

УДК 616.127–005.8–073

Батушкин В. В.

Информация про автора

Киевский медицинский университет УАНМ, г. Киев, Украина

Киевская городская клиническая больница № 5, г. Киев, Украина

Резюме. Желудочковая экстрасистолия является относительно распространенной аритмией в практике врача. В статье авторы систематизировали статистические данные, позволяющие оценить наличие желудочковой экстрасистолии при различных состояниях и заболеваниях. У 1601 человека была определена прогностическая значимость преждевременных желудочковых сокращений (желудочковой экстрасистолии), обнаруженных на обычной стандартной ЭКГ покоя. Также было оценено влияние желудочковых сокращений на сердечный ритм, протекание основных заболеваний сердечно-сосудистой системы, прежде всего – хронической ишемической болезни сердца (ХИБС), гипертонической болезни (ГБ) и сердечной недостаточности.

Наличие любого вида желудочковых экстрасистол на одной ЭКГ у больных с ХИБС или ГБ является мощным предиктором смерти от всех причин и сердечно-сосудистой смертности на протяжении 5-летнего наблюдения. Наличие множественных или сложных ЖЭ не было более мощным предиктором, хотя наблюдалась тенденция к худшему прогнозу у больных со сложными формами. Эти наблюдения верны даже для пациентов с нормальной ЭКГ.

Представленный регрессионный анализ показал, что частота сердечных сокращений является значительным и независимым предиктором наличия экстрасистолии.

В большинстве случаев назначение β -блокаторов обычно являлось достаточно эффективным. Радиочастотная катетерная абляция должна быть предусмотрена для пациентов с частыми ЖЭ, у которых нарушается качество жизни из-за выраженных клинических симптомов или больных с устойчивой желудочковой тахикардией.

Ключевые слова: желудочковая экстрасистолия, частота сердечных сокращений и другие факторы риска, прогноз, лечение.

Преждевременные сокращения желудочков (желудочковая экстрасистолия) были описаны у 1 % клинически здоровых людей, обнаруживаемые в результате проведения стандартной ЭКГ, и у 40–75 % практически здоровых лиц при 24–48-часовом Холтеровском мониторинге ЭКГ [1].

В конце прошлого – начале настоящего века в многочисленных научных работах было показано, что частые (более 60 в час) и сложные желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) могут возникнуть у практически здоровых людей. По общим оценкам, распространенность их составляет 1–4 % от общей численности населения и не влияет на ухудшение общего прогноза [2–4].

Однако частые и сложные ЖЭ в увеличенном количестве, аллоритмии чаще встречаются при органических заболеваниях сердца, прежде всего (до 90 % случаев) – при ишемической болезни сердца и дилатационной кардиомиопатии [3, 4].

Такие исследования, как MRFIT (Multiple Risk Factor Intervention Trial) и Framingham Heart Study, связывают частые ЖЭ с повышенным риском внезапной сердечной смерти и смерти от любой причины [5, 6]. Однако данные исследования подверглись критике из-за отсутствия строгих критериев отбора больных и систематизации основных заболеваний сердца. Вследствие этого результаты были искажены, что повлияло на прогноз больных в отношении смерти [7].

Желудочковые экстрасистолы не мешают нормальной жизни, если бы они были случайными, но когда они становятся частыми – прогноз может быть зловещим.

В настоящее время распространено мнение, что пациенты, у которых был инфаркт миокарда, более склонны к внезапной смерти, если у них регистрировались частые ЖЭ [6]. Тем не менее недавние исследования показали, что дисфункция левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с частой желудочковой экстрасистолией может восстановиться после устранения аритмии медикаментозно или в некоторых случаях с помощью катетерной абляции [7, 8].

Интересным, на наш взгляд, было описание в исследованиях очевидной взаимосвязи между высокой ЧСС и наличием ЖЭ. Доказано, что активация симпатической нервной системы (СНС) является важным фактором в генезе желудочковых аритмий [9, 10].

Аномальный автоматизм, триггерная активность и механизм re-entry – все основные механизмы нарушений ритма заметно усиливаются под действием катехоламинов.

Безусловно, и повышенная частота сердечных сокращений, и наличие желудочковых экстрасистол, являются маркерами активности СНС и, соответственно, коррелируют друг с другом. Таким образом, исследование их наличия в прогнозировании внезапной смертности остается достаточно актуальным в наше время [11].

Мы проанализировали прогностическую значимость повышения ЧСС в развитии ЖЭ и исследовали взаимозависимость между ЧСС и ЖЭ.

В рамках ежегодной диспансеризации работников ГП «Антонов» нами был проведен анализ медицинской базы данных 1601 человека, работавших на предприятии с 2009 по 2014 гг.

Была определена прогностическая значимость преждевременных желудочковых сокращений, обнаруженных на обычной стандартной ЭКГ покоя. А также было оценено их влияние на сердечный ритм, протекание основных заболеваний сердечно-сосудистой системы, прежде всего – хронической ишемической болезни сердца (ХИБС), гипертонической болезни (ГБ) и сердечной недостаточности.

Мы определяли основные параметры 5-летнего риска ЖЭ, возможность стратифицировать пациентов по факторам риска и оценить их прогностическое значение, выявить категорию лиц, которая нуждается в ранней диагностике и немедленном медицинском вмешательстве.

В 1 группу были отобраны ЭКГ 756 (47,2 %) практически здоровых лиц, среди которых только у 6 (0,8 %) отмечались ЖЭ.

У остальных 845 (52,8 %) человек были выявлены различные хронические сердечно-сосудистые заболевания (в основном – ХИБС, ГБ или их сочетание). Они сформировали 2 группу. В ней на исходной ЭКГ ЖЭ отмечались у 79 (9,3 %) человек. Анализ выживаемости Каплана – Мейера был проведен после того, как пациенты были разделены на группы по наличию или отсутствию ЖЭ (рисунок 1).

По сравнению с пациентами без ЖЭ, пациенты с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями и экстрасистолией в течение 5 лет наблюдения имели более высокие показатели смертности от всех причин (39 % против 22 %, $p < 0,001$) и сердечно-сосудистых причин в частности (20 % против 8 %, $p < 0,001$).

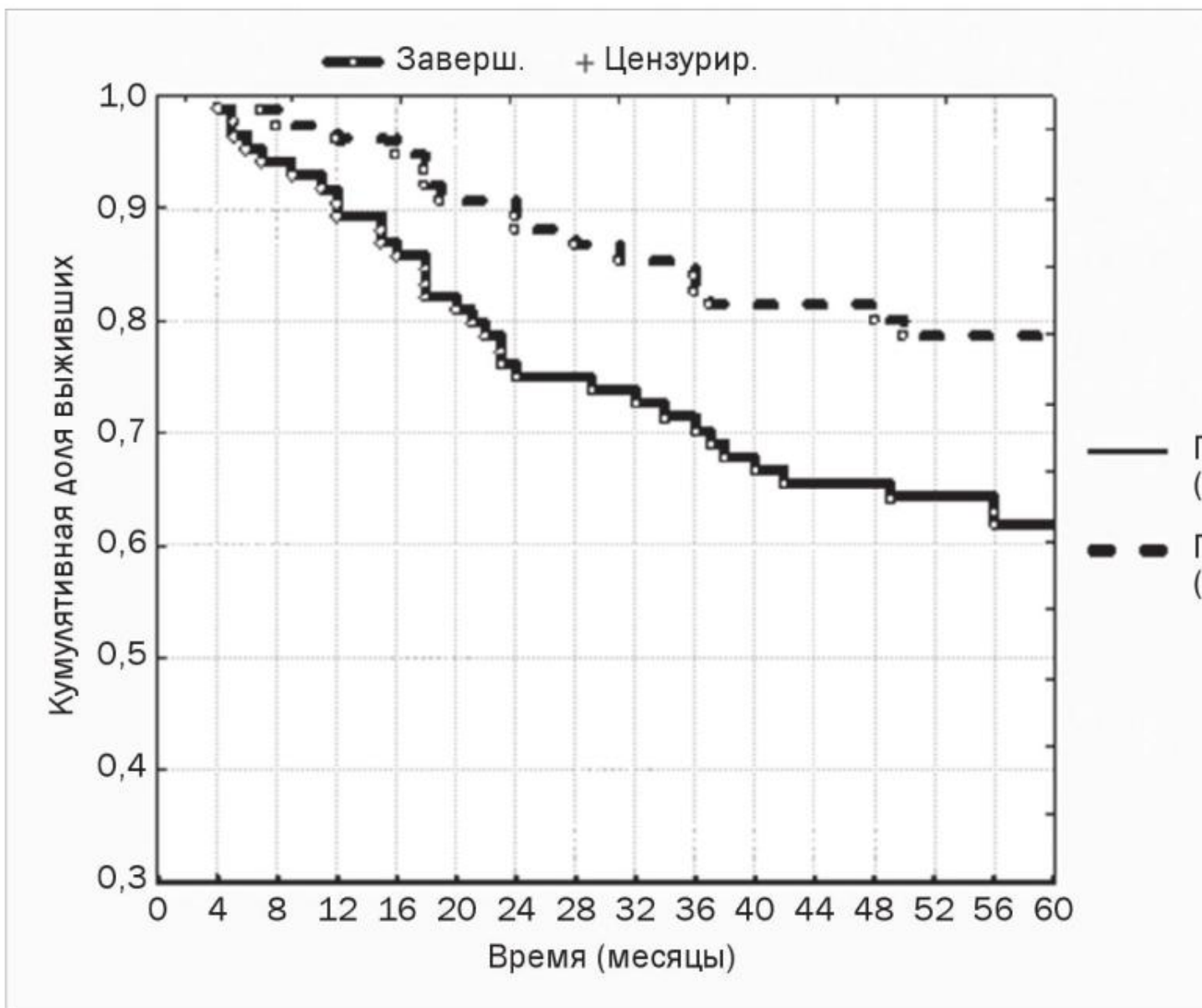


Рисунок 1

Пятилетняя смертность от всех причин у 845 больных ХИБС и ГБ в зависимости от факторов риска (модель Каплана – Мейера)

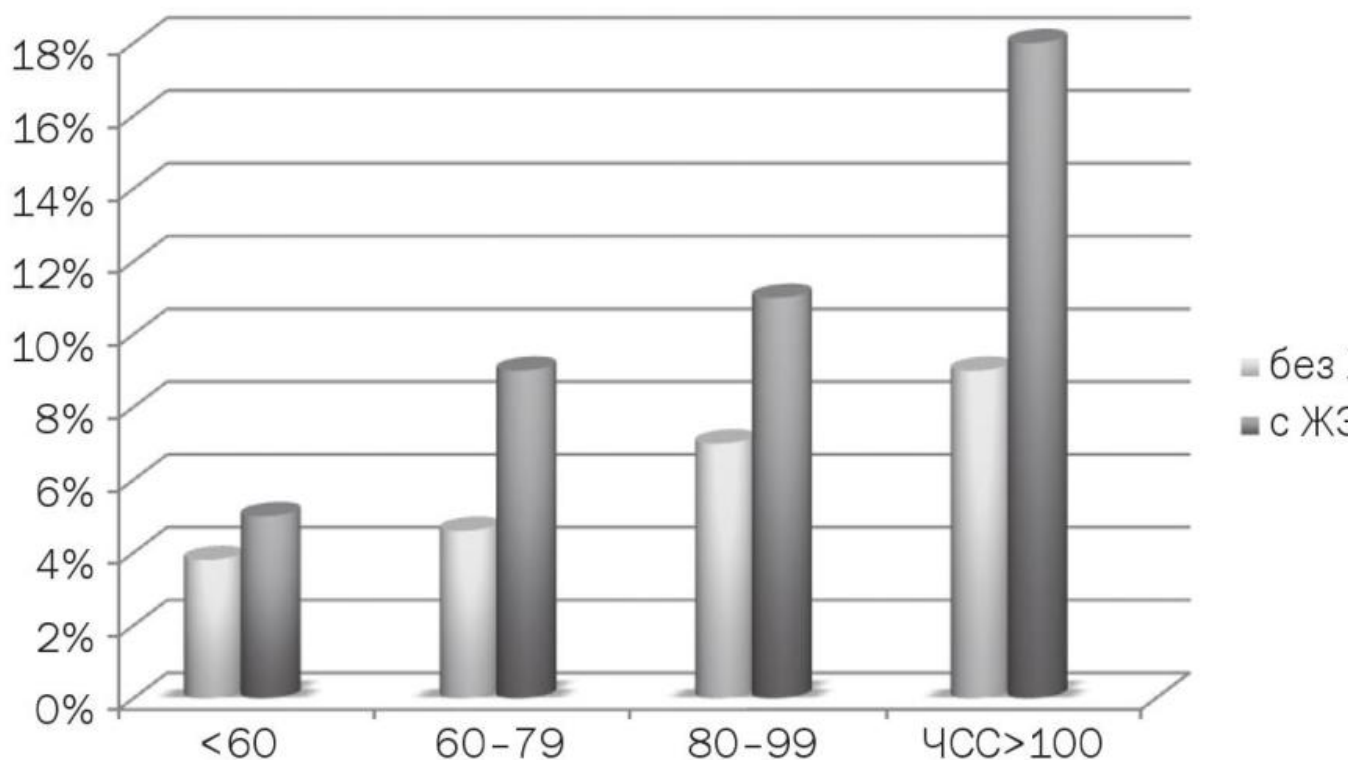


Рисунок 2
Зависимость сердечно-сосудистой смертности от ЧСС и наличия ЖЭС у больных с ХИБС и ГБ

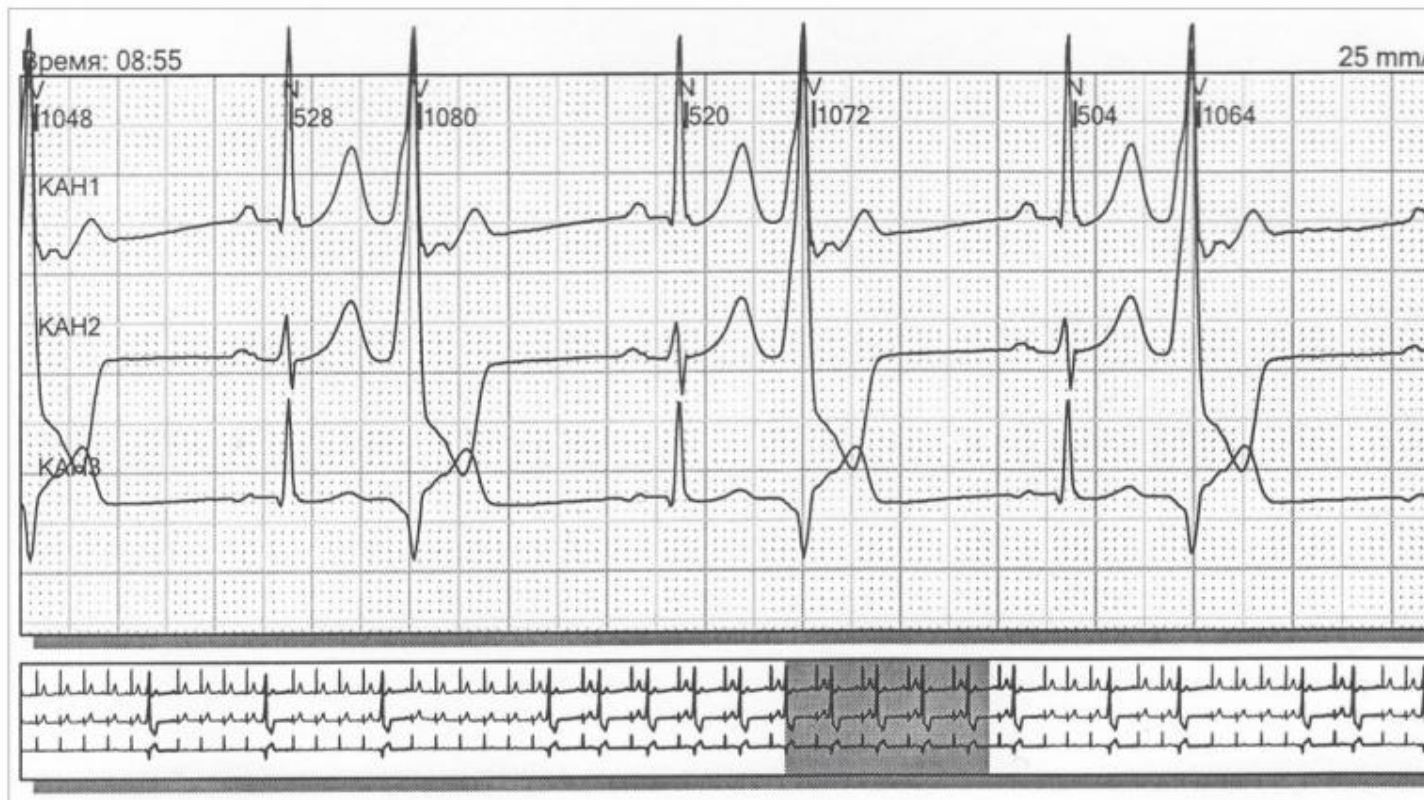


Рисунок 3
Фрагмент 24-часового мониторинга ЭКГ 56-летнего больного с частыми

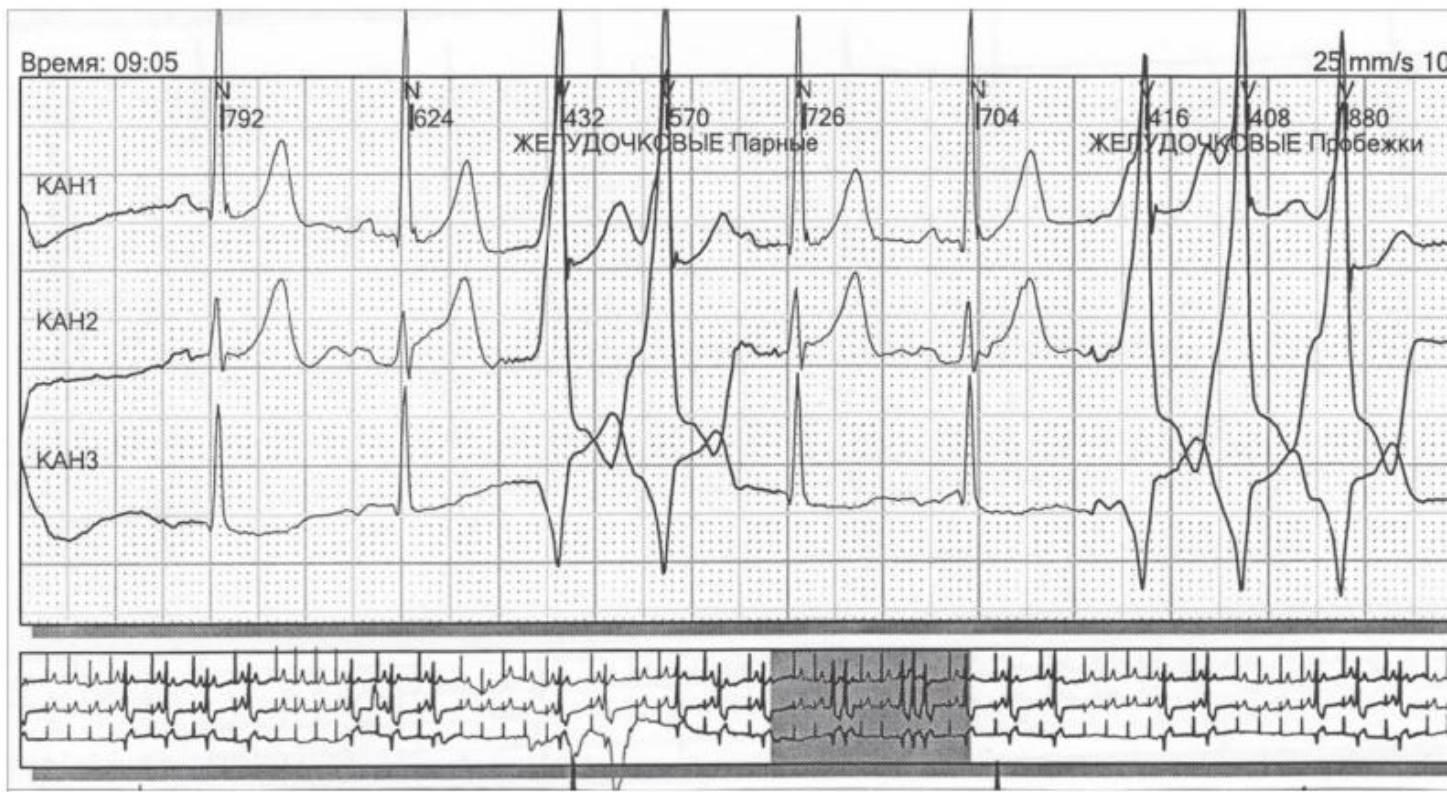


Рисунок 4

Групповые ЖЭ у больного с АГ и пароксизмами нестойкой желудочковой

Таблица 1

Современный подход к лечению пациентов с желудочковой эктопией (ЕХ)

| Наличие структурных заболеваний сердца | Частота ЖЭ или ЖТ | Выраженность симптомов | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Нет | Не частые (снижается при нагрузке) | Отсутствует | |
| Нет | Не частые | Значительная | |
| Нет | Частые мономорфные | Умеренная | Радиоч |
| Имеется | Не частые | Умеренная | 1. Оцен васкуля 2. β-бло |
| Имеется | Частые | Умеренная | 1. β-бло 2. Импл вертер д (если в васкуля |