

№ 87

### ИШЕМИЯ МИОКАРДА КАК ФАКТОР РИСКА РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Н.Т. Ватулин, Н.В. Калинина, А.Н. Шевелев

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра внутренних болезней №3, г. Донецк, Украина

**Введение.** Фибрилляция предсердий (ФП) является одной из наиболее актуальных проблем современной кардиологии. Нарушение гемодинамики и тромбозомболические 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), легкой 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), нарушенного ритма и проводки 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) – сохранился 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 "Желтый 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) 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) проводилось ЭхоКГ и чреспищеводное электрофизиологическое исследование (ЧПЭФИ). 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 «En Visor-C» фирмы «Philips» США. ЧПЭФИ проводили через 2 суток после отмены всех антиаритмиков (кордарона через 30 суток) с помощью универсального наружного электрокардиостимулятора ЭУКС «СОБОЛЬ» (Россия) по известной методике. Определяли время восстановления функции синусового узла (ВВФСУ), а также и его контролируемое время (КВВФСУ), время синотрикулярного проведения (САП), 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 16,3% по индексированному конечнo-диастолическому объему (ИКДО) (p<0,05) и на 43,5% по ИКСО (p<0,01). Несмотря на сохранность систолической функции ЛЖ (99-50%) в обеих группах, отмечено, 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 ЧПЭФИ группы больных достоверно различались по значимым 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 выявлялось достоверное увеличение длины ЛП и снижения ФВ ЛЖ. Больные с персистирующей формой ФП имеют более выраженную 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<sup>1</sup>, Н.В. Кижатова<sup>1</sup>, Т.В. Трешкур<sup>2</sup><sup>1</sup> Кардиологический центр поликлиники СКАЛ ГБ № 2 Красногорского муниципального лечебно-диагностического объединения<sup>2</sup> Отдел клинической физиологии кровообращения ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. ак. В.А.Лаврова Росмедбиолог»

**Актуальность:** Проблема лечения больных, страдающих фибрилляцией предсердий (ФП), в современной кардиологии является одной из первоочередных. 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 гипертензия – 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 транссфогагальная эхокардиография с осмотром ушка левого предсердия и проводилась антикоагулянтная терапия варфарином для профилактики развития тромбозомболических 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. Тромбозомболических 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. Тумеева<sup>1</sup>, Е.И. Науменко<sup>2</sup><sup>1</sup> ДРКБ №1<sup>2</sup> 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%), ишемическое изменение. 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%, QTc имел нормальные значения. Максимальная пауза ритма составила 1200 мс. Короткие эпизоды МБР зарегистрированы у 20%, у 30% СА блокада. У всех обследованных была экстрасистолия (ЭС); у 40% детой 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 variability ритма сердца у недоношенных новорожденных первых 2-х недель жизни получены следующие данные: SDNN ср.51± 6 мс, SDNN1 33 ± 5 мс, rMSSD 14 (что указывает на незначительную синусовую аритмию), PNN50% составили 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.