой вид аритмии обычно наблюдался у детей и подростков. Она была функциональной и связанной с дыханием. При вдохе сокращения сердца учащаются, а при выдохе становятся реже. Обычно дыхательная аритмия не требует лечения и не влияет на самочувствие. При задержке дыхания она исчезает, что является одной из проб, используемых при диагностике подобного вида аритмий. Часто такой тип аритмии является физиологическим и проходил самостоятельно. Но если имело место ощутимый дискомфорт, назначался прием низких доз лекарственного препарата, входящего в группу бета-блокаторов. Больной не нуждался в антиаритмической терапии при бессимптомно протекающих нарушениях ритма, при наличии нормальных размеров сердца и сократительной способности, высокой толерантности к физической нагрузке. Это, например, такие нарушения, как синусовая брадикардия (при отсутствии заболеваний сердца и нормальных гемодинамических параметрах), миграция водителя ритма, синусовая аритмия, медленные эктопические ритмы. В этом случае необходимо диспансерное наблюдение, профилактические мероприятия, исключение вредных привычек.

Мерцание предсердий - характеризуется беспорядочным сокращением отдельных мышечных волокон, при этом предсердия полностью не сокращаются, а желудочки сокращаются неритмично с частотой 100-150 ударов в минуту. При трепетании предсердий они сокращаются регулярно с частотой 250-300 ударов в минуту. Они наблюдаются при заболеваниях и пороках сердца, щитовидной железы (гипертиреозе), ИБС, алкоголизме. Мерцание и трепетание предсердий называются также мерцательной аритмией. Больные при этом не всегда чувствуют сердцебиение и изменение в самочувствии. При лечении применяли – пропafenон, сотогексал, кордарон, бета-блокаторы.

Пароксизмальная тахикардия - это правильный, но частый ритм работы сердца. Частота сердечных сокращений при этом колеблется от 140 до 240

ударов в минуту. Она начинается и исчезает внезапно. Причины ее возникновения сходны с экстрасистолией. При этом больные чувствуют сердцебиение, слабость, повышенное потоотделение. Применяли препарат Аллапанин, активность которого проявлялось в отношении предсердных и желудочковых нарушений ритма сердца. Наибольшая эффективность Аллапинина отмечается при предупреждении пароксизмов наджелудочковых тахиаритмий (МА, ТП и ПНТ). Эффективность его в этих случаях достигает 77,8%. При лечении желудочковой экстрасистолии эффект составляет 71,4%. Показано применение А при лечении аритмий при инфаркте миокарда. Преимуществом препарата является низкая аритмогенная активность. Переносимость препарата хорошая. Назначается внутрь в таблетках длительным курсом. Существует также раствор для парентерального применения.

Мерцание (фибрилляция предсердий). Частота МА составляет около 80% всех суправентрикулярных аритмий [4]. По данным Фрамингемского исследования, МА встречается у 0,3–0,4% взрослого населения, и частота ее увеличивается с возрастом [8]. Принято выделять две основные формы МА: хроническую и пароксизмальную. Примерно у 90% больных с хронической МА причиной являются органические заболевания сердца, среди них самые частые – органические пороки сердца (30%) и ИБС (20%). При пароксизмальной форме до 60% больных составляют лица с идиопатической МА [9]. Среди заболеваний, не вызывающих грубых морфологических изменений миокарда предсердий и приводящих к развитию МА, большую роль играет тиреотоксикоз и дисфункция вегетативной нервной системы, в частности, ваготония. Механизмом развития МА является повторный вход волны возбуждения, при этом функционирует несколько петель *re-entry*. ЭКГ признаки мерцательной аритмии характеризуются отсутствием зубца Р во всех отведениях, наличием беспорядочных волн f различной формы и амплитуды с частотой 350–700 в минуту, неправильным ритмом комплексов QRS, имеющих, как правило, неизменный вид. Частота желудочковых сокращений в большинстве случаев составляет 100–160 в минуту, но существуют также нормосистолическая и брадисистолическая формы. Согласно современным представлениям о механизмах МА для ее лечения применяют ААП, блокирующие калиевые и натриевые каналы (I и III класс препаратов).

Трепетание предсердий (ТП). Частота этого вида нарушения ритма составляет около 10% всех суправентрикулярных тахиаритмий [6]. Электрофизиологический механизм ТП – *re-entry*. Наиболее распространенные этиологические факторы – органические пороки сердца, ИБС, артериальная гипертензия. ЭКГ признаки: предсердные волны F правильной пилообразной формы, похожие друг на друга, ритмичные (не всегда) с частотой 200–400 в минуту, в большинстве случаев правильный желудочковый ритм, наличие неизменных желудочковых комплексов, каждому из которых предшествует определенное, чаще постоянное, количество предсердных волн F (2:1, 3:1 и

т.д.). Для лечения ТП применяются блокаторы натриевых (I класс) и калиевых каналов (III класс ААП).

Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (ПНТ). Электрофизиологический механизм ПНТ – повторный вход волны возбуждения, в некоторых случаях – повышенный автоматизм эктопических очагов. ЭКГ признаки: внезапно начинающийся и так же внезапно заканчивающийся приступ тахикардии с ЧСС 140–250 в минуту при сохранении правильного ритма, изменения формы, величины, полярности и локализации зубца Р (при ПНТ из АВ–соединения Р расположен позади желудочкового комплекса), неизмененные желудочковые комплексы QRS, за исключением случаев с аберрацией желудочкового проведения. Иногда наблюдается ухудшение АВ–проводимости с развитием АВ– блокады I или II степени. Вид ПНТ зависит от различных электрофизиологических механизмов, что определяет выбор ААП в каждом конкретном случае. Применяются препараты всех четырех классов.

Блокады сердца - этот вид аритмий связан с замедлением и прекращением проведения импульсов по структурам миокарда. Признаком блокад является периодическое пропадание пульса. Блокады могут быть полными и неполными. Полные блокады могут сопровождаться снижением частоты сокращений сердца. При них часто возникают обмороки, судороги. При полной поперечной блокаде могут возникнуть сердечная недостаточность и внезапная смерть. На фоне многих синтетических лекарственных средств особое место занимает препарат растительного происхождения *Аллапинин* (А). Он замедляет проведение импульса по предсердиям и системе Гиса–Пуркинье, в отличие от большинства ААП I класса не угнетает автоматизм синусового узла.

Выводы:

1. Аритмии могут развиваться не только на фоне различных патологий сердца и сосудов, но и как самостоятельные заболевания.
2. Лечение аритмий направлено на устранение симптоматики и первопричин развития.
3. Медикаментозная терапия аритмий напрямую связана с их тяжестью течения, типом и другими особенностями.

Литература:

1. Джанашия П.Х., Назаренко В.А., Николенко С.А. «Мерцательная аритмия: современные концепции и тактика лечения, РГМУ», М, 2001.
2. В. Дощицын «Принципы и тактика медикаментозной терапии аритмий сердца» [http:// therapy.narod.ru](http://therapy.narod.ru).
3. Корнелюк И.В., Никитин Я.Г. Коптюх Т.М., Чигринова Н.П. «Динамика параметров вариабельности желудочковых сокращений при лечении постоянной мерцательной аритмии бета–адреноблокаторами и кордароном» . <http://medafarm.ru>.
4. И.А. Латфуллина., Богоявленская О.В., Ахмерова Р.И. «Клиническая аритмология МЕД пресс–информ» ,М, 2002.

5. Миллер О.Н., Пономаренко С.В. «Диагностика и лечение наджелудочковых тахикардий», Новосибирск, 2003.
6. Роман Т.С., Волков В.Н., Долгошей «Характеристика вегетативных типов пароксизмальной мерцательной аритмии по данным электрофизиологических исследований» <http://www.med.by>.
7. Соколов С.Ф., Джагангиров Ф.Н. «Антиаритмический препарат аллапинин: обзор результатов клинического изучения». Кардиология. 2002, 7, с. 96–102.
8. Alboni P, Paparella N., «Pharmacological therapy of symptomatic atrial fibrillation with a slow ventricular response» in: «Atrial fibrillation. Mechanisms and Therapeutic Strategies» B. Olsson, M. Allessie, R. Campbell (eds.) Futura Publishing Company, 1994.
9. Benjamin E., Wolf P., D'Agostino R. et al.: «Impact of atrial fibrillation on the risk of death. The Framingham Heart Study». Circulation 1998, 98, P.946–52.
10. Fogoros R.N. «Antiarrhythmic Drugs», пер с англ. BINOM PUBLISHERS, M, 2002.

УДК 616

**А.А. Мигунова, П.С. Гилёва, К.В. Потапов, А.М. Шимкевич
ИЗУЧЕНИЕ ПОДХОДОВ К НЕФРОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ У
ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕННОЙ РАСЧЁТНОЙ СКФ В
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

Кафедра факультетской терапии и эндокринологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

**A.A. Migunova, P.S. Gileva, K.V. Potapov, A.M. Shimkevich
THE STUDY OF APPROACHES TO RENOPROTECTIVE THERAPY
IN PATIENTS WITH DECREASED THE ESTIMATED GFR IN A
THERAPEUTIC HOSPITAL**

Department of faculty therapy and endocrinology
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: a.migunova93@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены подходы к нефропротективной терапии у пациентов со сниженной СКФ, а также даны рекомендации по их коррекции.