

НАДЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Николай Гамлетович Гоголашвили, Мария Викторовна Литвиненко, Татьяна Николаевна Бритых, Елена Сергеевна Катман, Леонид Севостьянович Поликарпов, Наталья Яковлевна Новгородцева

(НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, директор — член-кр. РАМН, проф. В.Т. Манчук, клиническое отделение мониторинга соматической патологии и прогнозирования здоровья, зав. — д.м.н., проф. Л.С. Поликарпов)

Резюме. Обследовано 370 пациентов в течение года после инфаркта миокарда (ИМ). По данным холтеровского мониторирования (ХМ) у 93,8% обследованных регистрируется наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ). Наиболее часто регистрировались наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭ), значительно реже кратковременные пароксизмы наджелудочковой тахикардии (НЖТ), пароксизмальная и постоянная формы фибрилляции предсердий (ФП). Частота НЖЭ не зависела от пола, возраста пациентов, типа перенесенного ИМ и времени прошедшего с момента последнего. У женщин чаще регистрировались пробежки НЖТ, парные НЖЭ значительно чаще регистрировались у пациентов после Q-ИМ. Среднее количество НЖЭ за сутки у мужчин было значимо больше. У 4,3% больных наблюдалась ФП. Постоянная форма ФП наблюдалась значительно чаще пароксизмальной.

Ключевые слова: нарушения ритма, инфаркт миокарда, наджелудочковая экстрасистолия, фибрилляция предсердий.

SUPRAVENTRICULAR ARRHYTHMIAS IN PATIENTS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

N.G. Gogolashvili, M.V. Litvinenko, T.N. Britih, E.S. Katman, L.S. Polikarpov, N.Y. Novgorodceva

(Establishment of the Russian academy of medical sciences Scientifically research Institute of medical problems of the North the Siberian branch of the Russian academy of medical sciences)

Summary. Establishment of the Russian Academy of Medical Sciences Medical Research Institute for Northern Problems of Medical Sciences, prof. NG Gogolashvili, leading researcher of the Clinical Unit for monitoring somatic pathology and prediction of health. A total of 370 patients within one year after myocardial infarction. According to Holter monitoring in 93.8% of patients within one year after myocardial infarction recorded supraventricular extrasystoles. The most frequently detected supraventricular premature beats, much less short paroxysms of supraventricular tachycardia, paroxysmal and persistent atrial fibrillation. The frequency of supraventricular extrasystoles was independent of sex, age of patients, such as myocardial infarction and the time elapsed since the last time. Women often recorded jogging supraventricular tachycardia, supraventricular premature beats paired more frequently detected in patients after Q-myocardial infarction. At 4.3% of patients with atrial fibrillation was observed. Permanent form of atrial fibrillation was observed more frequently than paroxysmal.

Key words: arrhythmias, myocardial infarction, supraventricular extrasystoles, atrial fibrillation.

Изучение причин и факторов развития внезапной смерти является одной из наиболее актуальных проблем кардиологии. Важность этой проблемы обусловлена прежде всего большой частотой внезапной смерти. По данным отдельных авторов, до 70% всех случаев смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) развивается внезапно [5]. Нарушения ритма и проводимости — самые частые осложнения инфаркта миокарда (ИМ). По данным мониторинга наблюдения электрокардиограммы (ЭКГ) в остром периоде нарушения ритма отмечаются более чем у 90% больных [7,4]. Аритмии при ИМ имеют неодинаковую клиническую значимость. Особую группу составляют жизнеугрожающие аритмии, к которым в повседневной клинической практике относят прежде всего нарушения ритма желудочков. Отдельную проблему составляют наджелудочковые нарушения ритма (ННР) у больных перенесших ОИМ [1,6]. Наджелудочковые нарушения ритма, предсердная пароксизмальная тахикардия, мерцание и трепетание предсердий — группа аритмий, которые обычно возникают вследствие ИМ, сердечной недостаточности. В 80-90-х годах прошлого столетия было проведено достаточное количество исследований по ННР по данному состоянию. По данным различных авторов распространенность наджелудочковой экстрасистолии (НЖЭ) составляет от 20-35% [3], предсердная пароксизмальная тахикардия, мерцание и трепетание предсердий можно наблюдать не менее чем у 15-20% госпитализированных больных с ИМ [8]. Пароксизмальная предсердная тахикардия — относительно редкое осложнение ИМ, встречается у 2-3% больных [2]. В то же время можно предположить, что частота данных нарушений может несколько различаться, так как за последние два десятилетия тактика ведения таких пациентов существенно изменилась, что связано с массовым применением бета-блокаторов, ингибиторов АПФ. Таким образом, изучение частоты наджелудочковых аритмий (НЖА) у больных с ИМ в анамнезе

является одной из актуальных проблем. Поэтому целью нашего исследования было изучение частоты НЖА у больных в течение года после ИМ.

Материалы и методы

Всего было обследовано 370 пациентов перенесших ИМ не более 1 года назад. Средний возраст больных составил $59,3 \pm 9,7$ лет. Среди обследуемых преобладали мужчины — 72,2% (267 человек), доля женщин составила 27,8% (103 человека). Средний возраст мужчин $57,4 \pm 9,5$ лет, средний возраст женщин $64,4 \pm 8,5$ лет.

Среди обследованных Q-ИМ перенесли 202 (54,6%) человека, nonQ-ИМ перенесли 168 (45,4%). В течение первых трех месяцев после ИМ обследовано 136 (36,8%) человек, в период от четырех до шести месяцев — 73

Таблица 1
Среднее количество наджелудочковых экстрасистол в зависимости от пола и возраста

Среднее количество НЖЭ	Больные с НЖЭ		
	а. мужчины	б. женщины	с. все
1. Больные с НЖЭ	247,2 (НК 13, ВК 84)	240,8 (НК 18, ВК 168)	245,5 (НК 14, ВК 103)
2. 30-59 лет	183,1 (НК 10, ВК 43)	223,1 (НК 7, ВК 123)	188,8 (НК 9, ВК 50)
3. 60 лет и старше	360,2 (НК 25, ВК 169)	247,9 (НК 23, ВК 192)	313,2 (НК 24, ВК 170)
4. После Q-ИМ	239,1 (НК 11, ВК 85)	234,7 (НК 23, ВК 158)	238,3 (НК 12, ВК 102)
5. После nonQ-ИМ	261,1 (НК 15, ВК 84)	243,9 (НК 16, ВК 168)	254,3 (НК 16, ВК 105)

Примечание: p1a-1b<0,05, p2a-3a<0,001, p2b-3b<0,05, p2c-3c<0,001. В остальных случаях сравнения p>0,05; центральные тенденции описаны медианой и интерквартильным размахом (25-й и 75-й процентиля).

(19,7%), от семи до девяти месяцев — 53 (14,3%), от десяти до двенадцати месяцев — 108 (29,2%). В возрастной группе 30-39 лет состояло 7 (1,9%) больных, 40-49 лет — 52 (14,1%), 50-59 лет — 138 (37,2%), 60-69 лет — 106 (28,7%), от 70-79 лет — 64 (17,3%), 80 лет и старше — 3 (0,8%).

Всем обследованным проводилось клиническое анкетирование, клинический осмотр с измерением артериального давления, частоты сердечных сокращений, запись стандартной электрокардиограммы (ЭКГ), 24-часовое холтеровское мониторирование (ХМ) электрокардиограммы с использованием кардиорегастраторов SHILLER MT-100 и MT-101. В ходе мониторирования больные вели дневники самооценки, в которых фиксировали физические нагрузки, самочувствие, время приема пищи, отдыха и сна. Наджелудочковые экстрасистолы классифицировались по следующим параметрам: не более 30 НЖЭ за любой час мониторирования — редкая; более 30 НЖЭ за любой час мониторирования — частая; 2 НЖЭ подряд — парные, 3 подряд НЖЭ — групповые, 4 и более НЖЭ подряд с частотой более 100 в минуту — наджелудочковая тахикардия (НЖТ). Выраженность аритмической активности определялась по максимальной значимой зарегистрированной градации аритмии.

Преобладали пациенты со II функциональным классом (ФК) стенокардии — 64,6%, III ФК зарегистрирован у 26,8%, I ФК — у 8,6% обследуемых. Проявления хронической сердечной недостаточности выявлены у 99,2% обследованных. Наиболее часто встречались пациенты со II ФК сердечной недостаточности по NYHA — 55,3%, I ФК зарегистрирован у 16,8%, III ФК — у 27,6%, IV ФК — у 0,3%. Из сопутствующих заболеваний наиболее часто выявлялась артериальная гипертензия (87,3%), сахарный диабет зарегистрирован у 6,5% обследованных, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе — у 5,4% больных.

Обследование проводилось на фоне получаемой терапии: 71,1% больных принимали бета-блокаторы, 61,6% — ингибиторы АПФ, 75,7% — антиагреганты, 30,8% — диуретики, 17,8% — блокаторы Са-каналов, 34,1% — нитраты, 9,5% — антиаритмики, 53,8% — статины, 6,2% — антагонисты альдостерона, 1,1% — сердечные гликозиды.

Всем обследуемым проведен анализ результатов ХМ в зависимости от пола, возраста, типа перенесенного ИМ.

При статистическом анализе использовались методы описательной статистики. Для оценки значимости между сравниваемыми средними значениями независимых выборок соответственно внутри- и межгрупповых различий использовали непараметрический метод — U-критерий Уилкоксона, критерий Манна-Уитни, критерий χ^2 . Различия считались значимыми при $p < 0,05$. Обработка статистических данных проводилась с использованием компьютерного пакета прикладных программ Statistica 6.0 [6].

Результаты и обсуждение

Всего было проанализировано 370 записей ХМ. У большинства обследованных (93,8%) регистрировались НЖЭ, у них среднее количество НЖЭ за сутки составило — 245,5 (НК 14, ВК 103).

При анализе среднего количества НЖЭ в зависимости от пола, возраста и типа перенесенного ИМ получены следующие результаты (табл. 1).

Следует отметить, что у мужчин среднее количество НЖЭ в целом было больше, чем у женщин ($p=0,03$). Как у мужчин так и у женщин отмечено увеличение среднего количества НЖЭ с возрастом ($p=0,000001$, $p=0,03$). Закономерностей связанных с типом перенесенного ИМ не выявлено.

Среди мужчин перенесших ИМ в анамнезе НЖЭ встречались несколько чаще (96,3%), чем среди женщин (91,3%), ($p=0,05$).

При сравнении распространенности НЖЭ у больных в зависимости от типа ИМ получены следующие данные: распространенность НЖЭ у больных после Q-ИМ составила 96%, после nonQ-ИМ — 93,5%, ($p=0,06$). При анализе данного параметра в зависимости от типа ИМ и пола достоверно значимых различий так же не было выявлено: у мужчин после Q-ИМ НЖЭ регистрировались в 96,4% случаев, после nonQ-ИМ — в 96%, у женщин после Q-ИМ НЖЭ наблюдались в 94,1% случаев, после nonQ-ИМ — в 89,9%. Во всех случаях значимых различий не выявлено.

При оценке наличия НЖЭ у пациентов в зависимости от времени прошедшего с момента ИМ закономерностей выявлено не было: НЖЭ выявлено в 93,4% случаев у пациентов в течение первых 3-х месяцев после ИМ, в 97,3% — в период от 4 до 6 месяцев, у 92,5% пациентов — от 7 до 9 месяцев, у 96,3% обследуемых — от 10 до 12 месяцев.

В возрастной группе 30-59 лет НЖЭ регистрировалась несколько чаще — в 97% случаев, чем в группе 60 лет и старше — в 92,5%, ($p=0,052$). Однако, при анализе НЖЭ в данных возрастных группах в зависимости от пола существенных различий выявлено не было (табл. 2).

Таблица 2

Частота встречаемости наджелудочковых экстрасистол по данным холтеровского мониторирования

Возрастные группы	Число обследованных		Частота встречаемости экстрасистол			
			Наджелудочковая экстрасистолия			
			мужчины		женщины	
	мужчины	женщины	п	%	п	%
30-59 лет	168	29	164	97,6	27	93,1
60 лет и старше	99	74	93	93,9	67	90,5
Всего	267	103	257	96,3	94	91,3

Примечание: во всех случаях сравнения $p > 0,05$.

При оценке НЖЭ по частоте отдельных градаций преимущественно регистрировалась редкая НЖЭ (38%), реже всего выявлялась частая НЖЭ (1,5%), парные и групповые НЖЭ выявлены у 20,7% и 20,5% от всех случаев НЖЭ соответственно, короткие пробежки НЖТ зарегистрированы в 19,3% случаев.

При анализе частоты отдельных градаций НЖЭ у мужчин и женщин были получены следующие результаты. Редкая НЖЭ наблюдалась у 39,7% обследованных мужчин и 31,9% обследованных женщин. Частая НЖЭ отмечалась у мужчин в 2,3% случаев. У женщин данная градация не выявлялась. Парная НЖЭ регистрировалась в 22,5% и 14,9% случаев, групповая НЖЭ в 20,6% и 22,3% случаев у мужчин и женщин соответственно. Значимых различий при этом не наблюдалось. Пробежки НЖТ у женщин регистрировались значимо чаще, чем у мужчин: 30,9% и 14,8% соответственно ($p=0,0007$).

При анализе частоты отдельных градаций НЖЭ в зависимости от типа перенесенного ИМ в большинстве случаев достоверных различий также не наблюдалось. Редкие НЖЭ отмечались в 38,1% и 36,9% случаев, частые НЖЭ в 1,6% и 1,9% случаев, групповые НЖЭ в 18,6% и 24,2% случаев, пробежки НЖТ в 17% и 21,7% случаев при Q и nonQ-ИМ соответственно. Следует отметить, что парные НЖЭ значительно чаще регистрировались у пациентов после Q-ИМ — 24,7%, чем у больных после nonQ-ИМ — 15,3% ($p=0,03$, использовался критерий Вилкоксона).

Наиболее редко по данным ХМ регистрировалась фибрилляция предсердий (ФП) — у 16 (4,3%) человек. Среди них мужчины встречались в 3 раза чаще (12 человек — 75%), чем женщины (4 человека — 25%). При чем постоянная ФП выявлена у 12 (3,2%) человек. Данное нарушение ритма регистрировалась у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин (8 и 4 человека). Пароксизмы ФП выявля-

ны у 4 (1,1%) человек (все мужчины). Постоянная форма ФП регистрировалась чаще пароксизмальной формы ФП ($p=0,04$). В целом следует отметить, что ФП у мужчин и женщин регистрировалась в 4,5% и 3,9% соответственно ($p=0,8$). При анализе распространенности ФП в зависимости от типа ИМ были получены следующие результаты: у больных после Q-ИМ — 2,97%, после nonQ-ИМ — 5,95%, ($p = 0,16$). С возрастом распространенность случаев ФП статистически значимо не изменяется: в возрастной группе 30-59 лет — 3,1% случаев, по сравнению с группой 60 лет и старше — в 5,8% ($p=0,2$).

Таким образом, по данным холтеровского мониторинга у большинства больных в течение года после ИМ регистрируются наджелудочковые аритмии.

Наиболее часто регистрируется НЖЭ, значительно реже кратковременные пароксизмы НЖТ, пароксизмальные и постоянные формы ФП. У большинства больных регистрировались редкие НЖЭ, частота которых не зависела от пола, возраста пациентов, типа перенесенного ИМ и времени прошедшего с момента последнего. У женщин чаще регистрировались пробежки НЖТ, парные НЖЭ значительно чаще регистрировались у пациентов после Q-ИМ. Среднее количество НЖЭ за сутки у мужчин было значимо больше, чем у женщин, значимо увеличивалось с возрастом и не зависело от типа перенесенного ИМ. Наиболее редко регистрировалась ФП. Постоянная форма ФП наблюдалась значимо чаще, чем пароксизмальная.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров В.А., Симорот В.Н., Степаненко А.П. Желудочковые нарушения ритма сердца у больных ишемической болезнью сердца: возможная роль автономной нервной системы. // Кардиология. — 1993. — № 1. — С. 11-14.
2. Добротворская Т.Е., Мустафаев Ф.М., Арифиллин Ш.С. Динамика нарушений ритма сердца у больных инфарктом миокарда при суточном мониторингировании ЭКГ // Кардиология. — 1984. — №1. — С. 44-48.
3. Коваленко В.Н. Руководство по кардиологии. / Под ред. В.Н. Коваленко. — Киев: Морион, 2008. — С.1071-1072.
4. Кушаковский М. С. Аритмии сердца. — СПб.: Фолиант, 1998. — 638 с.
5. Мазур Н.А. Внезапная смерть. // Болезни сердца и сосудов. / Под ред. Е.И. Чазова. — М.: Медицина, 1992. — С. 133-146.
6. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Щербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в свете концепции «доказательной медицины». // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2008. — Т. 76. №1. — С. 5-8.
7. Руда М.Я., Зыско А.П. Инфаркт миокарда. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1981. — 288с.
8. CAST investigators. Cardiac arrhythmia suppression trial (CAST) // Circulation. — 1995.-Vol.91.N4. — P. 79-83.
9. Ricci R., Pignatelli C., Santini M. Эффективность предсердных антиаритмических функций для лечения фибрилляции предсердий: наблюдения у пациентов с имплантированным двухкамерным дефибриллятором // Материалы симпозиума «Фибрилляция предсердий» // Вестник аритмологии. — 2006. — №41. — С. 72-80.

Информация об авторах: 660022, Красноярск, ул. Шахтеров, 25,

НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, тел. (391) 2568114, e-mail: mz6a@rambler.ru

Гоголашвили Николай Гамлетович — профессор, ведущий научный сотрудник д.м.н.,

Литвиненко Мария Викторовна — аспирант, Бритых Татьяна Николаевна — аспирант,

Катман Елена Сергеевна — аспирант, Новгородцева Наталья Яковлевна — старший научный сотрудник, к.м.н.,

Поликарпов Леонид Севостьянович — профессор, руководитель клинического отделения, д.м.н.

© КОКИНА О.А., ГУРЬЕВА В.А. — 2011

УДК 618.2/3: 616.972-08:913.953.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СВОЕВРЕМЕННОСТИ И ОБЪЕМА ТЕРАПИИ СИФИЛИСА БЕРЕМЕННЫХ

Оксана Александровна Кокина¹, Валентина Андреевна Гурьева²

(¹Алтайский краевой кожно-венерологический диспансер, гл. врач — Н.М. Шаньшин;

²Алтайский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. В.М. Брюханов, кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС, зав. — д.м.н., проф. В.А.Гурьева)

Резюме. Оценка влияния сифилитической инфекции на течение и исходы беременности, в зависимости от объема и своевременности терапии, установила, что позднее начало терапии сифилиса у беременной или его отсутствие обуславливает неблагоприятные перинатальные исходы (мертворождаемость, задержку внутриутробного развития плода, гипотрофию), а также задержку физического и психомоторного развития ребенка в течение первого года жизни.

Ключевые слова: сифилис, беременность, новорожденные, катамнез.

THE FEATURES OF HEALTH STATE OF NEWBORNS AND CHILDREN OF THE FIRST YEAR OF LIFE SUBJECT TO TIMELINESS AND THERAPY VOLUME OF SYPHILIS IN PREGNANT WOMEN

O.A. Kokina¹, V.A. Guryeva²

(¹Altai Regional Dermatologic-Venerologic Dispensary; ²Altai State Medical University, Barnaul)

Summary. Evaluation of influence of syphilitic infection on course and pregnancy outcome depending on volume and timeliness of therapy established that the late beginning of syphilis therapy or its absence in pregnant women cause unfavorable perinatal pregnancy outcome (mortality, intrauterine growth retardation, hypotrophy) as well as physical and psychomotor retardation during first year of life.

Key words: syphilis, pregnancy, newborn, catamnesis.

Заболееваемость сифилисом, как в России, так и за рубежом, является одной из значимых медико-социальных

проблем [4,5]. Известно, что особую опасность сифилитическая инфекция представляет не только для здоровья