№ 87

ИШЕМИЯ МИОКАРДА КАК ФАКТОР РИСКА РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Н.Т. Ватутин, Н.В. Калинкина, А.Н. Шевелек
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра внутренней медицины №3, г. Донецк, Украина

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) является одной из наиболее актуальных проблем современной кардиологии. Нарушение гемодинамики и тромбоэмболические осложнения, связанные с пароксизмами ФП, приводят к значительному ухудшению качества жизни пациентов, увеличению летальности и возрастанию экономических затрат на лечение. В связи с этим актуальным является выявление факторов риска рецидивов аритмии, что позволяет рационально и своевременно корректировать терапию.
Цель исследования – оценить роль ишемии миокарда в возникновении рецидивов ФП.
Материал и методы. Под наблюдением находились 42 пациента (26 мужчин и 16 женщин, средний возраст 56,7±9,6 лет) с ИБС (стабильной стенокардией II-III функционального класса), мягкой или умеренной АГ и компенсированной (не выше II функционального класса (NYHA)) хронической сердечной недостаточностью, имевших пароксизмы ФП в анамнезе и синусовый ритм на момент начала исследования. Больным проводилось суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ) с помощью комплекса "Кардиотехника 4000" («ИНКАРТ», Россия) с оценкой частоты сердечных сокращений (ЧСС), нарушений ритма и проводи мости, динамики изменений сегмента ST. В течение последующих 12 мес ежемесячно оценивалось наличие рецидивов ФП.
Результаты. За время наблюдения у 28 (67%) больных (1-я группа) были зафиксированы пароксизмы ФП, а у 14 (33%) (2-я группа) - сохранялся синусовый ритм. При этом исходно в процессе мониторирования ЭКГ ишемически значимая депрессия сегмента ST регистрировалась у 18 (64%) пациентов 1-й группы и лишь у 4 (29%) – 2-й (p<0.01). У больных 1-й группы по сравнению со 2-й были достоверно (p<0,01) больше средние амплитуда депрессии сегмента ST (2,05±0,24 мм, 1,68±0,19 мм соответственно), продолжительность её одного эпизода (6,32±1,25 мин, 4,72±1,06 мин) и суммарная их длительность в течение суток у одного пациента (24,86±7,18 мин, 19,91±6,34 мин), а ЧСС в момент начала эпизода депрессии сегмента ST – существенно ниже (92,4±9,2 уд/мин, 112,6± 11,4 уд/мин). Частота эпизодов ФП положительно коррелировала с величиной амплитуды депрессии сегмента ST (r=0,55, p=0,009) и отрицательно – с пороговой ЧСС (r=-0,58, p=0,006). Достоверных различий в наджелудочковой и желудочковой эктопической активности между группами не было.
Выводы. Нарушение коронарного кровотока является фактором риска рецидивов ФП, при этом их частота зависит от тяжести ишемических изменений.

№ 88

СТРУКТУРНЫЕ И ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Р.Д. Курбанов, Б.З. Жалолов, Ш.С. Хусанов
Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, отдел "Аритмий сердца", Ташкент, Узбекистан

Цель работы: Оценить взаимосвязь между эхокардиографическими (ЭхоКГ) и электрофизиологическими показателями сердца больных с фибрилляцией предсердий (ФП).
Материалы и методы: Обследовано 70 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и/или гипертонической болезнью (ГБ) обоих полов от 25 до 75 лет. В исследование не включались больные с другими причинами развития ФП, заболеваниями щитовидной железы, ревматическими поражениями клапанов, злоупотребляющие алкогольными напитками, митральной регургитацией II и более степени, а также лица, перенесшие острый инфаркт миокарда (ОИМ). В зависимости от формы ФП больные были распределены на 2 группы: I группу (n=49) составили пациенты с пароксизмальной формой ФП, средняя частота приступов фибрилляции у которых составила 5,3±2,1 в 3 месяца, II группу (n=21) составили пациенты с персистирующей формой ФП. Всем больным после восстановления синусового ритма (СР) проводились ЭхоКГ и чреспищеводное электрофизиологическое исследование (ЧП ЭФИ). ЭхоКГ проводилось в М- и В-режимах. Использовался мультичастотный датчик 2-4 МГц в положении больного на левом боку по стандартной методике с использованием ультразвукового сканера «El Visor-C» фирмы «Philips» США. ЧП ЭФИ проводили через 2 суток после отмены всех антиаритмиков (кордарона через 30 суток) с помощью универсального наружного электрокардиостимулятора УЭКС «СОБОЛЬ» (Россия) по известной методике. Определяли время восстановления функции синусового узла (ВВФСУ), а также и его корригированное время (КВВФСУ), время синоатриального проведения (ВСАП), а также эффективный рефрактерный период (ЭРП). Для оценки электрической нестабильности предсердий оценивались показатели: частотный порог индуцирования аритмии (ЧПИА) и время индуцирования пароксизма (ВИП).
Результаты: Анализ данных ЭхоКГ выявил, что больные с персистирующей формой ФП имели достоверно высокие показатели длины левого предсердия (ЛП). Увеличение ЛП при персистирующей форме ФП сопровождалось и расширением полости ЛЖ на 18,3% по индексированному конечно-диастолическому объему (иКДО) (p>0,05) и на 43,5% по иКСО (p<0,01). Несмотря на сохранность систолической функции ЛЖ (ФВ>50%) в обеих группах, установлено, что ФВ у больных с персистирующей формой ФП оказалась достоверно ниже, чем при пароксизмальной форме ФП 57,9 и 66,2%, соответственно (p<0,05). По данным ЧП ЭФИ группы больных достоверно различались по значениям КВВФСУ и составил 301,5±19,6 мс и 511,3±35,2 мс, соответственно I и II группам (p<0,05). Несмотря на отсутствие достоверных различий (ЭРП) в группе больных с персистирующей формой ФП был значительно ниже, чем в группе больных с пароксизмальной формой ФП. Проведение чреспищеводной электростимуляции (ЧПЭС) выявило выраженное снижение ЧПИА в группе больных с персистирующей формой ФП, и наоборот, у этой группы пациентов отмечалось увеличение в 2,5-3 раза ВИП (p<0,01). Парный корреляционный анализ выявил умеренную связь между длиной ЛП и ЧПИА, ЭРП в группе больных с пароксизмальной формой ФП. В группе больных с персистирующей формой ФП корреляционная связь между вышеуказанными показателями приобретала устойчивый характер.
Заключение: При комплексном изучении структурных и электрофизиологических характеристик сердца у больных с МА обнаружены закономерные их тенденции по мере перехода пароксизмальной формы ФП в персистирующую форму ФП. Так, несмотря на отсутствие систолической дисфункции у больных с персистирующей формой ФП по сравнению с больными с пароксизмальной формой ФП выявляется достоверное увеличение длины ЛП и снижение ФВ ЛЖ. Больные с персистирующей формой ФП имеют более выраженные электрофизиологические показатели электрической нестабильности предсердий и нарушения функции синусового узла. Между электрофизиологическими и структурными показателями сердца выявлена корреляционная взаимосвязь, более тесная в группе больных с персистирующей формой ФП.

IIa. ТЕЗИСЫ ПРЕДОСТАВЛЕНЫ «РОХМИНЭ»

№ 89

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ КАРДИОВЕРСИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

С.В. Бузюк[1], Н.В. Кижватова[1], Т.В. Трешкур[2]
[1] *Кардиологический центр поликлиники СКАЛ ГБ № 2 Краснодарского муниципального лечебно-диагностического объединения*
[2] *Отдел клинической физиологии кровообращения ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. акад. В.А.Алмазова Росмедтехнологий»*

Актуальность: Проблема лечения больных, страдающих фибрилляцией предсердий (ФП), в современной кардиологии является одной из первостепенных. Частота выявления ФП увеличилась за период с конца 60-х до конца 90-х годов почти в 3 раза и есть основания предполагать, что к 2020 году ФП получит эпидемический характер распространения. Восстановление синусового ритма (СР) возможно с помощью электрической (Э) или фармакологической кардиоверсии (КВ), а также их сочетания. ЭКВ эффективна в 80 – 98% случаев, дешевле и более безопасна, чем фармакологическая кардиоверсия. Кроме того, для восстановления СР обычно требуется время, тогда как ЭКВ может быстро и в большинстве случаев безопасно восстановить СР приблизительно у 68-90% больных с ФП. Это делает ЭКВ методом выбора при плановом восстановлении СР.
Цель: Обосновать целесообразность проведения электрической кардиоверсии у пациентов с персистирующей ФП в амбулаторных условиях.
Материал и методы исследования. В наблюдение было включено 66 пациентов, из них мужчин – 43, женщин – 23. Средний возраст – 58,8 года (от 30 до 77 лет). В качестве этиологической причины развития ФП преобладали артериальная гипертония – 50% и ИБС со стенокардией или без – 21,9%, реже встречались идиопатическая ФП, эндокринная кардиомиопатия. Длительность существования ФП до проведения восстановления СР от 11 дней до 5 лет (в среднем 9.58 месяца).
Всем пациентам, выполнялась трансэзофагеальная эхокардиография с осмотром ушка левого предсердия и проводилась антикоагулянтная терапия варфарином для профилактики развития тромбоэмболических осложнений. ЭКВ проводили по традиционной методике.
Результаты: 61 кардиоверсия была успешной. У 5 пациентов СР восстановить не удалось. Для удержания СР использовался кордарон в дозе 200 мг/сутки и соталол (доза 160 мг/сут). При такой антиаритмической терапии у 15 больных произошел рецидив, средний срок удержания СР до рецидива ФП 9 дней (от 4 –до 24 дней). После восстановления СР, пациенты продолжали антикоагулянтную терапию в течение 4 недель. Тромбоэмболических осложнений не наблюдалось.
Выводы. Процедура ЭКВ позволяет достичь хороших результатов, предотвратить раннюю инвалидизацию работоспособного населения, снизить экономические затраты. Отсутствие необходимости нахождения в стационаре выявляет значительные экономические преимущества данного метода, позволяет проводить лечение на амбулаторном этапе, что дает возможность отнести его к стационарзамещающим технологиям.

№ 90

СТРУКТУРА АРИТМИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Т.С. Тумаева[1], Е.И. Науменко[2]
[1] *ДРКБ№1*
[2] *Медицинский институт ГОУ ВПО "МГУ им. Н.П.Огарева"*

Цель работы: изучить структуру аритмий у недоношенных детей.
Материал и методы: ЭКГ данные 49 недоношенных детей первых 10 дней жизни.
Результаты: чаще регистрируется синусовая тахикардия (37%) с максимальной ЧСС 198 в минуту, несколько реже синусовая брадикардия (30%) с минимальной ЧСС 81 в минуту; синусовая аритмия (8%), у 6%-экстрасистолия (100%-суправентрикулярная); пароксизмальная тахикардия – у 1 ребенка, синдром слабости синусового узла - также у 1 ребенка (по2%). Нарушение проведения импульса зарегистрировано у каждого четвертого недоношенного: СА блокада (25%), реже замедление АВ проведения (8%), 67% имели нарушение проведения по правой ножке пучка Гиса. Регистрировались другие изменения ЭКГ - удлинение электрической систолы (16%), нарушение процессов реполяризации (20%), ишемические изменения. Суточное мониторирование ЭКГ проведено 32 новорожденным: средняя ЧСС во время бодрствования составила 143 в минуту (максимальная 200, минимальная 136), средняя ЧСС во время дневного сна – 134 в минуту (максимальная 180, минимальная 110), во время ночного сна – 91 (максимальная 170, минимальная 56). Интервал QT не превышал 440 мс у 95%, QT_c имел нормальные значения. Максимальная пауза ритма составила 1200 мс. Короткие эпизоды МВР зарегистрированы у 20%, у 30% СА блокада. У всех обследованных была экстрасистолия (ЭС); у 40% детей количество ЭС не более 5 за сутки, у 20% их количество 7-16, у остальных ЭС от 30 до 8340 за сутки, в т.ч. были зарегистрированы ранние предсердные ЭС. По результатам вариабильности ритма сердца у недоношенных новорожденных первых 2-х недель жизни получены следующие данные: SDNN ср.51± 6 мс, SDNNI 33 ± 5 мс, rMSDD 14 (что указывает на незначительную синусовую аритмию), PNN50% составил 0,9; ЦИ от 0,96 до 1,16 (ср.1,09).
Заключение: аритмии у недоношенных новорожденных без органического поражения сердца регистрируются часто, требуют своевременной диагностики, проведения суточной ЭКГ.