

ВЫЯВЛЕНИЕ УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ АРИТМИЙ ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ ЭКГ-МОНИТОРИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

БОТИРОВА Н.Б., КОДИРОВА Г.И., ВАХАБОВ Б.М., ЛАТИПОВА К.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Цель работы. Изучение распространенности «ишемических» нарушений ритма и проводимости при различных формах стенокардии, возможность их выявления с помощью методов, зависимость частоты появления от тяжести заболевания, выраженности ишемии миокарда.

Материал и методы. Обследована группа из 40 больных стенокардией, госпитализированных в клинику АГМИ в отделение кардиологии. Среди пациентов было 29 женщин и 11 мужчин в возрасте от 42 до 74 лет (средний возраст – $50,6 \pm 0,7$ лет). Первую группу составили 20 больных с диагнозом ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II; вторую группу составили 20 пациентов с диагнозом у больных ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Всем пациентам проведено суточное Холтеровское ЭКГ-мониторирование на системе с полной записью ЭКГ. У всех больных во время мониторирования наблюдались ишемические изменения ЭКГ, наличие которых определялись при появлении элевации сегмента ST или плоской и косонисходящей депрессии ST на 1 мм и более косовосходящей депрессии ST на 1,5 мм и более, длительностью не менее 1 мин. Для обнаружения НРС использовались результаты автоматического анализа данных мониторирования.

Результаты. «Ишемические» НРС и проводимости были обнаружены у 29,5% больных. Наблюдались два варианта связи нарушений с эпизодами ишемии миокарда. У 48% пациентов во время транзиторной ишемии появлялись нарушения, которых не было вне эпизодов. В основном, это были пароксизмы желудочковой или наджелудочковой тахикардий, эпизоды остановки синусового узла и транзиторные нарушения внутрижелудоч-

кового проведения (8 случаев). У остальных 34 пациентов во время эпизодов смещения сегмента ST встречались те же нарушения, что и в остальное время суток, но во время эпизодов ишемии миокарда число этих НРС (в основном – экстрасистол) резко (в 5–27 раз) увеличивалось. В среднем у каждого из 40 больных выявлено $3,65 \pm 0,23$ эпизода, тогда как только $1,98 \pm 0,13$ из них сопровождалось появлением нарушений ритма и проводимости. При анализе данных Холтеровского мониторирования обращает внимание, что по результатам анализа суточной ЭКГ (графики смещения ST и числа аритмий) можно было выявить связь нарушений ритма с эпизодами ишемии в 33 случаях. Показано, что у больных стабильной стенокардией они выявлялись достоверно реже – в 15% случаев, чем у больных нестабильной стенокардией, больных СНП и СП (33,3, 40 и 43,3% соответственно, $p < 0,05$). Наиболее часто обнаруживались желудочковые экстрасистолы. Местная внутрижелудочковая блокада (уширение комплекса QRS до 0,12 с. без четких признаков блокады ножек пучка Гиса) выявлена в 3,7% случаев, блокада ножек пучка Гиса – несколько реже – в 2,7% случаев. Наджелудочковые «ишемические» аритмии встречались у 8,6% пациентов.

Заключение. Вероятность появления «ишемических» желудочковых нарушений ритма и проводимости зависит от выраженности развивающейся ишемии миокарда, увеличиваясь до максимума при трансмуральной ишемии, проявляющейся на ЭКГ элевацией ST. То есть, более тяжелая ишемия миокарда приводит к большей электрической нестабильности миокарда желудочков.

СРАВНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВЕРСИИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В РАНДОМИЗИРОВАННОМ ИССЛЕДОВАНИИ

ВЛОДЗЯНОВСКИЙ В.В., МИРОНОВ Н.Ю., СОКОЛОВ С.Ф., САИДОВА М.А., ЮРИЧЕВА Ю.А., ГОЛИЦЫН С.П., РОЗЕНШТРАУХ Л.В., ЧАЗОВ Е.И.

ФГБУ НМИЦ кардиологии МЗ РФ, г. Москва. Россия

Цель. Сравнить эффективность и безопасность электрической кардиоверсии (ЭКВ) и медикаментозной кардиоверсии (МКВ) с использованием антиаритмического препарата III класса рефралона у больных с персистирующей формой фибрилляции предсердий (ФП). Изучить состояние внутрисердечной гемодинамики и параметры ремоделирования левого предсердия при восста-

новлении синусового ритма (СР) лекарственным путем и с помощью ЭКВ.

Материал и методы. 60 больных с персистирующей формой ФП были рандомизированы в группы электрической (ЭКВ; $n=30$) и медикаментозной кардиоверсии (МКВ; $n=30$). Статистически значимые различия по основным клиническим характеристикам между группами отсутствовали.

ли. После предварительного обследования, исключившего противопоказания, в условиях блока интенсивной терапии проводилась попытка восстановления синусового ритма (СР). В группе ЭКВ применяли бифазные синхронизированные разряды 150 Дж и 170 Дж. В группе МКВ производилось внутривенное введение Рефралона в дозе 10 мкг/кг, в случае сохранения ФП введение повторяли через 15 мин. (максимальная доза составляла 30 мкг/кг). Наблюдение за больными продолжали в течение 24 ч. Всем пациентам перед восстановлением СР и через сутки после восстановления СР, проводилась трансторакальная ЭхоКГ (ТТЭхоКГ) и чреспищеводная ЭхоКГ (ЧПЭхоКГ) с последующим подсчетом линейных и объемных размеров левого предсердия, фракции выброса (ФВ) ушка левого предсердия (УЛП) и степени спонтанного эхоконтрастирования в полости левого предсердия и УЛП и скорость кровотока в УЛП.

Результаты. Восстановление СР отмечено у 27 из 30 больных (90%) в группе ЭКВ и у 28 из 30 больных (93,3%) в группе ЛКВ. В группе ЭКВ после восстановления СР у одного больного отмечен рецидив ФП. В группе МКВ рецидивы ФП не отмечались. Таким образом, в группе ЭКВ через 24 ч СР сохранялся у 26 из 30 больных (86,7%); в группе МКВ – у 28 из 30 больных (93,3%). В ходе исследования не отмечено ни одного случая острого нарушения мозгового кровообращения/ транзиторной ишемической атаки, желудочковых аритмий, асистолии продолжительностью >3,0 с. В группе МКВ у 7 из 30 пациентов (23,3%) после

восстановления СР отмечалось увеличение продолжительности интервала QT>500 мс. В группе ЭКВ удлинение интервала QT отмечено у одного больного (3,3%; $p<0,05$). У одного пациента в каждой из групп (3,3%) после купирования ФП отмечалась синусовая брадикардия, которая разрешилась самостоятельно в течение 30 мин. наблюдения. В группе МКВ наблюдалось снижение ФВ УЛП с $37,6\pm 12,5$ до $29,5\pm 14,3\%$ ($p<0,05$) и средней скорости опорожнения (ССО) УЛП – с $40,4\pm 3,2$ до $29,6\pm 3,2$ см/с ($p<0,05$) и увеличение степени СЭК на 50% ($p<0,05$). В группе ЭКВ наблюдались схожие изменения: снижение ФВ УЛП – с $43,4\pm 14,6$ до $26,6\pm 7,6\%$ ($p<0,001$) и ССО УЛП – с $35,7\pm 6,8$ до $21,8\pm 3,6$ см/с ($p<0,05$) и увеличение степени СЭК на 100% ($p=0,053$). У одного пациента был обнаружен свежий тромб в УЛП через сутки после успешного восстановления синусового ритма с помощью рефралона. В группе МКВ отмечено менее значительное снижение ФВ и ССО УЛП и степени спонтанного эхоконтрастирования.

Заключение. По результатам рандомизированного исследования эффективность и безопасность МКВ с использованием рефралона не уступают ЭКВ у больных персистирующей ФП. Феномен «оглушения» ЛП отмечается как при восстановлении СР посредством ЭКВ, так и при МКВ. При этом степень снижения насосных показателей ЛП менее выражена после ЛКВ, чем после ЭКВ, утверждение. При этом степень снижения насосных показателей ЛП менее выражена после ЛКВ, чем после ЭКВ.

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

ГАФУРОВ Н.Р., УЗБЕКОВА Н.Р., УСМАНОВА Д.Н., ТАШТЕМИРОВА И.М., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Цель работы. Оценить возможности применения Холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ для диагностики аритмий у больных идиопатическим пролапсом митрального клапана (ПМК).

Материал и методы. Проведено комплексное клинично-функциональное обследование 26 больных (средний возраст $34,5\pm 2,5$ года) с идиопатическим ПМК, верифицированным ЭхоКГ-методом. Всем больным проведено суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ аппаратом «Schiller MT-101» (Швейцария) на кафедре факультетской терапии АГМИ. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лица.

Результаты. Проведенное исследование показало, что при ХМ ЭКГ у 55% больных с ПМК и у 20% здоровых зарегистрированы желудочковые экстрасистолы (ЖЭ). Число ЖЭ, превышающих 100 в сутки, выявлены у 13,3% больных с ПМК,

при этом ЖЭ высоких градаций отмечены только у пациентов с ПМК (18,3% случаев). В свою очередь у здоровых ЖЭ были, как правило, единичными. Наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭ) регистрировались у 12% здоровых, преимущественно в ночные часы при наличии брадикардии, в то же время они выявлялись у 75% больных ПМК в дневное время при выполнении ими физических нагрузок, что указывает на неблагоприятный прогноз последних. Установлена взаимосвязь удлинения интервала QT (свыше 0,42 с) и ЖЭ как у больных, так и у здоровых ($r=0,6237$; $p=0,0001$). Важно отметить, что также у 15% больных с ПМК обнаружены признаки нарушений функции синусового узла.

Заключение. Таким образом, в возникновении аритмий при ПМК существенную роль играют как функциональные, так и органические изменения