

П. А. Кислякова, А. И. Лашенко

*Научные руководители: старший преподаватель А. Н. Цырульникова,
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева*

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

ОСОБЕННОСТИ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И НАРУШЕНИЕМ РИТМА СЕРДЦА

Введение

Острый коронарный синдром (ОКС) остается одной из основных причин смертности и инвалидизации в мире. Это состояние объединяет нестабильную стенокардию, инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST. Патогенез ОКС связан с острым нарушением кровоснабжения миокарда, что приводит к ишемии, некрозу и, как следствие, нарушению сократительной функции сердца [1]. Одним из ключевых показателей, определяющих прогноз у пациентов с ОКС, является фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ). Этот параметр отражает способность сердца эффективно перекачивать кровь и является важным критерием для оценки степени сердечной недостаточности [2].

Нарушения ритма сердца, такие как фибрилляция предсердий (ФП), атриовентрикулярные блокады (АВ-блокады) и желудочковые экстрасистолы, часто сопровождают ОКС. Они могут быть как причиной, так и следствием ишемии миокарда, усугубляя течение заболевания и ухудшая прогноз. Нарушения ритма сердца приводят к снижению сердечного выброса, увеличению нагрузки на миокард и нарушению гемодинамики, что может негативно влиять на ФВЛЖ [3]. Изучение особенностей ФВЛЖ у пациентов с ОКС в зависимости от наличия нарушений ритма сердца представляет значительный интерес для разработки персонализированных подходов к лечению и улучшения прогноза у данной категории пациентов [4].

Цель

Целью исследования было изучить особенности фракции выброса левого желудочка у пациентов с острым коронарным синдромом в зависимости от наличия или отсутствия нарушений ритма сердца.

Материал и методы исследования

Ретроспективно был проведен анализ 150 историй болезней пациентов учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический центр» с диагнозом «острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST» (по МКБ-10 – I21.0). Средний возраст пациентов составил $62,5 \pm 10,3$ года. В группе пациентов с ОКС без нарушений ритма сердца средний возраст был $61,8 \pm 9,7$ года, а в группе с нарушениями ритма – $63,2 \pm 10,9$ года. Среди участников исследования было 90 мужчин (60%) и 60 женщин (40%). В группе без нарушений ритма сердца мужчин было 45 (60%), женщин – 30 (40%). В группе с нарушениями ритма сердца мужчин также было 45 (60%), женщин – 30 (40%). Оценивались результаты ЭхоКГ. У пациентов с нарушением ритма в анамнезе оценивались данные холтеровского мониторирования ЭКГ на 5–7 суток с момента госпитализации. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы «Microsoft Excel» и встроенного в нее «Пакета анализа», предназначенного для решения статистических задач.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов составил $62,5 \pm 10,3$ года. В группе пациентов с нарушениями ритма сердца средняя фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) была достоверно ниже ($42,3 \pm 7,8\%$), чем в группе без нарушений ритма ($48,6 \pm 6,5\%$, $p < 0,05$). Это подтверждает, что нарушения ритма сердца оказывают значительное влияние на сократительную функцию миокарда у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

Среди пациентов с нарушениями ритма сердца фибрилляция предсердий (ФП) была выявлена у 30 пациентов (40%). У этих пациентов средняя ФВЛЖ составила $40,1 \pm 8,2\%$, что было значительно ниже, чем в группе без нарушений ритма ($p < 0,05$). При этом у пациентов с тахиформой ФП (частота сердечных сокращений более 100 уд./мин) ФВЛЖ была еще ниже – $38,5 \pm 8,0\%$, тогда как у пациентов с нормоформой ФП (частота сердечных сокращений менее 100 уд./мин) ФВЛЖ составила $41,7 \pm 7,9\%$. Это свидетельствует о том, что тахиформа ФП оказывает более выраженное негативное влияние на сердечную функцию, вероятно, из-за увеличения нагрузки на миокард и ухудшения коронарного кровотока.

Атриовентрикулярные блокады были диагностированы у 20 пациентов (26,7%). Среди них: АВ-блокада 1 степени выявлена у 8 пациентов, средняя ФВЛЖ составила $45,0 \pm 6,8\%$. АВ-блокада 2 степени Мобитц 1 – у 6 пациентов, средняя ФВЛЖ – $43,5 \pm 7,0\%$. АВ-блокада 2 степени Мобитц 2 – у 6 пациентов, средняя ФВЛЖ – $42,0 \pm 7,5\%$.

Наиболее выраженное снижение ФВЛЖ наблюдалось у пациентов с АВ-блокадой 2 степени Мобитц 2, что может быть связано с более значительным нарушением проведения импульса и, как следствие, ухудшением гемодинамики. У пациентов с АВ-блокадой 1 степени ФВЛЖ была выше, чем при других типах АВ-блокад, что указывает на менее выраженное влияние на сердечную функцию.

Желудочковые экстрасистолы были зарегистрированы у 15 пациентов (20%), а наджелудочковые – у 10 пациентов (13,3%). У пациентов с желудочковыми экстрасистолами средняя ФВЛЖ составила $41,5 \pm 7,9\%$, что было ниже, чем у пациентов с наджелудочковыми экстрасистолами ($43,0 \pm 7,2\%$). Оба типа экстрасистол ассоциировались со снижением ФВЛЖ по сравнению с группой без нарушений ритма ($p < 0,05$). Желудочковые экстрасистолы, вероятно, оказывают более выраженное негативное влияние на сердечную функцию из-за нарушения синхронности сокращений миокарда и повышенного риска развития более тяжелых аритмий, таких как желудочковая тахикардия. (таблица 1)

Таблица 1 – Сравнение показателей фракции выброса левого желудочка у пациентов с ОКС в зависимости от наличия нарушений ритма сердца

Группа	Средняя ФВЛЖ (%)	Стандартное отклонение	р-значение
ОКС без нарушений ритма	48,6	6,5	–
ОКС с нарушениями ритма	42,3	7,8	$<0,05$
Фибрилляция предсердий тахиформа	38,5	8,0	$<0,05$
Фибрилляция предсердий нормоформа	47,7	7,9	$<0,05$
АВ-блокада 1 степени	45,0	6,8	$<0,05$
АВ-блокада 2 степени Мобитц 1	43,5	7,0	$<0,05$
АВ-блокада 2 степени Мобитц 2	42,0	7,5	$<0,05$
Желудочковые экстрасистолы	41,5	7,9	$<0,05$
Наджелудочковые экстрасистолы	43,0	7,2	$<0,05$

Выводы

Проведенное исследование демонстрирует значительное влияние нарушений ритма. Нарушения ритма сердца у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) существенно снижают сократительную функцию миокарда, что проявляется уменьшением фракции выброса левого желудочка. Наиболее выраженное негативное влияние наблюдается при тахиформе фибрилляции предсердий и желудочковых экстрасистолах, что связано с повышенной нагрузкой на сердце и нарушением его синхронной работы. Атриовентрикулярные блокады, особенно высокой степени, также способствуют ухудшению сердечной функции из-за нарушения проведения импульсов и гемодинамических расстройств.

Пациенты с аритмиями чаще сталкиваются с симптомами сердечной недостаточности, что требует своевременной диагностики и комплексного подхода к лечению. Таким образом, нарушения ритма сердца у пациентов с ОКС не только ухудшают прогноз, но и требуют активного вмешательства для предотвращения прогрессирования сердечной дисфункции и улучшения клинических исходов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бокерия, Л. А. Острый коронарный синдром: современные подходы к диагностике и лечению / Л. А. Бокерия, Е. З. Голухова // Кардиология. – 2020. – Т. 60, № 5. – С. 78–85.
2. Хроническая сердечная недостаточность : Учебно-методическое пособие / А. Н. Цырульникова, Е. Г. Малаева, И. И. Мистюкевич [и др.] ; – Гомель : Учреждение образования “Гомельский государственный медицинский университет”, 2015. – 40 с.
3. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней : Учебно-методическое пособие / И. И. Мистюкевич, Е. Г. Малаева, С. А. Ходулева [и др.]. – 3-е издание, стереотипное. – Гомель : Учреждение образования “Гомельский государственный медицинский университет”, 2014. – 88 с.
4. Мареев, В. Ю. Рекомендации по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности / В. Ю. Мареев, Ф. Т. Агеев // Сердечная недостаточность. – 2020. – Т. 21, № 1. – С. 3–62.

УДК 616-052-06:615.2

А. А. Коваленко

Научные руководители: к.м.н., доцент Е. С. Махлина, к.м.н., доцент О. Н. Кононова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Введение

Решение вопросов недостаточной приверженности к терапии является одной из актуальных проблем современной медицины и общества, и в основном ассоциируется с длительной терапией хронических заболеваний. Низкая приверженность к лечению является одной из главных причин уменьшения выраженности терапевтического эффекта, существенного повышения вероятности развития осложнений основного заболевания, приводящего к снижению качества жизни больных и увеличению затрат на лечение [1]. Наиболее известным, простым и лаконичным признан тест Мориски-Грина (MMAS-4), валидированный в 1985 г. и опубликованный авторами в 1986 г. С тех пор данный тест широко применяется в клинической практике для скрининга приверженности пациентов к приему лекарственных препаратов [2, 3].