

ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ НА ФОНЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Муромкина А.В.*, кандидат медицинских наук

Кафедра терапии и амбулаторной медицины ФДППО ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

* Ответственный за переписку (corresponding author): тел.: (4932) 32-51-48.

Анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) является сегодня неотъемлемой частью обследования кардиологических больных. В последние годы предпринимаются попытки оценки ВРС у больных с фибрилляцией предсердий (ФП). При постоянной форме ФП целесообразно пользоваться термином вариабельность желудочковых сокращений (ВЖС), так как разброс кардиоциклов объясняется отсутствием единого водителя ритма и особенностями атриовентрикулярного проведения при ФП.

Целью данного исследования явилось определение показателей ВЖС на фоне ФП у больных с пароксизмальной и постоянной формами данного нарушения ритма и их роль в прогнозировании течения аритмии.

Обследовано 74 больных с ФП, из них 39 мужчин и 35 женщин, средний возраст – $60,3 \pm 10,2$ года. Этиологическим фактором нарушения ритма чаще всего были гипертоническая болезнь (45,9%), ИБС (10,8%) или их сочетание (28,4%), у нескольких пациентов имелись ревматические пороки сердца (6,8%), тиреотоксикоз (2,7%) или идиопатическая форма ФП (5,4%). Всем пациентам выполнялась оценка ВЖС путем анализа 5-минутной записи ЭКГ на фоне ФП с проведением ортостатической пробы. Исследование проводилось с помощью АПК «Поли-Спектр-8/EX» («Нейрософт», Иваново). В каждой группе больных оценивалось стандартное отклонение средней продолжительности интервалов RR в течение 5 минут (SDNN, мс). Все больные получали терапию по поводу основного заболевания, дезагреганты или антикоагулянты – по показаниям, а также препараты для контроля числа желудочковых сокращений: бета-блокаторы (20,3%), комбинацию бета-блокаторов с сердечными глико-

зидами (67,5%), верапамила с сердечными гликозидами (8,1%) либо дилтиазем (4,1%). В дальнейшем пациенты, у которых произошло восстановление синусового ритма, были отнесены в группу пароксизмальной ФП (22 человека), а те, у кого аритмия сохранялась, – в группу постоянной ФП (52 человека).

При анализе 5-минутной записи ЭКГ в группе больных с постоянной формой ФП показатель SDNN был выше, чем у лиц с пароксизмальной формой аритмии (189,5 и 140 мс соответственно, $p < 0,05$), что свидетельствует о более выраженной нерегулярности ритма желудочковых сокращений при постоянной форме ФП. При проведении ортостатической пробы отмечено уменьшение показателя SDNN в обеих группах больных (170 и 140 мс соответственно, $p < 0,05$).

Не отмечено зависимости SDNN от пола пациентов и этиологии аритмии. В группе больных с пароксизмальной ФП выявлена положительная корреляционная связь SDNN с возрастом пациентов ($r = 0,34$) и площадью левого предсердия (ЛП) ($r = 0,51$). Таким образом, нерегулярность ритма желудочковых сокращений во время пароксизма ФП выражена в большей степени у пациентов старшего возраста, имеющих структурное ремоделирование ЛП. У лиц с постоянной формой аритмии эта взаимосвязь выражена слабее (соответственно $r = 0,24$ и $r = 0,27$).

Таким образом, нерегулярность желудочкового ритма более выражена при постоянной форме ФП по сравнению с пароксизмальной. Высокие показатели ВЖС, наряду с дилатацией левого предсердия и возрастом пациента, могут иметь важное значение при прогнозировании течения аритмии.