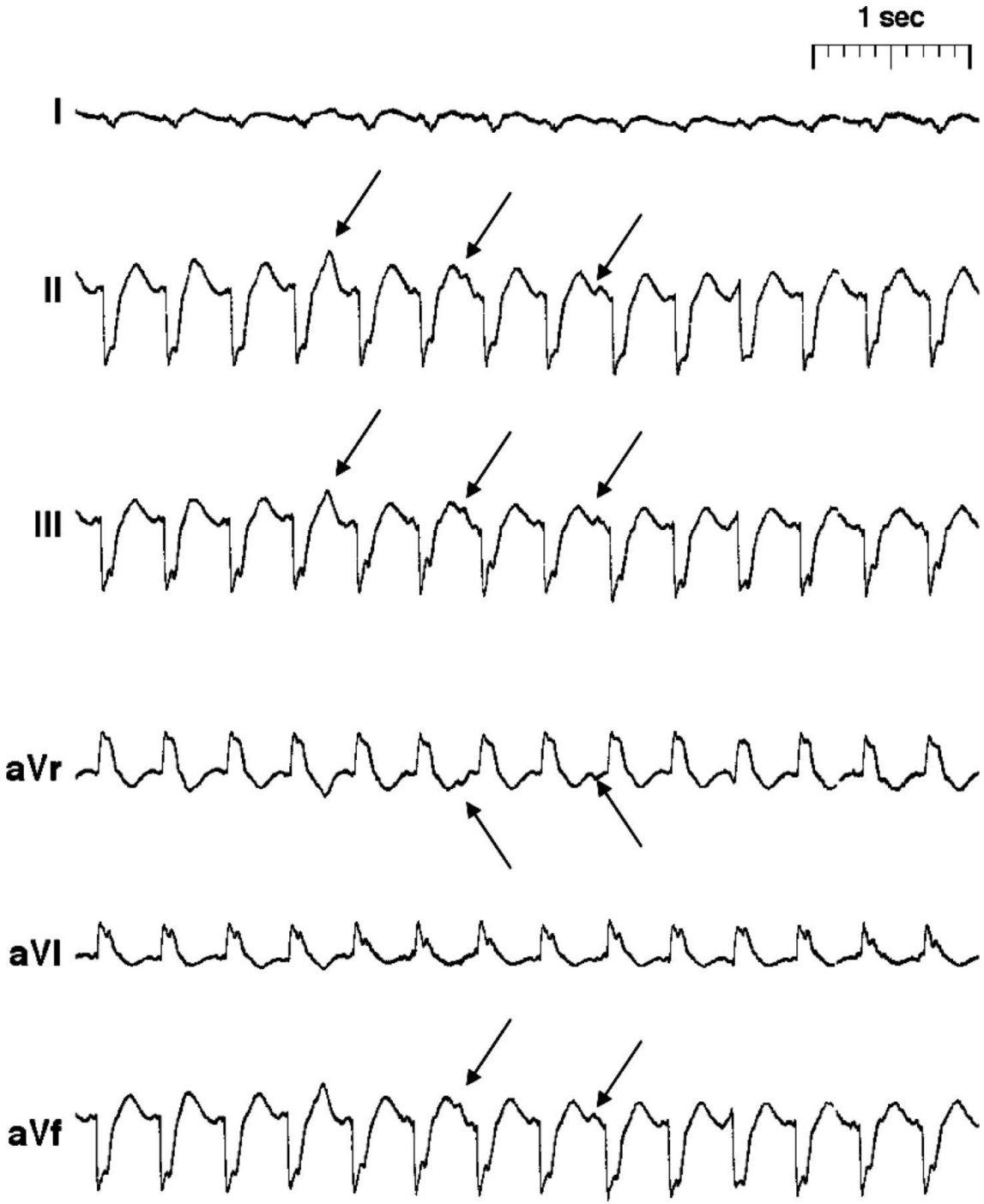
Желудочковые нарушения ритма

Казанский медицинский университет

кафедра кардиологии

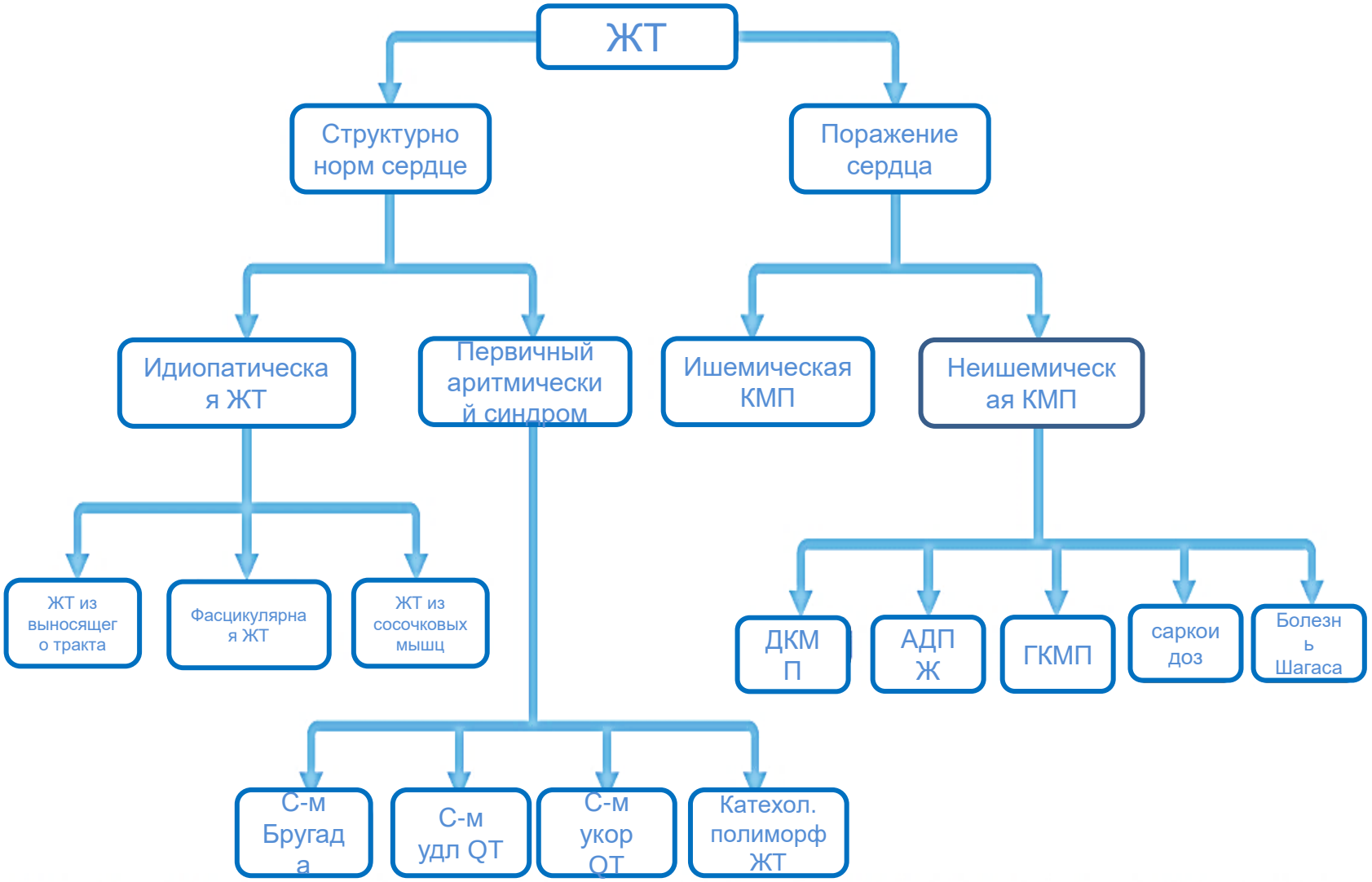
доцент Г.М.Камалов


1 sec
I
II
III
aVr
aVl
aVf

Желудочковые аритмии

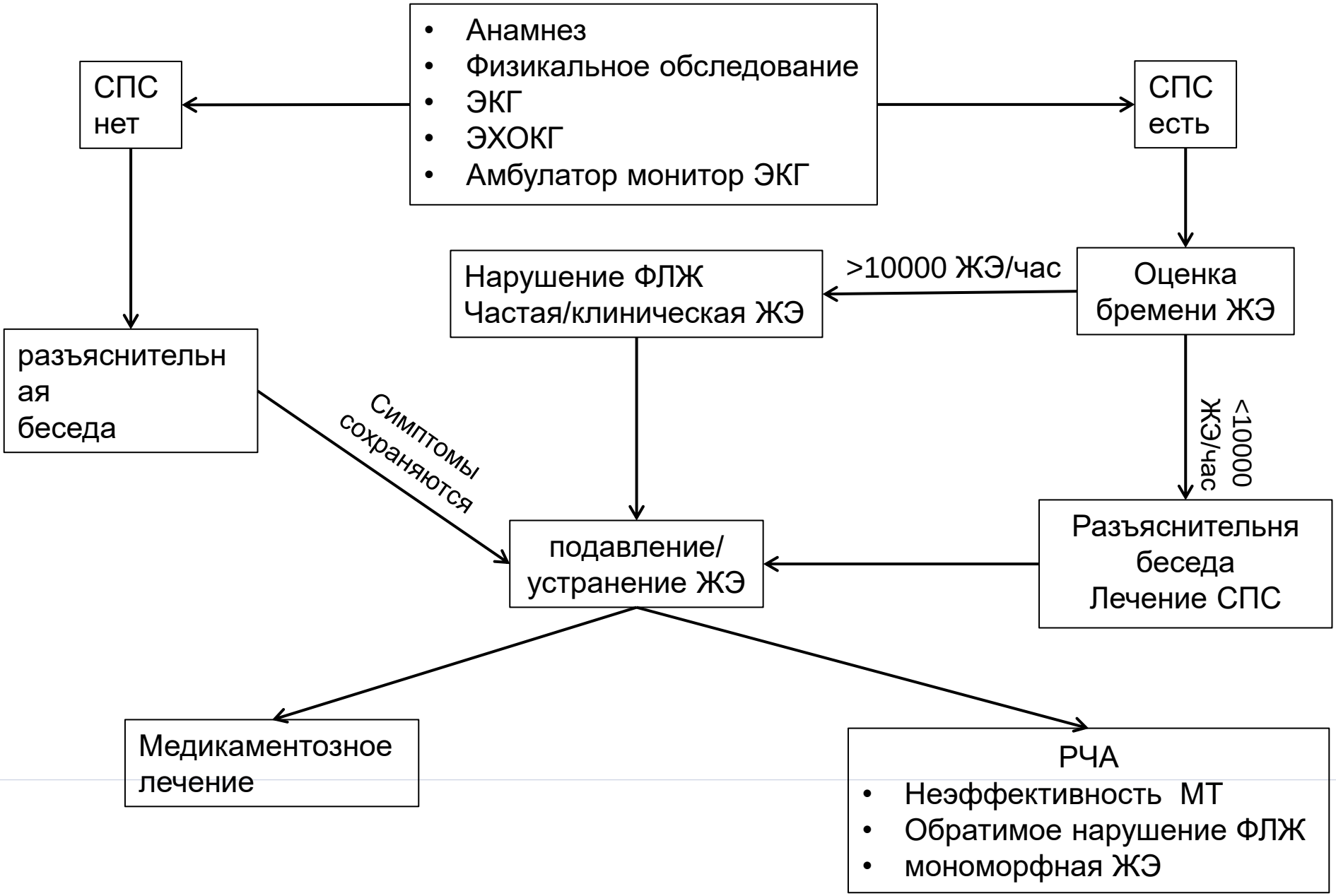
- Желудочковая экстрасистолия
- Неустойчивая желудочковая тахикардия
- Устойчивая желудочковая тахикардия
- Ускоренный идиовентиркулярный ритм
- Фибрилляция желудочков
- Тахикардия «Torsades de pointes»

Этиология ЖА

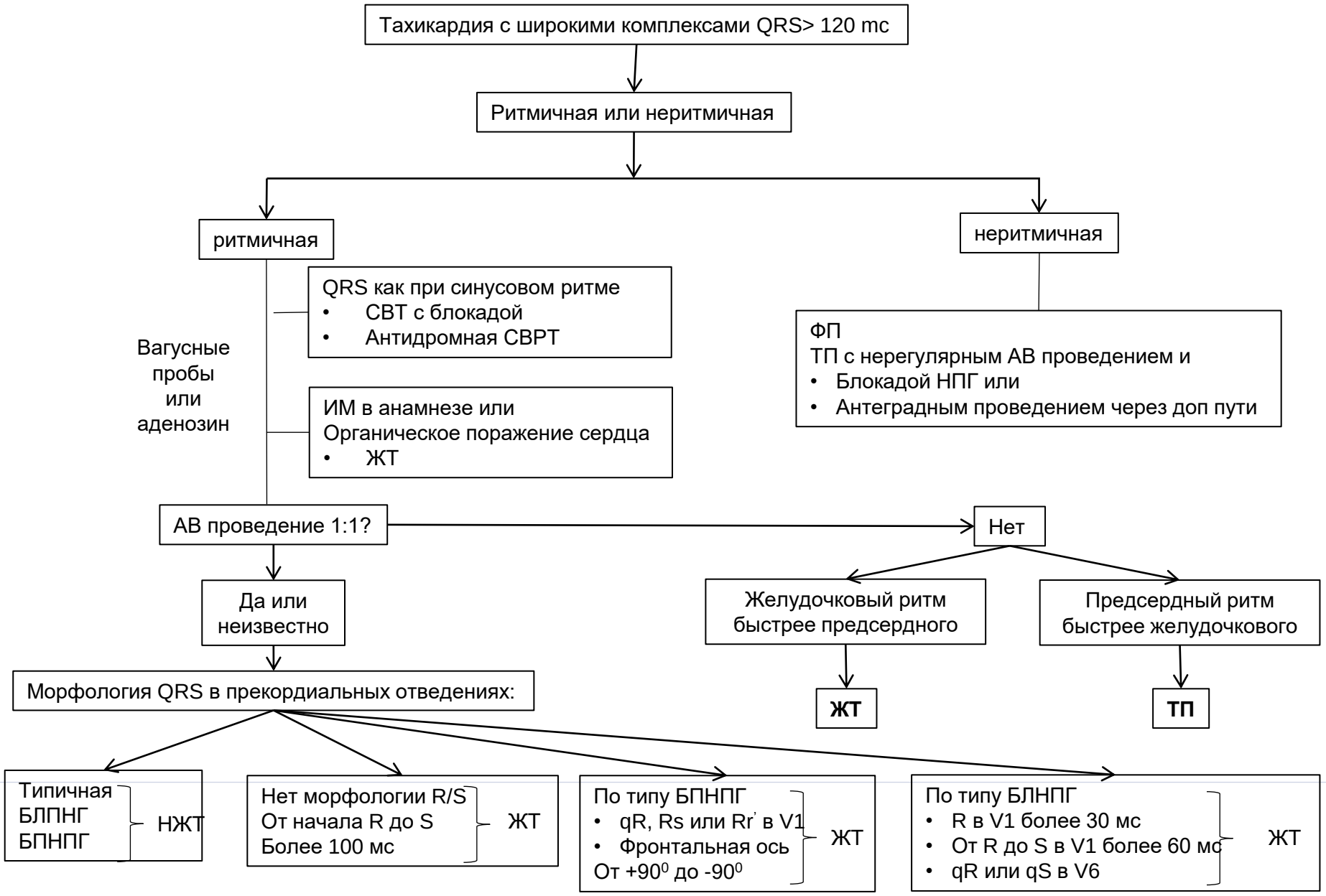


Arrhythmia & Electrophysiology Review 2018;7(4):238–46.

Ведение пациентов с ЖЭ



Дифференциальный диагноз при тахикардии с широкими комплексами QRS (более 120 мс)



Градационная классификация желудочковых аритмий, зарегистрированных при ХМ ЭКГ (Lown, M. Wolf, 1971, 1983 г.)

Градация (классы)	**Количественная и морфологическая характеристика ЖЭ**
0	Отсутствие ЖЭ
1	Редкая, монотопная (до 30/ч)
2	Частая, монотопная (> 30/ч)
3	Политопные ЖЭ
4А	А — спаренные ЖЭ
4В	Б — залповые ЖЭ — пробежки ЖТ
5	Ранние ЖЭ (R на Т)

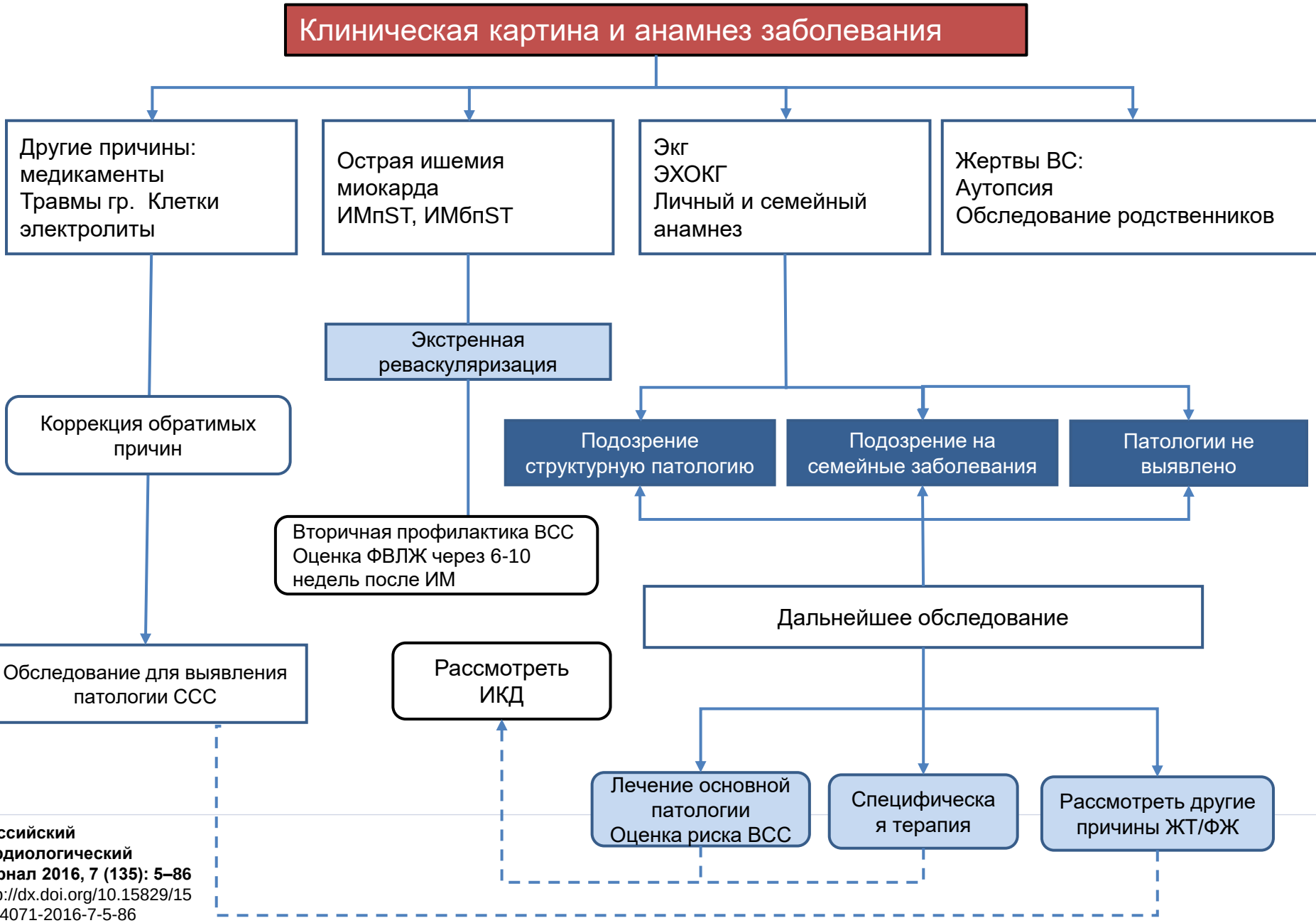
Классификация желудочковых аритмий, J. T. Bigger (1984)

Характеристика	**Доброкачественные**	**Потенциально злокачественные**	**Злокачественные**
	Риск внезапной смерти		
	низкий	**умеренный**	**высокий**
Клинические проявления	Сердцебиение, выявление аритмии при осмотре	Сердцебиение, выявление аритмии при осмотре	Сердцебиение, перебои, синкоп, состояния, остановка сердца
Заболевание сердца	Обычно отсутствует	Есть	Есть
Постинфарктный рубец, гипертрофия миокарда	Нет	Есть	Есть
Частота ЖЭ	1-10/ч	10 — 100/ч	10-100/ч
Желудочковая тахикардия	Нет	Часто, неустойчивые пароксизмы	Часто, устойчивые пароксизмы
Цель лечебных мероприятий	облегчение симптоматики	облегчение симптоматики, подавление аритмии, снижение смертности	облегчение симптоматики, подавление аритмии, снижение смертности

Антиаритмические препараты, рекомендованные при ЖТ

препарат	показания	Доза per os, мг	Противопоказания
Амиодарон (III)	ЖТ, ФЖ	200-400	наследственный LQTS; синусовая брадикардия; СССУ; АВ блокады, декомпенсация ХСН или КМП
Бета-адреноблокаторы (II)	ЖЭ, ЖТ, LQTS	разные	выраженная синусовая брадикардия. СССУ; АВ блокада, острый период ИМ (брадикардия, гипотензия и ЛЖ недостаточность); декомпенсированная СН; стенокардия Принцметала.
Прокаинамид (IA)	ЖТ	1000-4000	СССУ; АВ-блокада; БНПГ; перенесенный ИМ; ИБС; СН; снижение ФВ ЛЖ; гипотензия; синдром Бругада.
Пропафенон (IC)	ЖЭ, ЖТ	450-900	Выраженная синусовая брадикардия. СССУ; ФП/трепетание; АВ блокада; БНПГ; перенесенный ИМ; ИБС; СН; снижение ФВ ЛЖ; поражение клапана(ов) сердца с нарушением гемодинамики; Синдром Бругада; Наследственный LQTS; сопутствующая терапия препаратами, удлиняющими интервал QT
Соталол (III)	ЖТ, (АКПЖ)с	160-320	Тяжелая синусовая брадикардия, СССУ; АВ-блокада, тяжелая СН; стенокардия Принцметала; наследственный LQTS; сопутствующая терапия препаратами, удлиняющими интервал QT.

Диагностический алгоритм у пациентов с устойчивой ЖТ или ФЖ.



Российский кардиологический журнал 2016, 7 (135): 5–86
http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-7-5-86

Показания для ИКД с целью вторичной профилактики ВСС

- Пациенты, пережившие остановку кровообращения, вызванную ФЖ желудочков или ЖТ, после исключения других причин или обратимых факторов;
- Пациенты с органическим поражением сердца и устойчивыми пароксизмами ЖТ, независимо от тяжести их гемодинамических проявлений;
- Пациенты с обмороками неясного происхождения, если при проведении ЭФИ достигается индукция ФЖ или ЖТ с острыми, тяжелыми нарушениями гемодинамики.

Клинические рекомендации по диагностике и Лечению нарушений ритма сердца и проводимости. Кардиологический вестник / №3 / 2014

Показания для ИКД с целью первичной профилактики ВСС

- больные с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) <35% после инфаркта миокарда (не менее чем через 40 дней), при наличии недостаточности кровообращения II–III функционального класса (ФК), по классификации NYHA, или с ФВЛЖ <30%, в те же сроки после инфаркта миокарда, при наличии недостаточности кровообращения I ФК по NYHA;
- больные с ФВЛЖ <35% на фоне дилатационной кардиомиопатии, при наличии недостаточности кровообращения II–III ФК по NYHA;
- больные с ФВЛЖ <40% после инфаркта миокарда, с эпизодами неустойчивой ЖТ, если при проведении ЭФИ достигается индукция ФЖ или устойчивой ЖТ.

Клинические рекомендации по диагностике и Лечению нарушений ритма сердца и проводимости. Кардиологический вестник / №3 / 2014