

Автор: Я.Никитин, заведующий лабораторией нарушений сердечного ритма БелНИИ кардиологии, д.м.н.



Лечение сердечных аритмий должно быть комплексным, т.е. направленным на устранение различных их причин, связанных с заболеваниями сердечнососудистой системы и других органов, а также с неблагоприятными воздействиями токсических веществ, неправильного питания, вредных привычек, стрессов и т.д.

Остановимся на особенностях медикаментозного и немедикаментозного лечения наиболее часто встречающихся сердечных аритмий, мерах доврачебной помощи в неотложных ситуациях.

Синусовая тахикардия.

У здоровых людей возникает при физических и эмоциональных нагрузках, после которых частота пульса быстро возвращается к норме. Стойкое учащение синусового ритма до 100—140 в минуту наблюдается, как правило, при сердечной недостаточности, повышенной функции щитовидной железы, малокровии, заболеваниях нервной системы. Тахикардия воспринимается больными как усиленное сердцебиение с неприятными ощущениями в области сердца. Появляется повышенная утомляемость. Точный диагноз устанавливается в процессе кардиологического обследования.

Во многих случаях причинами тахикардии становятся различные бытовые, токсические и лекарственные воздействия. Их устранение нередко приводит к нормализации состояния без дополнительного назначения специальных препаратов. Синусовая

тахикардия может быть обусловлена злоупотреблением кофе, курением, крепким чаем, а также приемом некоторых лекарств (эуфиллин, атропин, эфедрин, коринфар). Систематическое закапывание в нос галазолина, нафтизина и многих других капель, применяемых при насморке, также вызывает учащение пульса и повышение артериального давления. Весьма часто тахикардия встречается при неврозах и гипертонической болезни. В таких случаях достаточно эффективны настойка пустырника, корвалол, валокордин (30—50 капель на прием 3 раза в день). Эти препараты могут применяться длительное время. Они улучшают сон и оказывают успокаивающий эффект. При сочетании синусовой тахикардии с повышением артериального давления дополнительно показаны анаприлин или финоптин. Целесообразность их назначения определяет врач. Нельзя бесконтрольно принимать сильнодействующие успокаивающие средства — транквилизаторы. Если в процессе медикаментозного лечения у больного ухудшается самочувствие, необходимо сообщить об этом лечащему врачу, который проведет необходимую коррекцию терапии.

Лицам со склонностью к синусовой тахикардии необходимо избегать употребления острых блюд. Рекомендуются занятия лечебной физкультурой, массаж, чай из некоторых лекарственных трав (земляничник, валериана, мята, Melissa). Обязательно лечение сопутствующих заболеваний. Во всех случаях необходима санация полости рта и верхних дыхательных путей.

Пароксизмальная тахикардия.

При впервые возникшем приступе тахикардии в качестве доврачебной помощи допускается прием 50 капель корвалола (валокордина). Больной должен находиться в лежачем положении. Нередко приступ прекращается с помощью специальных рефлекторных воздействий: натуживание в течение 10—15 секунд после глубокого вдоха, попытка спровоцировать рвоту путем раздражения пальцами задней стенки носоглотки. Необходимо вызвать кардиологическую бригаду, так как экстренная запись электрокардиограммы во время приступа позволяет уточнить форму пароксизмальной тахикардии и определить адекватную тактику дальнейшего лечения.

Без рекомендаций врача не следует самостоятельно принимать медикаментозные средства, так как для их применения могут иметься индивидуальные противопоказания.

Иногда для купирования пароксизма используется сразу несколько лекарств, извлеченных из "домашней аптеки". При этом возможны весьма опасные сочетания с тяжелыми последствиями. Недопустимо употребление алкогольных напитков вместе с любыми препаратами.

Обычно пароксизмальная тахикардия прекращается после перечисленных выше мер доврачебной помощи. В ряде же случаев требуется введение специальных антиаритмических средств (новокаинамид, ритмонорм, финоптин). При редких приступах (1—6 раз в год) антиаритмическое лекарство назначается только для его купирования. Частые пароксизмы требуют длительного антиаритмического лечения, схема которого подбирается индивидуально с учетом основного и сопутствующих заболеваний.

Брадикардия.

Синусовая брадикардия, которая встречается при неврозах и патологии со стороны органов пищеварения, специальной терапии не требует. Необходимо лечение заболеваний, на фоне которых возникла брадикардия. Полезны массажи, лечебная физкультура. Используются также беллоид, капли Зеленина, женьшень, чай из аптечной ромашки (1—2 чайные ложки на 1 стакан кипятка, настаивать 30 минут). Противопоказан прием лекарств, снижающих частоту сердечных сокращений: анаприлин, кордарон, клофелин, лист земляничника, раунатин, резерпин, финоптин.

Брадикардии, обусловленные блокадами сердца или ослаблением функции синусового узла, чаще всего устраняются хирургическим вмешательством (вживление кардиостимулятора), показания к которому уточняются в процессе кардиологического обследования.

Экстрасистолия.

При неврозах и рефлекторной экстрасистолии у лиц с заболеваниями внутренних органов наиболее важное значение имеют коррекция питания и образа жизни, а также лечение основной и сопутствующих патологий. Если экстрасистолы вызывают неприятные ощущения, назначаются антиаритмические препараты. Некоторые из них (анаприлин, финоптин, соталекс) обладают широким фармакологическим спектром — антиаритмическое действие, снижение артериального давления, урежение частоты приступов стенокардии. Эти препараты целесообразно назначать при сочетании патологий для длительного (многочесячного) приема.

Следует подчеркнуть, что для лечения аритмий, и в частности экстрасистолии, нельзя принимать без совета с врачом лекарства, которые "помогают другим больным". При некоторых формах невроза экстрасистолы провоцируются урежением синусового ритма, усиливаются в состоянии покоя и устраняются во время физической активности (ходьба, интенсивные движения, физическая работа). В этих случаях многие антиаритмические препараты увеличивают частоту экстрасистол и ухудшают состояние больных. Им показаны физические тренировки и препараты, применяемые при синусовой брадикардии.

Если экстрасистолы провоцируются учащением синусового ритма, эмоциональными и физическими нагрузками, лучше использовать финоптин, анаприлин или соталекс. При необходимости эти лекарства принимаются непрерывно в течение многих месяцев и лет. Без совета с кардиологом не следует прекращать лечение или самостоятельно продолжать его на протяжении длительного времени.

Мерцательная аритмия.

Лечение и предупреждение пароксизмальных форм этой аритмии аналогичны мерам, применяемым при пароксизмальных тахикардиях. Проба с натуживанием, а также другие рефлекторные воздействия пароксизм не прекращают. В процессе обследования и наблюдения для каждого пациента подбирается наиболее эффективная схема

купирования и предупреждения приступов.

Постоянная форма мерцательной аритмии, которая встречается довольно часто, требует особой лечебной тактики. Если частота сердечных сокращений в покое не превышает 60—80, а при умеренных физических нагрузках — 90—110 в минуту, антиаритмические препараты обычно не назначаются. При склонности к более высокой частоте необходим постоянный прием сердечных (изоланид, целанид) и некоторых антиаритмических препаратов, дозы которых подбирает кардиолог. Желательно, чтобы больной ежедневно контролировал частоту сокращений сердца. Особо следует подчеркнуть, что при мерцательной аритмии частота сердечных сокращений почти всегда больше, чем частота пульса, так как не все сокращения со сниженным объемом выброса крови сопровождаются пульсацией лучевой артерии. Эта разница может быть существенной, когда, например, частота сокращений сердца достигает 120—150, а частота пульса не превышает 50—70. Частота сердечных сокращений наиболее точно определяется по электрокардиограмме или при подсчете ударов сердца в минуту с помощью врачебного стетоскопа. Последний способ как наиболее доступный и простой может использоваться пациентами после соответствующего инструктажа. Специальные приборы для контроля пульса (пульсометры, пульс-сотахометры), автоматически подсчитывающие частоту сосудистых колебаний, при большинстве аритмий неэффективны.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что **нарушения сердечного ритма** — не самостоятельная патология, а частое осложнение различных, не только кардиологических, заболеваний. В связи с этим антиаритмическая терапия требует строго индивидуального подхода. Общими правилами являются возвращение к здоровому образу жизни, комплексное лечение выявленных заболеваний и соблюдение рекомендаций кардиолога.

Напоминаем значения отдельных медицинских терминов:

СИНУСОВАЯ ТАХИКАРДИЯ — учащение ритма сердца до 120—150 сокращений в минуту. Водителем ритма остается синусовый узел.

ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ ТАХИКАРДИЯ — внезапное учащение сердцебиений в покое до 140—200 в минуту. Водитель ритма располагается в предсердиях, предсердножелудочковом узле или в желудочках.

БРАДИКАРДИЯ — урежение ритма сердца до 60—40 и менее в минуту.

ЭКСТРАСИСТОЛИЯ — преждевременные сокращения сердца.

МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ — сокращения сердца, чаще всего неправильные, от 50 до 180 в минуту.