

Состояние инотропной функции миокарда у больных с персистирующей формой фибрилляции предсердий в динамике лечения

Губарев А.В., Цивенко О.И.

Фибрилляция предсердий (ФП) - наиболее распространенное в клинической практике нарушение сердечного ритма. Наличие у пациентов ФП ассоциируется с практически двукратным увеличением смертности, в значительной степени, обусловленной развитием инсульта и прогрессированием хронической сердечной недостаточности (ХСН) [1, с. 715].

В лечении больных с ФП существуют два основных медикаментозных направления: контроль ритма и контроль частоты желудочковых сокращений (ЧЖС). К преимуществам тактики контроля ЧЖС при ФП относятся хорошая переносимость препаратов и отсутствие побочных эффектов [2, с. 63]. Восстановление и удержание синусового ритма у пациентов с ФП позволяют уменьшить симптомы аритмии, предупреждает развитие «аритмогенного ремоделирования» миокарда, снижает риск появления тромбоэмболических осложнений [3, с. 1240].

Целью является изучение состояния инотропной функции миокарда у больных с персистирующей формой фибрилляции предсердий в динамике лечения.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 64 пациента с персистирующей формой ФП в возрасте от 39 до 83 (средний возраст 61,1-8,8) лет. В зависимости от основного заболевания сердца больные были разделены на 2 группы: I группу составили 32 больной АГ с персистирующей формой ФП, II группу - 32 пациента ИБС с персистирующей формой ФП.

Критерием включения пациентов в исследование было наличие у больных документированного пароксизма ФП, продолжительностью не более 48 часов, подтвержденного при электрокардиографическом исследовании (ЭКГ) или мониторинговании ЭКГ по Холтеру.

Критериями исключения были симптоматическая артериальная гипертензия; острый коронарный синдром; хроническая сердечная недостаточность IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA); воспалительные заболевания сердца: эндокардиты, перикардиты, миокардиты; ревматические и врожденные пороки сердца; синдром слабости синусового узла, атриовентрикулярная блокада II-III степени, синдромы длинного интервала QT, Вольфа-Паркинсона-Уайта, Бругады; хронические обструктивные заболевания легких; тяжелая патология почек, печени; анемии; ожирение III степени; любые нарушения функции щитовидной железы и онкологические заболевания. Все больные до начала исследования подписывали письменное информированное согласие пациента.

Всем больным синусовый ритм был восстановлен в течение первых суток от момента госпитализации. После восстановления синусового ритма пациенты были распределены на 4 группы: пациенты IA группы для сохранения синусового ритма в течение последующих 6 месяцев принимали пропafenон в суточной дозировке 450 мг, больным IIA группы для удержания синусового ритма был назначен амиодарон в суточной дозе 200 мг, пациенты IB и IIB группы для контроля ЧЖС использовали бисопролол [3, с. 98].

Для определения основных характеристик систолической и диастолической функции левого (ЛЖ) и правого желудочков (ПЖ) исследовались следующие показатели: фракция выброса (ФВ), наполнение за 1/3 диастолы, выброс за 1/3 систолы, максимальная скорость изгнания, средняя скорость изгнания, максимальная скорость наполнения, конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО), ударный объем (УО), вклад предсердия, а также выявлялись зоны гипо-акинезии, асинхронии с графическим изображением сцинтиграмм.

Структурно-функциональное состояние сердца оценивали методом эхокардиографии на аппарате «Siemens» (Германия), датчиком с частотой 3,74 МГц. Подсчитывались среднее значение 3-х последовательных циклов работы сердца. Использовались стандартные позиции из парастернального доступа.

Результаты исследования. Все больные, включенные в исследование, имели нормальные значения фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), конечного диастолического объема (КДО) и конечного систолического объема левого желудочка (КСО ЛЖ). Средние значения ФВ ЛЖ составили $66,7 \pm 5,80\%$ у пациентов IA группы и $65,5 \pm 6,5\%$ у больных IB группы. Достоверных отличий между группами выявлено не было.

Фракция выброса по данным РРВГ составила $63,7 \pm 8,1\%$ у больных IA группы и $64,4 \pm 6,4\%$ у пациентов IB группы. Объемные показатели ЛЖ находились в пределах нормальных значений.

В первые сутки после восстановления синусового ритма показатели систолической функции миокарда у больных ИБС с персистирующей формой ФП находились в пределах нормы.

При проведении РРВГ в первые сутки после восстановления синусового ритма у пациентов IA и IB групп были обнаружены нормальные значения ФВ ЛЖ, КДО ЛЖ и КСО ЛЖ.

Выводы. У больных артериальной гипертензией (АГ) с персистирующей формой фибрилляции предсердий (ФП) удержание синусового ритма на протяжении 6 месяцев лечения пропafenоном в суточной дозе 450 мг способствовало достоверному и значимому улучшению показателей диастолической функции миокарда ЛЖ, уменьшению размера и восстановлению сократительной функции ЛП.

У больных ИБС с персистирующей формой ФП сохранение синусового ритма в течение 6 месяцев лечения амиодароном в суточной дозе 200 мг способствовало уменьшению размера ЛП, улучшению показателей диастолической функции и локальной сократимости миокарда ЛЖ в виде достоверного и значимого уменьшения зон акинеза и увеличения числа нормокинетических сегментов.

Терапия бисопрололом не влияла на показатели диастолической функции миокарда ЛЖ, размер и сократительную функцию ЛП у больных АГ (IA группа) и у пациентов ИБС (IB группа) с персистирующей формой ФП.

Через 6 месяцев удержания синусового ритма обнаружено достоверное и значимое уменьшение концентрации мозгового и предсердного натрийуретических пептидов как у пациентов АГ при лечении пропafenоном, так и у больных ИБС при назначении амиодарона

Список литературы.

1. Cabin HS, Chibb KS, Hall C, et al. Risk for systemic embolisation of atrial fibrillation without mitral stenosis. // Am. J. Cardiol., 1990, vol 61, p.714-717.
2. Cozma D, Kalifa J, Lighezan D et al. Mechanism of atrial fibrillation.// Pacing Clin Electrophysiol., 2005, Jan, 28(1 Suppl), SI 15-119.
3. Crijns HJ, Tjeerdsma G, De Kam PJ et al. Prognostic value of the presence and development of atrial fibrillation in patients with advanced chronic heart failure. // Eur. Heart. J., 2000, vol 21, p.1238-1245.