

Секция 9: Медицинские науки

Альмухамбетова Рауза Кадыровна

кандидат медицинских наук, доцент

профессор кафедры внутренних болезней №3

Казахский национальный медицинский университет

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Жангелова Шолпан Болатовна

кандидат медицинских наук, доцент,

профессор кафедры внутренних болезней №3

Казахский национальный медицинский университет

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Капсултанова Дина Амангельдиновна

кандидат медицинских наук,

доцент кафедры внутренних болезней №3

Казахский национальный медицинский университет

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Тыналиева Шынар Айтжановна

заведующая кардиологического отделения №3

Городской кардиологический центр

Алматы, Республика Казахстан

Махатова Таншолпан Курманалиевна

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Төртбай Жанбике Ибрахимқызы

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

К ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ФРЕДЕРИКА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Целью нашего исследования явилось проведение дифференциальной диагностики со сходными ЭКГ изменениями.

Материал и методы. Под нашим наблюдением и лечением находилась больная с синдромом Фредерика, поступившая в экстренном порядке в городской кардиологический центр (ГКЦ) г. Алматы.

Результаты и обсуждение: Больная Н., 85 лет поступила с жалобами на чувство "дискомфорта" в области сердца, без иррадиации, одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, головные боли, общую слабость. На ЭКГ при поступлении: фибрилляция предсердий с ЧЖС 34-40 в мин. Полная АВ блокада. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка. Ишемия по передне-боковой стенке. Наличие редкого ритма на ЭКГ у нашей пациентки при поступлении предполагало проведение дифференциальной диагностики со сходными ЭКГ изменениями. Синдром редкого ритма (≤ 40 в мин.) может иметь место при: синусовой брадикардии, АВ ритме, полной АВ блокаде, синдроме слабости синусового узла, синдроме Фредерика.

Синусовая брадикардия – урежение числа сердечных сокращений менее 60 в мин., связанное со снижением автоматизма синусового узла. Может быть: у здоровых лиц во время физиологического сна, у хорошо тренированных спортсменов, при инфаркте миокарда, миокардитах,

микседеме, повышении внутричерепного давления (опухоли головного мозга, кровоизлиянии), передозировке сердечными гликозидами, морфином, хинином и др. На ЭКГ: ЧСС от 59 до 40 в мин., RR равны между собой, RR удлинены, в основном за счет Т-Р, Р есть, предшествует QRS нормальной формы и продолжительности, PQ тяготеет к верхней границе нормы.

Атриовентрикулярный ритм (АВ) - ритм при котором АВ узел становится источником возникновения импульсов и берет на себя функцию водителя ритма сердца. АВ ритм возникает вследствие угнетения (как функционального, так и органического характера) автоматизма синусового узла при усилении автоматической функции АВ узла. Может быть при: ИБС, инфаркте миокарда, ревматизме, передозировке сердечными гликозидами, хинидином, атропином. При АВ ритме местом возникновения импульсов могут быть или верхняя (предсердная) часть АВ узла, тогда импульс распространяется ретроградно на предсердия, затем на желудочки, поэтому зубец Р отрицательный предшествует желудочковому комплексу QRS; или средняя, расположенная на границе между предсердиями и желудочками, тогда предсердия и желудочки сокращаются одновременно и зубец Р наслаивается на QRS; или нижняя часть (желудочковая) АВ узла, тогда вначале сокращаются желудочки, а затем импульс распространяется ретроградно на предсердия, поэтому после QRS будет отрицательный зубец Р. На ЭКГ: ЧСС менее 40 в мин., зубец Р (-), может быть перед комплексом QRS или после QRS или сливаться с QRS, P =QRS, RR равны между собой, RR удлинены.

Полная АВ блокада - ни один импульс из синусового узла не проводится на желудочки. Они все полностью блокируются в А-В узле, поэтому предсердия сокращаются за счет импульсов из синусового узла, их частота в пределах 60-80 в мин., а желудочки сокращаются за счет импульсов, исходящих из нижележащих отделов проводящей системы.

Возможны проксимальная и дистальная формы. Ритм желудочков значительно реже и находится в зависимости от расположения возникшего центра автоматизма – чем дальше от А-В узла, тем реже ритм желудочков. Желудочковые комплексы могут иметь почти нормальную форму, если водитель ритма желудочков располагается выше места разветвления пучка Гиса на ножки, так как охват возбуждением желудочков происходит обычным путем. Если водитель ритма желудочков находится ниже разветвления пучка Гиса – в одном из ножек пучка Гиса или разветвлений, то желудочковые комплексы напоминают по форме желудочковые экстрасистолы - они уширены, т.к. волна возбуждения охватывает желудочки не одновременно, а вначале один, затем другой, соответственно, времени требуется больше. QRS комплексы будут деформированы, т. к. волна возбуждения на один желудочек идет обычным антеградным путем, а на другой распространяется обходным путем ретроградно. На ЭКГ при полной А-В блокаде зубцы Р не связаны с желудочковыми комплексами QRST и регистрируются на любом участке кривой, временами зубец Р наслаивается на желудочковый комплекс или полностью теряется в нем. При проксимальной форме: ЧСС 30-60 в мин., QRS нормальной формы и продолжительности, RR равны между собой, т.к. синусовый узел работает ритмично, PP равны между собой, т.к. А-В узел работает ритмично, интервал RR больше интервала PP, полное разобщение предсердного и желудочкового ритмов. При дистальной форме (трехпучковой): 40-45 и менее в мин., QRS уширены и деформированы, RR равны между собой, т.к. синусовый узел работает ритмично, PP равны между собой, т.к. А-В узел работает ритмично, интервал RR больше интервала PP.

При полной А-В блокаде предсердия и желудочки сокращаются независимо друг от друга. Форма желудочковых комплексов при полной А-В блокаде зависит от локализации центра автоматизма в желудочках. На

фоне полной блокады может наблюдаться синдром Морганьи-Эдемса-Стокса, который является тяжелым осложнением. Клинически этот синдром проявляется приступами головокружения, слабости, потери сознания, судорожными подергиваниями, резким падением частоты пульса до полного его исчезновения, так как предсердия сокращаются, а желудочки «молчат». В основе клинических проявлений данного синдрома лежит острая гипоксия мозга.

Синдром слабости синусового узла (СССУ) – это клиническое состояние, обусловленное нарушением способности синусового узла генерировать полноценные импульсы возбуждения. СССУ чаще выявляется у пожилых пациентов и связан с дегенеративными изменениями (амилоидоз) или склеротическими, дегенеративными (фиброз) поражениями синусового узла. Клиническими проявлениями СССУ являются: головокружение, обмороки, эпизоды потери сознания; слабость, одышка как результат развития сердечной недостаточности; сердцебиение и приступы стенокардии, ухудшение памяти и другие нарушения со стороны ЦНС. ЭКГ при СССУ: стойкая синусовая брадикардия, периодическое появление эктопических ритмов (чаще предсердных, из А-В узла, фибрилляции, трепетания предсердий, С-А блокада), отказ синусового узла, синдром брадикардии-тахикардии.

При синдроме Фредерика: ЧСС не превышает 40-60 в мин., вместо зубцов Р - волны мерцания (f) или трепетания (F), эктопический (узловой или идиовентрикулярный) ритм сердца, интервалы RR равны между собой.

Таким образом, клинически диагностировать данный синдром сложно. Только ЭКГ дает возможность грамотно интерпретировать характерные изменения. Это состояние можно заподозрить у пациента при наличии постоянной формы фибрилляции или трепетания предсердий на фоне полной АВ блокады, 10-27% которой наблюдается при синдроме Фредерика [1, с.149-182; 2, с.54-68; 3, с.283].

Литература

1. Габриэль М. Хан. Быстрый анализ ЭКГ / Габриэль М. Хан // Москва Издательство БИНОМ. - Медиа», 2012. - с.149-182.
2. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. / Орлов В.Н. // Медицинское информационное агентство (МИА). 2016. - 560 с. ил.- с. 54-68.
3. Ламберг И. Г. ЭКГ при различных заболеваниях. Расшифровываем быстро и точно / Ламберг И. Г. // Феникс, 2015 , с. 283.