

*Н. А. Мацегора, Н. Ю. Митасова, О. А. Наташина-Котик, А. И. Санвелов,
А. А. Мисюна, Г. В. Шестерикова*

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАСИСТОЛИЧЕСКИХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Одесский национальный медицинский университет

Резюме. Н. А. Мацегора, Н. Ю. Митасова, О. А. Наташина-Котик, А.И. Санвелов, А. А. Мисюна, Г. В. Шестерикова. **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭКСТРАСИСТОЛИЧЕСКИХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.** Проведен ретроспективный анализ 695 историй болезней пациентов, лечившихся в кардиологическом отделении ООКДЦ. Изучены данные эпиданамнеза, факторы риска, клиническая картина заболевания, эффективность проводимой терапии у 73 больных с хронической формой ишемической болезни сердца (ХИБС) с артериальной гипертензией (АГ) (78%), ХИБС (15%), нейроциркуляторной дистонией (НЦД, 3%), гипертонической болезнью (1,4%), хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) с АГ (1,4%), ХРБС (1,4%).

Ключевые слова: экстрасистолическая аритмия, органический генез, функциональный генез.

Резюме. Н. А. Мацегора, Н. Ю. Митасова, О. А. Наташина-Котик, О. І. Санвелов, А. А. Мисюна, Г. В. Шестерикова. **ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ ЕКСТРАСИСТОЛІЧНОЇ АРИТМІЇ У ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ СЕРЦЯ.** Проведен ретроспективний аналіз 695 історій хвороб пацієнтів, які лікувалися в кардіологічному відділенні ООКДЦ. Вивчено дані епіданамнезу, фактори ризику, клінічна картина захворювання, ефективність проведеної терапії 73 хворих, які страждають хронічною формою ішемічної хвороби серця (ХІХС) з артеріальною гіпертензією (АГ) (78%), ХІХС (15%), нейроциркуляторною дистонією (НЦД, 3%), гіпертонічною хворобою (1,4%), хронічною ревматичною хворобою серця (ХРХС) з АГ (1,4%), ХРХС (1,4%).

Ключові слова: екстрасистолическа аритмія, органічний генез, функціональний генез.

Summary. N. A. Matsegora, N. Y. Mitasova, O. A. Natashyna-Kotik, A. I. Sanvelov, A. A. Misyuna, G. V. Shesterikova. **DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EXTRASYSTOLIC ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH CARDIAC DISEASE.** The retrospective analysis of 695 medical histories of patients treated in the cardiology department has been done. Epidemiologic anamnesis, risk factors, clinical manifestation, the effectiveness of therapy of 73 patients with chronic ischemic heart disease (CIHD) with arterial hypertension (AH) (78%), CIHD (15%), neurocirculatory asthenia (NCA, 3%), primary hypertension (1.4%), chronic rheumatic heart disease (HRHD) with hypertension (1.4%), HRHD (1.4%) has been analyzed.

Keywords: extrasystolic arrhythmia, an organic genesis, functional genesis.

Актуальность темы: Распространенность экстрасистолической аритмии достаточно высока – около 1,5% случаев, что составляет до 48% среди всех нарушений сердечного ритма [1-6]. В общей популяции данный показатель составляет около 0,7% и увеличивается с возрастом, равномерно распределяясь между обоими полами.

По риску развития фибрилляции предсердий и внезапной смерти данная патология по данным WHO (2010 год) занимает стойкое первое место на протяжении последнего десятилетия, являясь главной причиной утраты трудоспособности и летальности [7]. Данные анализа холтеровских мониторинговых записей ЭКГ, зарегистрированных в момент внезапной сердечной смерти, раскрывают как наиболее частую причину летального исхода, возникновение нарушений ритма, а именно: наджелудочковых экстрасистол - у 14 - 91%, желудочковых экстрасистол - у 46-89% исследованных [7-8].

Экстрасистолия (ЭС) — это преждевременное возбуждение всего сердца или какого-либо его отдела, вызванное внеочередным импульсом, исходящим из предсердий, АВ-соединения или желудочков. По этиологии различают экстрасистолии органического, токсического и функционального генеза, которые провоцируются эмоциональным напряжением, физической работой, приемом пищи, алкоголем, курением, сменой положения тела, а также возникают вследствие рефлекторного влияния со стороны других органов.

Морфологическим субстратом экстрасистолии является электрическая негомогенность сердечной мышцы различного генеза.

Основными механизмами развития экстрасистолии являются: re-entry, повышенная осцилляторная активность клеточных мембран, эктопический импульс из предсердий, распространяющийся сверху вниз по проводящей системе сердца и возникающий в АВ-соединении, распространяющийся в двух направлениях: сверху вниз по проводящей системе желудочков и снизу вверх по предсердиям.

При дифференциальной диагностике данной патологии необходимо учитывать как данные тщательно собранного анамнеза (для уточнения природы экстрасистол), так и результаты общеклинических, инструментальных и функциональных методов исследования [1-3, 9,10].

Цель работы: изучить возможность использования клиничко-лабораторных и функциональных методов исследования для дифференцированного подхода в диагностике и лечении функциональных и органических экстрасистол.

Методы исследования: Работа основана на ретроспективном анализе 695 историй болезней пациентов, лечившихся в кардиологическом отделении ООМЦ на протяжении 2010 года. Для достижения поставленной цели были изучены данные эпиданамнеза, факторы риска, клиническая картина заболевания, эффективность проводимой терапии 73 больных в возрасте 48 – 76 лет, страдающих хронической формой ишемической болезни сердца (ХИБС) с артериальной гипертензией (АГ) (78%), ХИБС (15%), нейроциркуляторной дистонией (НЦД) (3%), гипертонической болезнью (1,4%), хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) с АГ (1,4%), ХРБС (1,4%) с наличием экстрасистолической аритмии. В данном исследовании острые формы ишемической болезни сердца и их осложнения не учитывались, так как причины возникновения различных видов нарушения ритма, в том числе и экстрасистолии, при данных патологиях достаточно освещены в литературе.

Полученные результаты: Анализ особенностей выявленной экстрасистолии показал следующее. У 71 (97%) пациента имела место органическая патология сердечно-сосудистой системы, а у 2 (3%) – «чистые» функциональные изменения. У 41 пациента (55,4%) выявлена сопутствующая патология органов брюшной полости, которая способствовала присоединению функционального компонента в развитии экстрасистолической аритмии.

По данным эпидемиологического исследования в изучаемой группе больных, установлены следующие основные факторы риска, обусловившие возникновение экстрасистолий (табл. 1).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наиболее часто экстрасистолическую аритмию провоцировала физическая нагрузка (38% случаев) и эмоциональное перенапряжение - в 12% случаев, а алкоголь, курение и острая пища в равной степени влияли на возникновение аритмий (в 1,4% случаев).

Таблица 1

Эпидемиологические особенности и факторы риска больных с экстрасистолической аритмией

Показатели	Результаты (n = 73)	
	абс.	%
Физическая нагрузка	28 человек	38 %
Эмоциональное перенапряжение	9 человек	12 %
Алкоголь	1 человек	1,4 %
Курение	1 человек	1,4 %
Острая пища	1 человек	1,4 %
Не выявлено факторов риска	33 человека	45,8%

Особенность клинических проявлений экстрасистолии состояла в возникновении «перебоев» в работе сердца (70%), болей ноющего характера в области сердца (48%), присоединении одышки инспираторного характера (38%), головокружения (33%). В ряде случаев пациенты жаловались на ощущение «замирания» сердца (18%), «толчка» (12%), «помрачение» сознания (4%). Бессимптомно экстрасистолия протекала в 1,4% случаев (табл. 2.).

Таблица 2

Физикальные показатели, сопутствующие экстрасистолии

Показатели	Результаты n = 73	
	абс.	%
ЧСС < 60	5 человек	7%
ЧСС 60-90	50 человек	68,5%
ЧСС > 90	18 человек	24,5%
Дефицит пульса	9 человек	12%
Преждевременно ослабленные тоны I, II	6 человек	8%
Гипертрофия ЛЖ	62 человека	85%

Из полученных данных следует, что более половины экстрасистол регистрировались у пациентов на фоне нормальной частоты сердечных сокращений, у четверти пациентов – на фоне тахикардии и лишь у 7% - на фоне брадикардии. В 8 % случаев наблюдались преждевременно ослабленные I и II тоны, в 12 % - дефицит пульса. У большинства больных (85%) диагностирована гипертрофия левого желудочка, которая объяснялась наличием у исследованных артериальной гипертонии.

Анализ частоты, тяжести, источников и других особенностей экстрасистолической аритмии у изученного контингента позволил установить ряд отличий у больных с «чистой» органической патологией сердечно-сосудистой системы (1 группа) по сравнению с сочетанным вариантом её, включающим и патологию органов пищеварения (2 группа) (табл. 3).

Таблица 3

Характеристика экстрасистолической аритмии у больных с сердечно-сосудистой патологией (1 группа) и патологией органов брюшной полости (2 группа)

Экстрасистолы	1 группа n = 34		2 группа n = 27	
	абс.	%	абс.	%
Наджелудочковые	12	35	6	22
Желудочковые	22	65	21	78
Монотопные	31	91	24	89
Политопные	2	9	3	11

Частота выявленных на ЭКГ наджелудочковых экстрасистол у больных с органическим поражением сердечно-сосудистой системы составила 35%, а у больных с

сочетанной патологией органов брюшной полости - 22%. Желудочковые экстрасистолы зарегистрированы у 65% больных 1-й группы и у 78% – 2-й. Общим для этих вариантов явилось превалирование монотопных экстрасистол, частота которых составила в группах сравнения 91% и 89 %, над политопными – в 9% и 11% случаев.

Установлено, что при хронической патологии сердечно-сосудистой системы, протекающей с сопутствующей патологией органов пищеварения, у 4/5 больных регистрировались желудочковые экстрасистолы, которые по данным литературы [4,5] относятся к прогностически весьма неблагоприятным и отягощающим факторам течения сердечно-сосудистых заболеваний в связи с повышением риска развития внезапной смерти.

Перспективы дальнейших исследований. Дальнейшие исследования целесообразно проводить в русле дифференцированного подхода в диагностике и совершенствовании лечения сердечно-сосудистой патологии, сопровождающейся экстрасистолической аритмией.

Выводы: На основании полученных результатов ретроспективного анализа установлено:

1. Экстрасистолическая аритмия встречается примерно у 10,5 % больных с хронической патологией сердечно-сосудистой системы.

2. У больных кардиологического профиля экстрасистолическая аритмия в значительном числе случаев (55,4%) имеет не только органический, но и функциональный генез.

3. У больных с органическим поражением сердечно-сосудистой системы наличие сопутствующей патологии органов брюшной полости приводит к увеличению частоты и тяжести аритмии в виде желудочковых экстрасистол, что прогностически более неблагоприятно.

4. Терапия больных кардиологического профиля с сопутствующей функциональной патологией должна включать вегетонормализующие способы терапии: как медикаментозные, так и немедикаментозные.

Литература:

1. Ардашев В. Н. Лечение нарушений сердечного ритма / В. Н. Ардашев, В. И. Стеклов. - М.: ГВКГ, 1998. - 165 с.

2. Аронов Д. М. Функциональные пробы в кардиологии: лекции / Д. М. Аронов, В. П. Лупанов, Т. Г. Михеева // Кардиология. - 1995. -Т. 35, № 12. - С. 83 - 93.

3. Дощицин В. И. Лечение аритмий сердца / В. И. Дощицин. - М.: Медицина, 1993. - 320 с.

4. Frolkis G. P. Frequent ventricular ectopy after exercise as a predictor of death / G. P. Frolkis, C. E. Pothier, E. H. Blackstone et al. // New Engl. J. Med. - 2003. - Vol. 348, N 9. - P. 781 - 790.

5. Heeringa J., van der Kuip D., Hofman A. et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam stud // Eur. Heart J. – 2006.- Vol. 27.- P. 949 - 953.

6. Кушаковский М. С. Аритмии сердца: Руководство для врачей. – СПб: Гиппократ, 1992. – 544 с.

7. Недоступ А. В. Принципы комбинированной антиаритмической терапии / А. В. Недоступ, О. В.Б лагова // Рус. мед. журн. — 2005. — Т. 13, № 11. -С. 767 - 774.

8. Рябыкина Г. В. Методические рекомендации по практическому использованию холтеровского мониторирования ЭКГ / Г. В. Рябыкина. -М., 2003.-92 с.

9. Серцево-судинні захворювання. Рекомендації з діагностики, профілактики та лікування / За ред. В. М. Коваленка, М. І. Лутая. – К.: МОРІОН, 2011. – 408 с.

10. Сметнев А. С. Практические аспекты диагностики и лечения нарушений ритма сердца / А. С. Сметнев, Н. М. Шевченко, А. А. Гросу // Терапевт. арх. -1987. - Т. 59, № 5. - С. 138 - 142.