

## **КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ**

Т.В.Трешкур, Е.В.Пармон

### **СЛУЧАЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ СИМПАТОЗАВИСИМОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРАСИСТОЛИЧЕСКОЙ ТАХИКАРДИИ НА ФОНЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА**

*НИИ кардиологии МЗ РФ, Санкт-Петербург*

*Приводится зарегистрированный при холтеровском мониторировании случай идиопатической желудочковой тахикардии, развившейся у пациентки на фоне стресса связанного с дорожно-транспортным происшествием и последующим выяснением обстоятельств аварии.*

**Ключевые слова:** холтеровское мониторирование, идиопатическая желудочковая тахикардия, психоэмоциональный стресс, бета-адреноблокаторы.

*A case is presented of idiopathic ventricular tachycardia recorded during the Holter monitoring which developed in a female patient at the background of stress due to a traffic accident with further investigation in the road police office.*

**Key words:** Holter monitoring, idiopathic ventricular tachycardia, psychoemotional stress, beta-adrenoblockers.

Значение психоэмоционального фактора в развитии желудочковых нарушений ритма (ЖНР) довольно редко обсуждается в литературе. В то же время существует мнение о причинно-следственной связи аритмии с неврозами, психопатиями или с вегетативной дистонией [1, 2, 3]. По данным P.Reich et al [5] стрессовые ситуации, которыми являются физические или эмоциональные нагрузки в 20-30% случаев предшествуют угрожающим жизни ЖНР. При этом особое значение имеет внезапность, сила раздражителя, состояние страха, понижающие порог ранимости миокарда желудочков на 40-50% [5].

Аритмогенные механизмы стресса весьма сложны и пока до конца не выяснены. Возможно, что стимуляция симпатoadреналовой системы приводит к прямому воздействию катехоламинов на миокард [4, 6, 7, 8], второй проаритмогенный эффект гиперadreналиемии, более характерный для ишемических ЖНР, опосредуется гипокалиемией – явления, получившего название «стресс-гипокалиемия» [5].

Известно, что ответ на стрессовую ситуацию во многом определяется личностными особенностями пациента, а также особенностями вегетативной нервной системы (ВНС), являющейся связующим звеном между ЦНС и сердцем [9, 10, 11].

На сегодняшний день нет корректных и адекватных психологических стресс-тестов, провоцирующих аритмию, которые могли бы использоваться в кардиологической практике; мало работ, касающихся влияния стресса на ЖНР неишемического генеза, лишь рекомендуется использование элементов психотерапии в современных подходах к ведению лиц с ЖНР. Сведения из анамнеза больных о предрасполагающих факторах возникновения аритмии носят больше субъективный характер, а о психологических особенностях пациента врач судит лишь по личному впечатлению при общении с ним.

Холтеровское мониторирование (ХМ) является единственным методом, который может объективизировать имеющиеся нарушения ритма в естественных условиях, при этом появляется возможность непреднамеренно

«спровоцировать» аритмию, а также ответить на многие стоящие перед врачом вопросы, такие, как переносимость психологических нагрузок в современной, полной «стрессов» жизни. Клинический случай из нашей практики как нельзя лучше иллюстрирует такую ситуацию.

*На протяжении последних двух лет по поводу желудочковой парасистолии, нами наблюдалась амбулаторно пациентка С., 37 лет. Больную беспокоили частые перебои в работе сердца, которые она субъективно плохо переносила. Она неоднократно обращалась к разным кардиологам, но отсутствие эффекта от проводимой терапии вызывало у нее недоверие к врачам и заставляло ее дальше продолжать искать причину аритмии и более действенное средство. Детальное обследование пациентки какой-либо патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и других органов не выявило. Обращали на себя внимание тревожность, мнительность и недоверчивость. От консультации психотерапевта и от проведения предложенного ей эндакардиального электрофизиологического исследования она отказалась. Единственной выявленной патологией была неоднократно воспроизводимая при повторных ХМ и ВЭМ симпатозависимая классическая одиочная и парная желудочковая парасистолия.*

*В покое нарушения ритма отсутствовали и появлялись лишь при ЧСС больше 100 в 1 минуту. Причем, при продолжении ФН, как при ВЭМ (150 ВТ, 1 мин), так и при ХМ наблюдалась отчетливая тенденция к прогрессированию ЖА: увеличивалось количество одиночных, появлялись парные желудочковые комплексы. В восстановительном периоде парасистолия исчезала. Пациентке были назначены β-адреноблокаторы (поочередно локрен, соталекс). Контрольные исследования подтверждали их эффективность, однако пациентку не устраивал ни постоянный, ни профилактический режим приема препаратов. Ее беспокоило, что при отмене лекарственных средств ЖА возобновлялась. При очередном визите пациентке был поставлен суточный монитор ЭКГ. В этот день она оказалась участницей*

дорожно-транспортного происшествия. Узнав это, мы попросили больную письменно подробно хронометрировать развитие событий этого дня. С ее комментариями стала ясной ситуация, которую демонстрирует рис. 1.

Фрагмент А (17.30) соответствует моменту, когда пациентка ехала в новой иномарке, за рулем которой находился ее личный шофер. В 17.30 на ЭКГ ритмичный синусовый ритм с ЧСС 64 в 1 мин. Она чувствовала себя вполне комфортно до того момента, когда на перекрестке произошло столкновение ее машины со встречной.

Фрагмент Б (17.39-17.46) соответствует автокатастрофе. При ЧСС 136 в 1 мин зарегистрирован участок парасистолической тригеминии, переход на пароксизмальную постоянно-возвратную ЖТ с частотой около 150 в 1 мин. В результате аварии пострадала только машина, каких-либо травм у сидящих в машине людей получено не было. В промежутке времени до 20.50 на фоне умеренной синусовой тахикардии регистрировались одиночные желудочковые эктопические комплексы с разными предэктопическими интервалами.

Фрагмент В (20.50) демонстрирует вновь появление постоянно-возвратной ЖТ, причем продолжительность самих пароксизмов увеличилась, как видно на ЭКГ. Характерно, что частота синусового ритма при этом лишь 105 в 1 мин, что свидетельствует не только о гиперсимпатикотонии, как пусковом факторе ЖТ. В комментариях пациентки данное время соответствует выяснению обстоятельств столкновения в ГИБДД. Женщина описывает, что этот момент сопровождался еще большим ее волнением, чем авария, так как в результате разбора автодорожно-транспортного происшествия была установлена вина ее водителя, а это в свою очередь должно было обернуться большими денежными затратами по компенсации ущерба уже обеих машин.

Пациентке были назначены небольшие дозы  $\beta$ -блокаторов в сочетании с дневным транквилизатором – грандаксином. Кроме того, были даны настойчивые

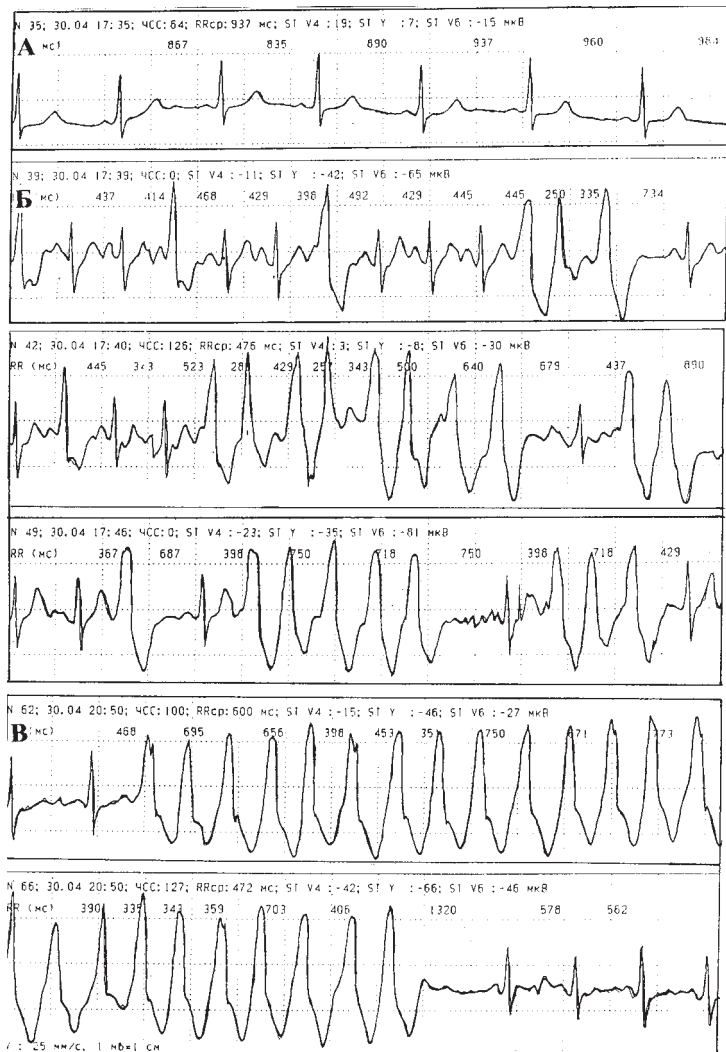


Рис. 1. Фрагменты ХМ: А - за 4 минуты до аварии, Б - во время аварии, В - во время пребывания пациентки в ГИБДД.

рекомендации обратиться к психотерапевту, а при неэффективности терапии – совместно с кардиохирургами решить вопрос о возможной радиочастотной абляции эктопического желудочкового центра.

Таким образом, именно анализ результатов ХМ помог установить диагноз идиопатической желудочковой тахикардии и выявил, что существенную роль в возникновении и прогрессировании ЖНР, помимо преобладания симпатического звена ВНС, играют и особенности ЦНС.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Губачев Ю.М., Иовлев Б.В., Корвасарский Б.Д. и др. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. -Л.: Медицина, 1976.-223 с.
2. Маколкин В.И., Аббакумов С.А. Диагностические критерии функциональных заболеваний сердца// Клини. Мед.-1980.-Т.58.-№9.-С. 36-40.
3. Вейн А.М., Каменецкая Б.И., Хаспекова Н.Б. и др. Ритма сердца при кардиоваскулярных нарушениях невротического характера// Кардиология.-1987.-Т.27.-№9.-С. 85-89.
4. Вихерт А.М., Цыпленкова В.Г., Велишева Л.С. Тонкая структура миокарда человека при внезапной смерти// Внезапная смерть.- Вильнюс: Мослас, 1984.- С.85-95)
5. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. СПб. Фолиант, 1998.-1-640.
6. Verrier R.L. Mechanisms of behaviorally induced arrhythmias// Circulation.-1987.- Vol.76.- Suppl.-Pt.2.-P.1-48
7. Lown B. Sudden cardiac death: biobehavioral perspective// Circulation.- 1987.- Vol.76.- Suppl.-Pt.2.-№1.-P. 1-186-1-196.
8. Brodsky M.A., Sato D.A., Iseri L.I. et al. Ventricular tachyarrhythmia associated with psychological stress. The role of sympathetic nervous system// JAMA.-1987.-Vol.257.- №15.-P.2064-2067.
9. Меерсон Ф.З. Стресс-лимитирующие системы и проблема защиты от аритмий// Кардиология.-1987.-№7.-с.5-12.
10. Меерсон Ф.З., Букина Т.Н., Васильев Л.А. Роль профессионального и социального стресса в возникновении неишемических аритмий у пилотов// Кардиология.-1991.-№1.-с.60—62.
11. Школьников М.Н. Жизнеугрожающие аритмии у детей. Москва. 1999, 230 с.