

MATERIAŁY
XI MIĘDZYNARODOWEJ
NAUKOWI-PRAKTYCZNEJ KONFERENCJI

**«WYKSZTAŁCENIE I NAUKA
BEZ GRANIC - 2015»**

07 - 15 grudnia 2015 roku

Volume 12
Medycyna
Nauk biologicznych
Ekologia
Geografia i geologia
Rolnictwo

Przemysł
Nauka i studia
2015

Wydawca: Sp. z o.o. «Nauka i studia»

Redaktor naczelna: Prof. dr hab. Sławomir Górnjak.

Zespół redakcyjny: dr hab. Jerzy Ciborowski (redaktor prowadzący), mgr inż. Piotr Jędrzejczyk, mgr inż. Zofia Przybylski, mgr inż. Dorota Michałowska, mgr inż. Elżbieta Zawadzki, Andrzej Smoluk, Mieczysław Luty, mgr inż. Andrzej Leśniak, Katarzyna Szuszkiewicz.

Redakcja techniczna: Irena Olszewska, Grażyna Klamut.

Dział sprzedaży: Zbigniew Targalski

Adres wydawcy i redakcji:

37-700 Przemyśl, ul. Łukasieńskiego 7

tel (0-16) 678 33 19

e-mail: praha@rusnauka.com

Druk i oprawa:

Sp. z o.o. «Nauka i studia»

Cena 54,90 zł (w tym VAT 22%)

Materiały XI Międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji «Wykształcenie i nauka bez granic - 2015» Volume 12. Medycyna. Nauk biologicznych. Ekologia. Geografia i geologia. Rolnictwo: Przemyśl. Nauka i studia - 104 str.

W zbiorze ztrzymają się materiały XI Międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji «Wykształcenie i nauka bez granic - 2015». 07 - 15 grudnia 2015 roku po sekcjach: Medycyna. Nauk biologicznych. Ekologia. Geografia i geologia. Rolnictwo.

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Żadna część ani całość tej publikacji nie może być bez zgody

Wydawcy – Wydawnictwa Sp. z o.o. «Nauka i studia» – reprodukowana,

Użyta do innej publikacji.

ISBN 978-966-8736-05-6

© Kolektyw autorów, 2015

© Nauka i studia, 2015

Шейко С.О.

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
кафедра педіатрії, сімейної медицини та клінічної лабораторної діагностики
ФПО (Зав. кафедрою д.мед.н. С.О.Шейко, e-mail: doctor.sheyko@gmail.com)*

СПЕКТР АРИТМІЙ СЕРЦЯ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З КАРДІОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

Відома провокуюча роль багатьох аритмій у розвитку і, особливо, в прогресуванні хронічної серцевої недостатності (ХСН) [1, 2]. До таких порушень ритму серця відносяться пароксизмальні форми суправентрикулярної і плуночкової тахікардії, фібриляції передсердь і плуночків, плуночкові екстрасистолії високих градацій і ряд інших порушень ритму. Особливу клінічну і соціальну значимість має фібриляція передсердь [3]. Це пояснюється її несприятливим впливом на прогноз з підвищенням ризику розвитку кардіотромбоемболій з летальними наслідками або розвитком порушень мозкового кровообігу з важкими інвалідизуючими наслідками. Приблизно кожен п'ятий інсульт асоціюється з наявністю у пацієнта фібриляції передсердь [4]. При цьому у хворих з постійною формою фібриляції передсердь тромбоемболічні ускладнення є безпосередньою причиною летального результату приблизно в 25% випадків [4, 5]. Метою нашого дослідження було вивчення спектру аритмій, які реєструються у хворих похилого віку з ХСН і кардіоренальним синдромом (КРС).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 309 хворих похилого віку (від 60 до 73 років) з ХСН ішемічного генезу і КРС, які склали основну групу. Середня тривалість захворювання – $7,11 \pm 3,9$ роки. Групу порівняння склали 73 хворих похилого віку (18 чоловіків та 55 жінок) з ХСН ішемічного генезу II-IV ФК за NYHA зі збереженою ФВ ЛШ (>45 %) без КРС того ж віку. Контрольну групу склали 30 пацієнтів без серцево – судинних захворювань. Із них 7 (23,3 %) чоловіків та 23 (76,7 %) жінки, віком $65,7 \pm 5,3$ років. Основними критеріями включення в дослідження були: наявність у пацієнта з ХСН КРС, діагностованого на основі визначення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) в межах 30-90 мл/хв/1,73м² і наявності анемічного синдрому (АС) при рівні гемоглобіну (Hb) <120 г/л. До критеріїв невключення в дослідження входили: попередня до діагностованої ХСН анемія, гострий коронарний синдром, патологія плуночково-кишкового тракту. Виконували загально-клінічне обстеження, електрокардіографію (ЕКГ), добове моніторування ЕКГ, ехокардіографію та математико-статистичний аналіз.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Заслужують на увагу дані щодо порушення ритму та провідності у хворих похилого віку з ХСН і КРС (табл. 1-3). Фібриляцію передсердь діагностували у 66 (21,4%) хворих основної групи.

Таблиця 1.

Частота порушень ритму у хворих похилого віку з ХСН і КРС

Порушення ритму	Основна група (n=309)		Група порівняння (n=73)	
	Абс.	%	Абс.	%
Фібриляція передсердь	66	21,4%	13	17,8%
Суправентрикулярна екстрасистолія	118	38,2%	23	31,5%
Шлуночкові порушення ритму	134	43,4% *	15	20,5%

Примітка. * – $p < 0,05$ порівняно з групою порівняння.

Суправентрикулярна екстрасистолія (СВЕ) зареєстрована у 118 (38,2%) хворих основної групи і 23 (31,5%) пацієнтів групи порівняння. Поряд з цим, такі порушення ритму у хворих основної групи супроводжувались збільшенням розмірів ЛП та зниженням його скоротливої здатності.

Отже, зміни структури ЛП й конфігурації його волокон є передумовою до розвитку надлишкових склеротичних процесів у міокарді передсердь та формування морфологічного субстрату для порушень ритму серця.

Шлуночкові порушення ритму також достовірно частіше ($p < 0,05$) реєстрували у хворих основної групи порівняно з хворими з ХСН без КРС – у 134 (43,4%) проти 15 (20,6%). Часта, рання, групова і політопна шлуночкова екстрасистолія у людей похилого віку – це порушення ритму, що загрожують життю. Основною причиною серцевих аритмій у хворих похилого віку є ІХС, ускладнена ХСН. В основній групі значно більшого була питома вага небезпечних для життя шлуночкових аритмій – 56 (18,1%) проти 4 (5,5%) (табл. 2).

Таблиця 2.

Частота і структура шлуночкових порушень ритму у хворих з ХСН і КРС

Порушення ритму	Основна група (n=309)			Група порівняння (n=73)		
	Абс.	Частота, %	Структура, %	Абс.	Частота, %	Структура, %
Рідка мономорфна екстрасистолія < 30 за годину	78	25,2%*	58,2%	11	15,0%	73,3%
Часта мономорфна екстрасистолія > 30 за годину	17	5,5%	12,8%	1	1,37%	6,7%
Поліморфна екстрасистолія	14	4,5%	10,4%	1	1,37%	6,7%
Парна	11	3,6%	8,2%	1	1,37%	6,7%
Пробіжки шлуночкової тахікардії	9	2,9%	6,7%	1	1,37%	6,7%
Рання шлуночкова екстрасистолія (R на T)	5	1,6%	3,7%	-	-	-
Всього	134	43,4%*	100%	15	20,6%	100%

Примітка. * – $p < 0,05$ порівняно з відповідним показником групи порівняння.

У хворих похилого віку з ХСН III – IV ФК і КРС при рівні Нб < 100 г/л у 2,7 рази частіше (81,7% випадків) реєстрували часту, ранню, групову шлуночкову екстрасистолію, ФП, ніж у хворих з рівнем Нб 100-120 г/л (30,2%; $p < 0,05$).

Проблема діагностики СССВ є однією з актуальних у людей похилого віку. Це обумовлено різноманітністю його клінічних та електрокардіографічних варіантів і частими синкопальними станами.

Структура порушень провідності в обох групах була зіставною, як в цілому, так й за окремими варіантами (табл. 3). СССВ діагностували в 74 (23,9%) випадках при наявності КРС проти 8 (11,0%) у хворих без КРС ($p < 0,05$). У половині із них, як в основній групі, так і в групі порівняння, перебіг СССВ мав безсимптомний характер (52,7% і 50,0% відповідно). Синусову брадикардію виявили у 40 пацієнтів основної групи, яка, за даними добового монітування ЕКГ, у переважній більшості випадків (92,5%) мала постійний характер. На вираженість синусової брадикардії не впливали ортостатична проба, проба Вальсальви, атропінова проба.

Таблиця 3.

Частота і структура варіантів СССВ у хворих з ХСН і КРС

Порушення провідності	Основна група (n=309)			Група порівняння (n=73)		
	Абс.	Частота, %	Структура, %	Абс.	Частота, %	Структура, %
Синусова брадикардія	40	12,9%	54,1%	4	5,5%	50,0%
СА-блокада II –III ступеня	23	7,4%	31,0%	3	4,1%	37,5%
Синдром такі-брадіаритмії	11	3,6%	14,9%	1	1,4%	12,5%
Всього	74	23,9%*	100%	8	11,0%	100%

Примітка. * – $p < 0,05$ порівняно з відповідним показником групи порівняння.

СССВ за типом синоатріальної блокади (СА) II-III ступеня діагностували у 23 (7,4%) хворих основної групи і 3 (4,1%) пацієнтів групи порівняння. У 11 (3,6%) хворих основної групи реєстрували синоатріальну блокаду у поєднанні з порушеннями атріовентрикулярної провідності. Синдром такі-брадіаритмії, який проявляється ФП, мав місце у 7,2% хворих.

ВИСНОВКИ

1. Асоціація КРС з ХСН за статистично порівняною тривалістю захворювання у хворих без КРС характеризується високим відсотком небезпечних для життя аритмій (18,1% проти 5,5%), великою частотою фібриляції передсердь (21,4% проти 17,8%) і суправентрикулярної екстрасистолії (38,2% проти 31,5%).

2. СССРВ за типом синоатріальної блокади (СА) II-III ступеня діагностували у 23 (7,4%) хворих основної групи і 3 (4,1%) пацієнтів групи порівняння.

Література

1. Гарькина С.В. Прогностическое значение аритмий у больных пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью / С.В. Гарькина, В.В. Семерзин, Л.И. Реут // Вестник аритмологии. - 2011. - N 64. - С. 44-49.

2. Дзяк Г.В. Кардіоренальний анемічний синдром у хворих з хронічною серцевою недостатністю / Г.В. Дзяк, А.М. Василенко, С.О. Шейко // Серцева недостатність. – 2010. – №3. – С.10-17.

3. Дзяк Г.В., Жарінов О.Й. Фібриляція передсердь / Г.В. Дзяк, О.Й. Жарінов // – Київ, Четверта хвиля. – 2011. – 192 С.

4. Чернишов В.А. Фібриляція передсердь при коморбідності хронічної хвороби нирок та хронічній серцевій недостатності: вікові аспекти / В.А. Чернишов, А.О. Несен // Буковинський медичний вісник. – 2013. – Т.17, №3(2). – С.199-203.

5. Rich MW. Heart failure in older adults / Rich MW // Medical Clinics of North America. - 2006. -N 90 (5).-P. 863-885.