

УДК 616.12-007.2-008.3-053.81-055.2

**ОСОБЕННОСТИ АРИТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА
У ЛЮДЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА**

Голубова Д. А.

Научный руководитель: ассистент О. В. Дарчия

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Значительный интерес для клиницистов представляют малые аномалии сердца (МАС) у лиц молодого возраста в связи с возрастанием частоты их выявления. В последнее время появились данные о том, что ключевую роль в формировании артериальной гипертензии (АГ) у молодых людей может играть эндотелиальная дисфункция, существование которой может быть ассоциировано с МАС (Н. Н. Гладких, 2002). Помимо этого аритмический синдром часто является одним из первых клинических проявлений патологии сердечно-сосудистой системы в молодом возрасте (Н. Bevan, K. Sharma, W. Bradley, 1990). Наличие МАС может усугублять течение основного заболевания и влиять на тактику лечения. Однако эти обстоятельства недостаточно учитываются в практической медицине, что обосновывает актуальность темы исследования [1].

Цель

Определить особенности нарушений ритма и проводимости у лиц призывного возраста с малыми аномалиями сердца.

Материал и методы исследования

Проводилось ретроспективное исследование амбулаторных карт мужчин 18–27 лет консультированных кардиологом на базе диспансерного отделения ГОККЦ за период июнь-январь 2017 г. Статистическую обработку производили с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 12.0.

Результаты исследования и их обсуждения

Были проанализированы данные амбулаторных карт 206 пациентов призывного возраста. При анализе результатов эхокардиографического исследования МАС были выявлены в 165 (80 %) случаях. Данные пациенты были включены в основную группу, критерием для исключения являлось отсутствие деформации архитектоники сердца. Аномалии архитектоники сердца у пациентов включали следующие варианты: аномально расположенные хорды левого желудочка (АРХЛЖ) (n = 150, 90 %), пролапс митрального клапана (ПМК) (n = 71, 43 %) и открытое овальное окно (ООО) (n = 59, 36 %). Отмечены ассоциации АРХЛЖ с ПМК в 47 %, а АРХЛЖ с ООО в 40 % случаев. Таким образом, было решено разделить основную группу на две подгруппы.

Первую подгруппу составили пациенты с ПМК и АРХЛЖ, а вторую — с ООО и АРХЛЖ. Группу контроля составили из 41 пациента (20 %) призывного возраста с артериальной гипертензией и без отклонений от нормального анатомического строения сердца. В основных подгруппах с МАС также присутствовали пациенты с АГ (57,5 %).

Таким образом, было проанализировано холтеровское мониторирование электрокардиографии двух основных подгрупп и контрольной группы (рисунок 1).

Вследствие этого стало возможным сопоставить выявленные нарушения ритма и проводимости двух основных подгрупп с контролем (таблица 1).

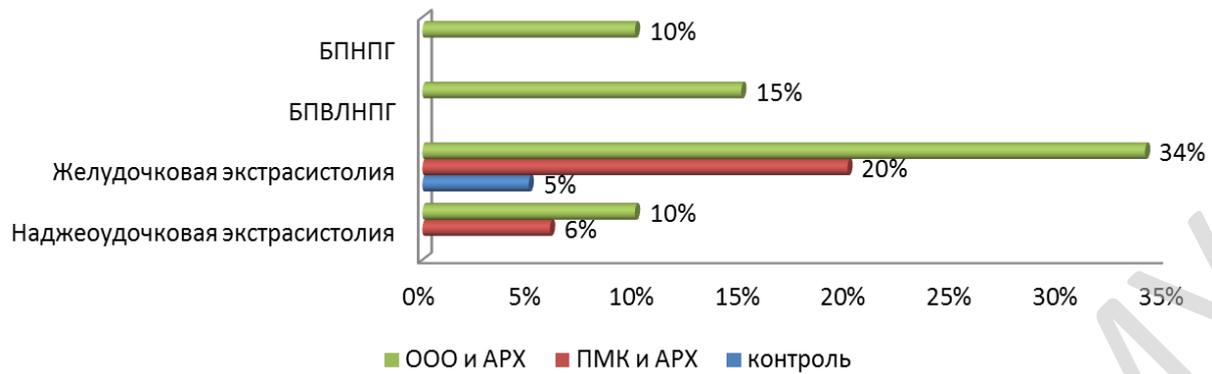


Рисунок 1 — Результаты холтеровского мониторинга электрокардиографии исследуемых групп.

Примечание: БПНПГ — блокада правой ножки пучка Гиса; БПВЛНПГ — блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса

Таблица 1 — Нарушения ритма и проводимости у пациентов с малыми аномалиями сердца и (или) артериальной гипертензией

МАС	Наджелудочковая экстрасистолия	Желудочковая экстрасистолия	БЛНПГ	БПНПГ
АРХЛЖ и ООО	$\chi^2 = 9,08$, $p = ,0026^*$	$\chi^2 = 8,44$, $p = ,0037^*$	$\chi^2 = 15,24$, $p = 0,001^*$	$\chi^2 = 2,08$, $p = 0,14$
АРХЛЖ и ПМК	$\chi^2 = 2,78$, $p = 0,09$	$\chi^2 = 0,03$, $p = 0,85$	$\chi^2 = 5$, $p = 0,02^*$	$\chi^2 = 2,08$, $p = 0,14$
Контроль	$\chi^2 = 0,87$, $p = 0,35$	$\chi^2 = 96$, $p = 0,29$	$\chi^2 = 1,83$, $p = 0,17$	$\chi^2 = 0,58$, $p = 0,44$

Примечание: χ^2 — с поправкой Йетса; * — за достоверно значимые принимались различия при значении $p < 0,05$; БПНПГ — блокада правой ножки пучка Гиса; БПВЛНПГ — блокада левой ножки пучка Гиса.

Получены статистически значимые показатели в первой подгруппе (АРХЛЖ и ООО) с наджелудочковой экстрасистолией ($p = 0,0026$), желудочковой экстрасистолией ($p = 0,0037$) и блокадой левой ножки пучка Гиса ($p = 0,001$). Во второй подгруппе (АРХЛЖ и ПМК) только с блокадой левой ножки пучка Гиса ($p = 0,02$). Таким образом, можно отметить наиболее частую встречаемость ЭКГ — нарушений у пациентов с МАС сердца.

Выводы

1. Выявлено, что аномалии архитектоники сердца у пациентов включали следующие варианты: аномально расположенные хорды левого желудочка (90 %), пролапс митрального клапана (43 %) и открытое овальное окно (36 %).

2. Установлено, что при аномально расположенной хорде левого желудочка и открытом овальном окне у молодых мужчин преобладают: наджелудочковая экстрасистолия ($p = 0,0026$), желудочковая экстрасистолия ($p = 0,0037$) и БЛНПГ ($p = 0,001$). А при аномально расположенной хорде левого желудочка и пролапсе митрального клапана — БЛНПГ ($p = 0,02$).

3. Таким образом, результаты ретроспективного исследования показали, что наиболее часто встречаются электрокардиографические нарушения у молодых людей с МАС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трисветова, Е. Л. Частота, структурные особенности малых аномалий сердца по данным ультразвукового исследования / Е. Л. Трисветова, А. А. Бова, Е. П. Леонов // Ультразвук. и функционал. диагностика. — 2002. — № 2. — С. 196.