

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ, ТУРБУЛЕНТНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

АЛЕЙНИКОВА Т.В.

Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Беларусь

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) является одним из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы и может рассматриваться в качестве фактора, определяющего повышенный риск развития фибрилляции предсердий (ФП). Отмечено, что тяжесть симптомов ФП связана с высоким сердечным ритмом и его низкой вариабельностью во время пароксизма.

ФП характеризуется нерегулярностью сердечного ритма, которая ведет к колебаниям артериального давления с каждым сердечным сокращением, что в свою очередь может воздействовать на барорефлекторную чувствительность и способствовать развитию симптомов ФП. Барорефлекторная чувствительность может быть оценена турбулентностью сердечного ритма (ТСР). Патологические изменения ТСР у пациентов с наличием пароксизмов ФП ассоциированы с выраженностью клинической симптоматики и склонностью к осложнениям, что подчеркивает важность прогнозирования для выделения групп пациентов с АГ, имеющих различный риск развития ФП.

Цель исследования. Анализ взаимосвязи вариабельности, турбулентности сердечного ритма и пароксизмальной фибрилляции предсердий у пациентов с АГ.

Материал и методы. В исследование вошли 214 пациентов с АГ II степени в возрасте от 35 до 70 лет ($57,7 \pm 7,6$). ХМ было выполнено для уточнения характера предполагаемых аритмических событий, анализа вариабельности и турбулентности сердечного ритма. Анализировались временные («time domain») показатели вариабельности: SDNN (мс), SDNNi (мс), SDANNi (мс), RMSSD (мс), pNN50 (%) и параметры ТСР (ТО – «onset» – «начало» турбулентности, отражающий период тахикардии и TS – «slope» – «наклон» турбулентности, отражающий период брадикардии.). Значения $ТО < 0\%$ и $TS > 2,5$ мс/RR считаются нормальными, а $ТО > 0\%$ и $TS < 2,5$ мс/RR – патологическими.

Проанализировано суммарное число сердечно-сосудистых событий за период наблюдения

$2,6 \pm 1,3$ года. Зарегистрировано 24 инфаркта миокарда, 3 инсульта, 4 летальных исхода, 129 гипертонических кризов, 20 эпизодов нестабильной стенокардии, 9 эпизодов пароксизмальной ФП.

Полученные данные обрабатывались с помощью пакета статистических программ «Statistica 10.0». Достоверным считался уровень значимости при $p < 0,05$.

Результаты. Выделены факторы, ассоциированные с развитием пароксизмальной ФП: RMSSD ($\gamma = 0,4412$; $p = 0,00646$), pNN50 ($\gamma = 0,3417$; $p = 0,037$); ТО ($\gamma = 0,3084$; $p = 0,04$), диаметр аорты (ДА, мм) по данным ЭхоКГ ($\gamma = 0,5051$; $p = 0,00179$), левое предсердие (ЛП, мм) ($\gamma = 0,5515$; $p = 0,00077$), задняя стенка левого желудочка (ЗС, мм) ($\gamma = 0,3752$; $p = 0,0303$), правый желудочек (ПЖ, мм) ($\gamma = 0,3761$; $p = 0,0231$), фракция выброса (ФВ, %) ($\gamma = -0,306$; $p = 0,04$), масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ, г) ($\gamma = 0,3438$; $p = 0,034$), индекс массы миокарда левого желудочка (иММЛЖ, г/м²) ($\gamma = 0,3721$; $p = 0,0213$).

С помощью логит-регрессионного анализа ($X^2 = 28,3$; $p = 0,0008$) сформулирована модель прогнозирования пароксизмальной ФП у пациентов с АГ II степени: $Y = -25,2 + 0,01 \cdot X_{RMSSD} + 0,0005 \cdot X_{pNN50} + 0,13 \cdot X_{ТО} + 0,3 \cdot X_{ДА} + 0,167 \cdot X_{ЛП} + 0,85 \cdot X_{ЗС} + 0,17 \cdot X_{ПЖ} - 0,07 \cdot X_{ФВ} - 0,02 \cdot X_{ММЛЖ}$ (Y – вероятность развития события; X – значения показателей в формуле). Доля правильно классифицированных случаев составила 95,9%, чувствительность метода – 75%, специфичность – 96,4%. Вероятность развития пароксизмальной ФП определяли по формуле: $p = e^Y / (1 + e^Y)$, где $e = 2,72$ (число Эйлера или экспонента). Низкая вероятность развития события: $p \leq 0,25$; средняя: $p = 0,26 - 0,75$ и высокая: $p \geq 0,76$.

Низкий риск развития пароксизмов фибрилляции предсердий подтвержден у 93,4% (200 пациентов), и они не нуждаются в коррекции назначенного лечения. Средний риск выявлен у 3,3% (7 пациентов), высокий – 3,3%.

Заключение. Выявлена значимая корреляция между показателями вариабельности (RMSSD,

pNN50), турбулентности сердечного ритма (ТО) и развитием пароксизмов фибрилляции предсердий у пациентов с АГ II степени. Предполагается, что механизм, влияющий на увеличение частоты сердечных сокращений после желудочковых

экстрасистол (ТО), может быть связан с более серьезными симптомами ФП, что подчеркивает важность прогнозирования для выделения групп пациентов с АГ, имеющих различный риск развития события.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ПОВТОРНЫХ ИНСУЛЬТОВ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

БАТЕНЬКОВА Т.Ю.

Уральский государственный медицинский университет; г. Екатеринбург. Россия

Актуальность. Фибрилляция предсердий встречается примерно в 0,5–1% случаев в общей популяции населения. Это заболевание относится к категории наиболее распространенных, нередко отягчает течение других заболеваний. Инсульт является наиболее разрушительным осложнением фибрилляции предсердий: возникает в 5 раз чаще у пациентов с фибрилляцией предсердий, чем у людей того же возраста без нарушения сердечного ритма.

Цель. Изучить причины повторных инсультов у больных с фибрилляцией предсердий.

Материал и методы. В рамках исследования были изучены истории болезни и проведен опрос 28 пациентов с повторными инсультами, имеющими различные формы фибрилляций предсердий. Исследование проводило на базе МАУЗ Центральной городской больницы №3 г. Екатеринбурга с октября 2016 г. по март 2017 г. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью Microsoft Excel.

Результаты. В исследование вошли 28 больных, возраст пациентов варьировал в пределах от 37 до 85 лет (средний возраст составил $72,4 \pm 11$ лет), из них 9 мужчин (32,1%) и 19 женщин (67,9%). Из 28 человек у 8 (28,6%) пациентов выявлена пароксизмальная форма фибрилляций предсердий, у остальных 20 (71,4%) отмечалась постоянная форма. Из 28 пациентов ИАПФ принимали 15 (53,6%) пациентов: 12 (80%) – эналаприл, каптоприл – 2 (13,3%), 1 (6,7%) – престариум. Регулярность приема колеблется от 40 до 100% (78 ± 21 %). Сартаны принимают всего 9 больных, из них 8 (88,9%) – лазартан, 1 (11,1%) – валсартан. Регулярность приема колеблется в пределах от 25 до 100% (64 ± 21 %). 9 (32,1%) человек не принима-

ли статины. Аторвастатин принимали 15 (78,9%) опрошенных, розувостатин – 1 (5,3%), а 3 лечились (15,8%) симвастатином. Регулярность приема статинов варьировала от 40 до 100% (76 ± 20 %). Бета-адреноблокаторы использовали 16 больных: 15 (93,8%) пациентов принимали бисопролол, 1 (6,2%) – карведилол, регулярность приема колебалась от 25 до 100% (78 ± 22 %). 12 опрошенных принимают диуретики: из них 8 (66,7%) – верошпирон, 4 (33,3%) – индапамид. Регулярность приема составляет от 40 до 100% (80 ± 20 %). Антагонисты кальция использовали незначительное число опрошенных (4–14,3%), все они принимали амлодипин (100%), регулярность приема варьировала от 25 до 95% (70 ± 30 %). Антикоагулянты и дезагреганты не принимали 25% пациентов. Из 21 (75%) респондента только 4 (19%) используют варфарин, однако при этом частота достижения целевого международного нормализационного отношения (МНО) составляет у них от 60 до 100%. Принимали дабигатран – 8 (38%), ривароксабан – 4 (19,2%), клопидогрель – 3 (14,3%), тромбо АСС – 2 (9,5%), регулярность приема лекарственных препаратов варьирует от 25 до 100% (75 ± 22 %). Не было выявлено системного приема НПВП и ГКС. Ингибиторы протонной помпы (ИПП) принимают лишь 15 (53,6%) опрошенных из 28 обследуемых.

Выводы. Одной из причин повторных инсультов у больных с фибрилляцией предсердий является несоблюдение рекомендованной терапии в полном объеме, имеют место частые пропуски приема назначенных препаратов. Необходимо усовершенствовать терапию, направленную на профилактику нарушений мозгового кровообращения.