

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

Аронова Арайлым Куспановна

*врач-интерн
Казахского национального медицинского университета
имени С. Д. Асфендиярова*

Алматы, Республика Казахстан

Жаксыханов Еркебулан Жанболатович

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Жумагулова Фаузия Мухамбетовна

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

СИНДРОМ ФРЕДЕРИКА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Синдром Фредерика – это симптомокомплекс, состоящий из клинических особенностей патологии и электрокардиографических (ЭКГ) проявлений, возникающих при полной атриовентрикулярной блокаде с ускоренным сокращением отдельных мышечных волокон сердца, нарушающих сердечный ритм (пульс ритмичный, но очень редкий) и насосную функцию. При синдроме Фредерика наиболее часто отмечается нарушение стабильной работы предсердий, начинающих сокращаться беспорядочно. Более редкий случай вместо мерцательной аритмии на ЭКГ появляется трепетание предсердий, а при исследованиях выявляют сбой стабильного внутрисердечного кровотока. Все это ведет к прекращению движения электроимпульсов из предсердий в желудочки, что влечет за собой полную атриовентрикулярную блокаду. При феномене Фредерика поражаются различные функциональные отделы сердца и нарушается движение управляющих электроимпульсов. Вначале человеческим организмом используются внутренние резервы. Затем патологические процессы уже могут проявляться на ЭКГ, а больной начинает замечать

изменения в состоянии своего здоровья: усталость, сонливость, головокружение, обморочные состояния, цианоз лица, судороги, характерные для гипоксии мозга.

Целью нашего исследования явилось выявление факторов риска, изучение особенностей клинического проявления, вопросов диагностики и лечения синдрома Фредерика.

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 обсуждения. 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. Из анамнеза: со слов больной и родственников, ИБС в течение многих лет, острый инфаркт миокарда (ОИМ) отрицает, коронароангиография (КАГ) ранее не проводилась. Артериальная гипертензия в течение многих лет, максимальное АД 200/110 мм.рт.ст, при 140/90 мм рт.ст. чувствует удовлетворительно, базисной терапии не придерживается. Состоит на "Д" учете по месту жительства. 10 лет назад перенесла ОНМК, неоднократно получала стационарное лечение по поводу микроинсультов. Страдает сахарным диабетом. Накануне госпитализации стали беспокоить слабость, одышка, головокружение, боли в области сердца, в динамике головокружение усилилось, была вызвана бригада скорой помощи, больная доставлена и госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ГКЦ. Анализ жалоб и анамнеза не указывает на факторы риска, предрасполагающие к возникновению синдрома Фредерика: прием лекарственных препаратов (М-холиноблокаторов, бета-адреномиметиков), нарушение электролитного баланса, семейную гиперлипидемию. В то же

время больная в течение многих лет страдает ИБС, артериальной гипертензией.

Клинически диагностировать данный синдром сложно. Ярко выраженных признаков феномен Фредерика не имеет, они в большей степени сходны с различными кардиологическими заболеваниями. Это состояние можно заподозрить у пациента только при наличии постоянной формы фибрилляции предсердий, а также потери сознания и редком ритме. Клиника заболевания при феномене Фредерика теряет характерные для фибрилляции предсердий особенности: исчезают жалобы на сердцебиение и перебои в работе сердечной мышцы, На первое место начинают выступать изменения, связанные с полной поперечной блокадой: возникают приступы головокружений, потеря сознания. У нашей пациентки в клинической картине нарастают головокружение и слабость. При синдроме Фредерика состояние пациента во многом зависит от устанавливающейся частоты сокращения желудочков. В отдельных случаях, когда число сердечных сокращений (ЧСЖ) устанавливается в пределах 50–60 ударов в минуту, у больного может отмечаться удовлетворительное состояние. При редкой частоте сокращений желудочков (20-30 ударов в минуту) состояние пациента сильно ухудшается, у пациента могут быть приступы потери сознания. Они связаны с недостаточным поступлением кислорода в мозг в период длительного прекращения деятельности сердца при исчезновении биоэлектрической активности. В этот период может наступить смерть. Появляется или нарастает степень сердечной недостаточности. Пациенту, а часто и врачу, при развитии атриовентрикулярной блокады кажется, что мерцательная аритмия исчезла, синусовый ритм восстановился. Только ЭКГ с большой долей вероятности позволяет подтвердить или опровергнуть феномен Фредерика.

При поступлении: состояние тяжелое, обусловленное сердечной недостаточностью. Сознание ясное. Питание удовлетворительное. (Рост 156, вес 72) ИМТ-29. Кожные покровы бледные, чистые. Периферических отеков нет. В легких перкуторно-легочной звук. Аускультативно – дыхание везикулярное, в нижних отделах ослабленное, ЧДД 21 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – в третьем межреберье, левая – на 1,0 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, АД 153/98 мм рт.ст, ЧСС 40 в мин.

На ЭКГ фибрилляция предсердий с ЧЖС 34-40 в мин. Полная АВ блокада. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка. Ишемия по передне-боковой стенке.

Был установлен временный электрокардиостимулятор (ЭКС). На мониторе: ритм ЭКС навязан на желудочки с ЧСС 70 в минуту, амплитуда 2,0 вт, пс -1,0вт.

ЭхоКГ: электрод ЭКС в правом отделе. Незначительный стеноз и кальцинат у свободных краев створок митрального клапана (МК), Створки аортального клапана (АК) также кальцинированы. Дилатация левого предсердия. Зон гипокинеза не выявлено. Сократительная функция обоих желудочков в норме (по Симпсону 66%). Диастолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) по 1 типу. Умеренная легочная гипертензия (мах ДЛА 50 мм рт.ст). ДЭХОКГ: регургитация на МК 1 степени, АК 0-1 степени, ТК до 1 степени, ЛК 1-32 степени.

В анализах: уровни кардиомаркеров в пределах нормы, Д-димер увеличен до 1047нг/мл (при норме 500 нг/мл), дислипидемия. Гликемический профиль: 12,2 -16,4 -16,5ммоль/л .

Через 4 дня временный ЭКС отключен, на ЭКГ: ритм синусовый ЧСС 57 в минуту. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

Ишемия по передне-боковой стенки уменьшилась. К имплантации постоянного ЭКС показаний нет.

Таким образом, клинически диагностировать данный синдром сложно. Атриовентрикулярная блокада третьей степени, сочетающаяся с мерцанием желудочков требует хирургического лечения, главной задачей которого является вживление постоянного водителя ритма [1, с. 128-154; 2, с. 54-68; 3, с. 148-282].

Литература

1. Габриэль М.Хан. Быстрый анализ ЭКГ / Габриэль М.Хан/ Москва Издательство БИНОМ. - Медиа», 2012.-с.128-154.
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.148-282.