

УДК 616.12-008.315+616.12-009.72+616.12-008.318+615.225

І.П.Вакалюк, Н.М.Кулаєць, Г.В.Кернякевич, Л.Б.Стасюк

КЛІНІЧНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

Кафедра внутрішньої медицини та медсестринства (зав. – проф. І.П.Вакалюк)
Івано-Франківського національного медичного університету
Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний диспансер (гол. лікар – В.М.Якимчук)

Резюме. Проведено аналіз архівних матеріалів 300 хворих (90 хворих перенесли Q-QS інфаркт міокарда (ІМ), 120 хворих – не-Q ІМ і 90 осіб з прогресуючою стенокардією) та обстежено 140 пацієнтів із гострим коронарним синдромом (ГКС) та порушеннями ритму серця на етапах відновного періоду, що перебували на лікуванні у відділеннях Івано-Франківського обласного клінічного кардіологічного диспансеру. Приведено характеристику структури порушень ритму у хворих,

що перенесли ГКС, аналіз клінічно-інструментальних та біохімічних особливостей фібриляції передсердь (ФП), а також вплив ФП на клінічно-патогенетичні особливості функціонального відновлення хворих у ранньому і віддаленому постінфарктному періоді.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, гострий коронарний синдром, інфаркт міокарда, прогресуюча стенокардія, фібриляція передсердь.

Вступ. Фібриляція передсердь (ФП) – часте порушення ритму, ймовірність виникнення якого збільшується в міру старіння популяції [4]. На відміну від шлуночкових аритмій, що можуть бути маркерами ризику раптової серцевої смерті, ФП передусім розглядається як один із найбільш вагомих чинників формування тромбоемболічних ускладнень і серцевої недостатності (СН) у пацієнтів із кардіологічними захворюваннями, у тому числі з гострим інфарктом міокарда (ІМ) [7]. Виникнення пароксизму ФП звично асоціюється з більш старшим віком пацієнтів з ІМ, з вираженими структурно-функціональними змінами міокарда, поєднується з тяжким перебігом і розвитком інших ускладнень ІМ та зумовлює певні особливості невідкладної допомоги [2, 9, 10].

У патогенезі ФП мають значення механізми re-entry і підвищеного автоматизму. Згідно з першою теорією, напрямом колового руху хвилі збудження постійно змінюється, оскільки імпульс на своєму шляху постійно зустрічає рефрактерні ділянки. Згідно з другою теорією, джерело збудження виробляє 350 імпульсів за 1 хв і більше. Виникненню мерехтіння сприяють передсердні політопні й групові екстрасистоли, додаткові шляхи проведення імпульсів [7, 8].

Сучасна класифікація ФП включає три клінічні варіанти перебігу.

1. Пароксизмальна форма, коли епізоди ФП тривають не більше ніж 48 год і усуваються самостійно. Такий стан може спостерігатися протягом кількох років. Як правило, це люди віком 40-55 років без захворювань серця.
2. Персистувальна ФП, коли для відновлення синусового ритму необхідне втручання (медикаментозна або електрична кардіоверсія).
3. Перманентна або постійна ФП, коли синусовий ритм відновити неможливо або домагатися цього недоцільно.

За частотою шлуночкових скорочень розрізняють дві форми ФП – тахісистоличну (понад 90 скорочень за 1 хв) і брадисистоличну (менше ніж 60 за 1 хв).

Увесь клінічний симптомокомплекс при ФП залежить від основного захворювання, частоти серцевих скорочень (ЧСС), ступеня СН, наявності тромбоемболічних ускладнень [8].

У патогенезі ФП відіграє роль сумація електрофізіологічних ефектів, ендокардіальна ішемія, вплив хімічних чинників і агентів. Найважливішими теоріями аритмогенезу є змінений автоматизм водія ритму і наявний патологічний (ектопічний) автоматизм (ектопічні вогнища), механізм re-entry, тригерна активність, блокада проведення імпульсів [4, 6, 10, 12].

Рецидивна ендокардіальна ішемія, що супроводжує гострий коронарний синдром (ГКС), провокує складні порушення ритму серця. Причому механізм аритмогенезу може змінюватися щомиттєво відповідно до стану перфузії у відповідній коронарній артерії і величиною ішемії та некрозу міокарда, іонним балансом у кардіоміоцитах і дисфункцією лівого шлуночка (ЛШ), дисбалансом вегетативної нервової системи [5].

Незважаючи на інтенсивні дослідження виникнення ФП при гострому ІМ і у постінфарктних хворих, низка аспектів проблеми залишається недостатньо вивченою. Так, з різних позицій розглядається прогностична значущість для розвитку ФП змін регіональної систолічної, а також діастолічної функції ЛШ, недостатньо вивчений зв'язок ФП при гострому ІМ з особливостями раннього постінфарктного ремоделювання ЛШ. Залишаються дискусійними питання впливу пізнього постінфарктного ремоделювання, а також нейрогуморальної активації, як на виникнення ФП, так і на розвиток їх життєнебезпечних варіантів, а отже, виникнення раптової смерті аритмічного генезу. Невизначено багато питань безпеки й ефективності використання протиаритмічних препаратів як ізольовано, так і в різних комбінаціях один з одним, а також у сполученні з іншими лікарськими засобами, застосовуваними в лікуванні ішемічної хвороби серця (ІХС).

Мета дослідження. Вивчити клінічно-інструментальні особливості фібриляції передсердь у хворих, що перенесли гострий коронарний синдром.

Матеріал і методи. Проаналізовано 300 історій хвороб, осіб, що перебували на лікуванні з приводу ГКС, відповідно 90 осіб перенесли Q-QS ІМ, 120 осіб – не-Q ІМ і 90 осіб з прогресуючою стенокардією (ПС). Проведено детальні клінічно-інструментальні та біохімічні обстеження 140 пацієнтів із ГКС та порушеннями ритму серця на етапах надходження та відновного періоду через 1, 3 та 6 місяців.

Аналізували результати клінічного обстеження пацієнтів, проведено комп'ютерний аналіз електрокардіограми (ЕКГ) з визначенням дисперсії інтервалу QT та вивченням варіабельності ритму серця (BCP) за холтерівського моніторингу ЕКГ (СОЛЬВЕЙГ, Україна, PP-101/24, версія HRV15) з оцінкою змін параметрів фази реполяризації, оцінено поширеність ішемічного ушкодження серцевого м'яза за даними ехокардіографії і ЕКГ. Добовий моніторинг артеріального тиску (АТ) проводили на апараті *Cardiospy EC-3H\ABP*.

Статистичну обробку отриманих результатів виконано за допомогою пакета прикладних програм *Microsoft Excel 2003* з визначенням t-критерію Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що тахіаритмічний синдром відмічено у чверті хворих на ПС і половини осіб з не-Q і Q-QS ІМ (відповідно 54,2 % і 33,3 % хворих). Одним із частих проявів аритмічного синдрому, що ускладнював перебіг ГКС, є суправентрикулярні порушення ритму серця. Зокрема, суправентрикулярна екстрасистолія мала місце у 66,7 % хворих на ПС, у 64,2 % осіб з не-Q ІМ і у 94,4 % хворих на Q-QS ІМ. За градацією суправентрикулярної екстрасистолії у вибраного контингенту хворих переважали поодинокі суправентрикулярні екстрасистолії.

Не менш значимим був розвиток у обстеженого контингенту осіб шлуночкової екстрасистолії як у хворих на ПС, так і ІМ. У значного відсотка хворих мала місце парна і групова шлуночкової екстрасистолія, спостерігалась бігіменія, групова екстрасистолія і навіть виникнення особливо ранніх загрожуючих життю шлуночкових екстрасистол. У той же час, переважну більшість склали поодинокі шлуночкова екстрасистолія, відповідно у 91,1% хворих на ІМ, і 60,0% хворих на ПС.

Аналіз реабілітаційного періоду свідчить, що наявність ФП у хворих, які перенесли ГКС, визначає деяке подовження термінів реабілітації, найчастіше у зв'язку зі сповільненням засвоєння відповідних навантажувальних програм реабілітації. Аналіз основних клінічних проявів ІХС у пацієнтів на ФП довів, що в більшості випадків (72,5 %) має місце ангінальний напад, що поєднувався з відчуттям серцебиття (56,5 %) та перебоями в роботі серця (47,8 %). Серед переважаючих ознак у пацієнтів із ФП, була задишка (56,5 %),

відчуття тривоги (44,9 %) та нестачі повітря (55,0 %). Відмічали наявність кашлю та набряки гомілок, які спостерігали відповідно в 43,5 % та 46,4 % випадків, що в цілому характеризували синдром скоротливої дисфункції міокарда.

Оцінка клінічних ознак ішемії міокарда констатує, що найбільш частою ЕКГ-ознакою є депресія сегмента ST, яка виявлена у 75,4 % випадків, рідше інверсія зубця T – у 60,9 % випадків. Поряд з цим у переважній більшості хворих визначена гіпертрофія ЛШ – (63,8 %) та дисперсія інтервалу QT – 53,6 % випадків.

За даними холтерівського моніторингу ЕКГ, проведена деталізація, як аритмічного, так і ішемічного синдрому в обстеженого контингенту осіб.

У пацієнтів із ФП відмічалася наявність поодинокі шлуночкової екстрасистолії у 71,0 % випадків, виникнення екстрасистол високих градацій у 30,4 % випадків, тахікардитичного синдрому (43,4 %) і рідше, брадиаритмії у 21,7 % випадків.

Аналіз інтервалу QT показав, що його кореговані за ЧСС величини склали за наявної ФП ($381,3 \pm 3,5$ мс) у поєднанні з ішемічною депресією сегмента ST.

Супутня артеріальна гіпертензія об'єктивована в обстежених осіб за даними одночасного моніторування АТ.

Результати дослідження показників BCP свідчили про недостатню варіабельність ЧСС із схильністю до переважання симпатичної складової за умов ФП.

Таким чином, проведений клінічно-інструментальний аналіз впливу ФП у хворих, що перенесли ГКС, дозволяє виділити ФП як порушення ритму серця, що найчастіше має місце серед аритмічних ускладнень ГКС і потребує пошуку та впровадження ефективної диференційованої антиаритмічної терапії.

Висновки

1. Відновному періоду після гострого коронарного синдрому, який ускладнився фібриляцією передсердь, властива наявність ангінального больового синдрому, який супроводжується ішемічними змінами (депресією сегмента ST та інверсією зубця T), зниженням скоротливої здатності у поєднанні з ознаками дилатації лівого шлуночка, порушеннями варіабельності ритму серця.

2. Фібриляція передсердь, що виникла як ускладнення гострого коронарного синдрому, проявляється у половини осіб тахісistolічної формою, яка поєднується із шлуночковими порушеннями ритму.

Перспективи подальших досліджень. Доцільним є вивчення впливу засобів медикаментозного забезпечення відновного періоду після ГКС на перебіг аритмічного синдрому.

Література

1. Амосова К.Н. Варіабельність серцевого ритма и ее взаимосвязь с функциональным состоянием миокарда левого желудочка у больных ИХС с начальной сердечной недостаточнос-

- тью / К.Н.Амосова, М.П.Бойчак, Л.Л.Сидорова // Серце і судини. – 2003. – № 4. – С. 88-95.
2. Безуглова С.В. Вариабельность ритма сердца у больных с инфарктом миокарда на стационарном этапе физической реабилитации / С.В.Безуглова // Укр. кардіол. ж. – 2003. – № 3. – С. 51-55.
 3. Динамика эктопической активности у больных нестабильной стенокардией в процессе стабилизации состояния / В.А.Шумаков, И.Е.Малиновская, Л.С.Прошна, Л.Ф.Кисилевич // Порухення ритму серця: вікові аспекти / Матер. 1 Укр. наук.-практ. конференції. – К., 2000. – С. 8.
 4. Коркушко О.В. Нарушения сердечного ритма у пожилых и старых людей / О.В.Коркушко, Д.Ф.Чеботарев, В.Б.Шатило // Порухення ритму серця: вікові аспекти / За матер. 1 Укр. наук.-практ. конф. – К., 2000. – С. 71-101.
 5. Купновицька І.Г. Порухення ритму серця при гострому коронарному синдромі: особливості виникнення і терапії / І.Г.Купновицька // Арх. клін. мед. – 2003. – № 1. – С. 48-52.
 6. Мачерет Е.Л. Методи діагностики вегетативної дисфункції / Е.Л.Мачерет, Н.К.Мурашко, А.В.Писарук // Укр. мед. часопис. – 2000. – № 2. – С. 89-94.
 7. Нетяженко В.З. Лікування аритмій при гострих коронарних синдромах / В.З.Нетяженко, В.В.Бабушкін, М.А.Комарович // Укр. терапевт. ж. – 2000. – № 1. – С. 9-16.
 8. Нетяженко В.З. Рациональні шляхи ведення пацієнтів з порушеннями серцевого ритму – у світлі останніх рекомендацій / В.З.Нетяженко // Ліки України. – 2003. – № 2. – С. 5-10.
 9. Пархоменко А.Н. Новые аспекты патогенеза и лечения больных с нестабильной стенокардией и мелкоочаговым инфарктом миокарда / А.Н.Пархоменко, Я.М.Лутай // Укр. мед. часопис. – 2000. – № 4. – С. 5-9.
 10. Следзевская И.К. Восстановительное лечение больных перенесших инфаркт миокарда, осложненный нарушениями ритма сердца и проводимости. / И.К.Следзевская, Л.А.Кравцова // Укр. кардіол. ж. – 2001. – № 2. – С. 13-17.
 11. Сычов О.С. Интервал G-T и показатели variability ритма сердца больных ИХС и желудочковыми аритмиями / О.С.Сычов, О.А.Епанчинцева, Е.Н.Романова // Укр. кардіол. ж. – 2003. – № 5. – С. 70-73.
 12. Шалаев С.Т. Ангиогенез как антиишемический механизм / С.Т.Шалаев // Кардиология. – 2000. – № 12. – С. 82-86.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ, ЧТО ПЕРЕНЕСЛИ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

И.П.Вакалюк, Н.М.Кулаец, Г.В.Кернякевич, Л.Б.Стасюк

Резюме. Проведен анализ архивных материалов 300 больных (90 больных перенесли Q-QS инфаркт миокарда (ИМ), 120 больных – не-Q ИМ и 90 больных с прогрессирующей стенокардией) и обследовано 140 больных с острым коронарным синдромом (ОКС) и нарушениями ритма сердца на этапах восстановительного периода, что находились на лечении в отделениях Ивано-Франковского областного клинического кардиологического диспансера. Проведено характеристику структуры нарушений ритма у больных, что перенесли ОКС, анализ клинко-инструментальных и биохимических особенностей фибрилляции предсердий (ФП), а также влияние ФП на клинко-патогенетические особенности функционального восстановления больных в раннем и отдаленном постинфарктном периодах.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, прогрессирующая стенокардия, фибрилляция предсердий.

CLINICO-INSTRUMENTAL CHARACTERISTIC OF ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS THAT ENDURED ACUTE CORONARY SYNDROME

I.P.Vakaliuk, N.M.Kulaiets, H.V.Korniakevych, L.B.Stasiuk

Abstract. An analysis of the archival materials of 300 patients (90 persons endured Q-QS myocardial infarction (MI) 120 patients – non-Q wave MI and 90 persons with progressive angina pectoris) has been carried out and 140 patients with acute coronary syndrome (ACS) and heart rate disturbances at the stages of the restorative period, undergoing treatments at the departments of the Ivano-Frankivsk Regional Clinical Cardiology Dispensary, have been examined. A characteristic of the pattern of cardiac rate disturbances in patients that suffered from ACS, an analysis of the clinico-instrumental and biochemical peculiarities of atrial fibrillation (AF), as well as the effect of AF on the clinico-pathogenetic features of the patients' functional recovery at early and late stages of the postinfarction periods has been made.

Key words: coronary disease, acute coronary syndrome, myocardial infarction, progressive angina pectoris, atrial fibrillation.

National Medical University (Ivano-Frankivsk)
Regional Clinical Cardiological Dispensary (Ivano-Frankivsk)

Рецензент – проф. В.К.Ташук

Buk. Med. Herald. – 2009. – Vol. 13, № 2. – P.54-56

Надійшла до редакції 25.03.2009 року