ние суток единичные экстрасистолы, т.к. плотность эктопии у подростков, продолживших обследование, составляла от 1 до 5%. Обращало внимание также наличие, преимущественно в период ночного сна, миграции водителя ритма по предсердиям у всех подростков с экстрасистолией.

Заключение. Среди 547 условно здоровых мальчиков-подростков патологические варианты нарушений ритма сердца установлены у 51 (9,32%) человека, что явилось основанием для их дальнейшего комплексного обследования.

040 ПАРОКСИЗМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ И ДИНАМИКА ЛИПИДНОГО ОБМЕНА НА ФОНЕ ТИРЕОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Рахматуллов Р. Ф.[1], Мельникова Л. В.[2], Рахматуллов Ф. К.[1]

[1]Пензенский государственный университет, Пенза, Россия

[2]Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

pgu_vb2004@mail.ru

Цель. Изучение состояния липидного обмена у больных с пароксизмами фибрилляции предсердий (ФП) при субклиническом тиреотоксикозе на фоне тиреостатической терапии.

Материал и методы. В исследование включены 38 больных с пароксизмами ФП при субклиническом тиреотоксикозе (1 группа), 42 с симптомными пароксизмами ФП при субклиническом тиреотоксикозе (2 группа) и 46 с бессимптомными пароксизмами ФП при субклиническом тиреотоксикозе (3 группа). Всем больным, включенным в исследование, регистрировалась электрокардиограмма (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, проводилось суточное мониторирование ЭКГ, ультразвуковое исследование щитовидной железы (УЗИ ЩЖ), иммуноферментное определение уровня тиреоидных гормонов (ТТГ, Т3св, Т4св) и оценка липидного профиля. Тиреостатическая терапия тиамазолом проводилась до достижения эутиреоидного статуса.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что после достижения эутиреоза у больных 1-й группы произошло увеличение триглицеридов (ТГ) на 28,8% (p=0,0172) и снижение уровня липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) на 26,2% (p=0,0049). Во 2-й группе установлено снижение триглицеридов на 25% (p=0,009), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) на 25,7% (p=0,0058) и общего холестерина на 28,3% (p=0,0001). В 3-й группе не выявили существенного изменения липидного профиля на фоне нормализации ТТГ.

Заключение. Таким образом, достижение эутиреоидного статуса у больных с ФП при субклиническом тиреотоксикозе на фоне тиреостатической терапии тиамазолом оказывает разнонаправленное влияние на динамику липидных показателей.

041 КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рахматуллов Р. Ф., Рахматуллов Ф. К.

Пензенский государственный университет, Пенза, Россия

pgu_vb2004@mail.ru

Цель. Изучение влияния дисфункции щитовидной железы на электрофизиологические показатели сердца, характер спонтанных пароксизмов и эффективность профилактической терапии пароксизмов фибрилляции предсердий (ПФП) у больных ИБС.

Материал и методы. Исследованы 46 пациентов с ПФП в возрасте 52,4±3,5 лет. Всем больным проводилось диагностическое ЭФИ, УЗИ сердца, УЗИ щитовидной железы, определение уровня тиреоидных гормонов (Т3св, Т4св, ТТГ).

Результаты. В результате анализа функции щитовидной железы у больных с ПФП в течение двух лет позволил выявить сезонное колебание уровня гормонов. Так, в весенне-осенний период уровень Т3св и Т4св увеличивался, а ТТГ — уменьшался, тогда как летом и зимой они нормализовались. Интересно отметить ЭФ-эффекты колебания уровня гормонов. Так, в весенне-осенний период, по сравнению с летним и зимним, происходило уменьшение КВВФСУ на 52,6 мс (p<0,05), увеличение точки Венкебаха на 17,2 мс (p<0,01), укорочение ЭРП АВ узла на 35,8 мс (p<0,05) и ЭРП предсердий на 30,4 мс (p<0,01). В клинической картине ПФП в весенне-осенний период преобладал преимущественно гиперадренергический тип. ПФП чаще всего возникали утром и в течение дня. Инициирующими факторами аритмии были физическая нагрузка и эмоциональное напряжение, а в разгар пароксизма иногда появлялась полиурия. Наиболее эффективными препаратами для профилактики ПФП зимой и летом были соталол, бисопролол, а также комбинации соталола с аллапинином или бисопролола с аллапинином. В весенне-осенний период наиболее эффективными были соталол, бисопролол, а также комбинации соталола с пропанормом или бисопролола с пропанормом. У 10 пациентов, рефрактерных к антиаритмической терапии, профилактический эффект достигнут комбинацией бисопролола с аллапинином на фоне базисной терапии тиамазолом в суточной дозе 10-15 мг.

Заключение. Таким образом, у больных с ПФП на фоне ИБС для выявления дисфункции щитовидной железы в обследование необходимо включать сезонное исследование уровня тиреоидных гормонов, что имеет ключевое значение в выборе профилактической терапии.

042 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ЕГО КОРРЕКЦИИ

Ющенко А. Ю., Каладзе Н. Н.

ФГАОУ ВО “Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского”, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, Симферополь, Россия

yushenko_aleksandra@mail.ru, kaladze44@mail.ru

Оптимальным сроком оперативного лечения дефекта межжелудочковой перегородки считается период до появления признаков легочной гипертензии. Известно, что при отсутствии оперативной коррекции ДМЖП, уже с 2-летнего возраста могут развиваться необратимые изменения в сосудах малого круга кровообращения.

Цель. Изучить частоту и структуру нарушений ритма сердца у детей, оперированных по поводу дефекта межжелудочковой перегородки, в зависимости от возраста его коррекции.

Материал и методы. Было обследовано 74 ребенка с ДМЖП, которые были разделены на 2 группы: 1 группу составили 54 пациента, оперированных до 2 лет (медиана возраста — 10 [5,5; 14] лет), 2 группу — 20 детей с коррекцией порока позже 2 лет (медиана возраста — 9 [7; 12,5] лет). Контрольную группу (КГ) составили 30 здоровых детей без сердечно-сосудистой патологии (средний возраст — 10,7±3,47 лет). Диагностическая программа включала проведение ЭКГ, Холтеровского мониторирования, велоэргометрии по методике PWC 170. Анализ данных проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics версии 23.0. Нормальность распределения проверялась при помощи теста Шапиро-Уилка. Для оценки достоверности различий между группами по количественным признакам использовался U-критерий Манна-Уитни, по качественным показателям — точный критерий Фишера или χ^2 Пирсона.

Результаты. НРС наблюдались у 47 (87%) детей, оперированных в возрасте до 2 лет и у 9 (45%) человек — старше 2 лет (p<0,001, ОШ=0,122, 95% ДИ:0,037-0,399). В 1 группе на

72,3% чаще наблюдались НРС, чем в КГ (p<0,001, ОШ=0,045, 95% ДИ:0,014-0,145). Между 2 группой и КГ не было отличий (p=0,131) по частоте НРС. В группе оперированных детей до 2 лет жизни на 42,6% чаще встречались ПБПНПГ (p<0,001, ОШ=0,508, 95% ДИ:0,397-0,650), на 31,5% — миграция водителя ритма сердца (p<0,001, ОШ=0,552, 95% ДИ:0,445-0,685), на 24,8% — синусовая брадикардия (p=0,013, ОШ=0,155, 95% ДИ:0,033-0,729), на 24,1% — блокады различной степени градации (p=0,003, ОШ=0,577, 95% ДИ:0,473-0,705), на 22,2% — предсердный ритм (p=0,003, ОШ=0,583, 95% ДИ:0,480-0,709), на 13% — синдром слабости синусового узла (p=0,047, ОШ=0,610, 95% ДИ:0,511-0,730), чем в КГ. Кроме этого, в 1 группе на 24,5% чаще встречались ПБПНПГ (p=0,031, ОШ=0,238, 95% ДИ:0,062-0,909) и на 24,1% чаще — блокады различной степени градации, чем во 2 группе (p=0,015, ОШ=0,672, 95% ДИ:0,564-0,801). В группе оперированных детей старше 2 лет на 20% чаще наблюдалась синусовая тахикардия, чем в КГ (p=0,021, ОШ=0,348, 95% ДИ:0,234-0,517).

Заключение. Оперативное лечение ДМЖП в возрасте до 2 лет увеличивает шансы возникновением НРС в 8,2 раза, ПБПНПГ — в 4,2 раза, АВ-блокады — в 1,5 раза. Эти данные свидетельствуют о необходимости динамического наблюдения за детьми после оперативной коррекции ДМЖП, выполненной на ранних сроках.

Поздние потенциалы желудочков

043 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЗДНИХ ПОТЕНЦИАЛОВ ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ПРЕДПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Пшеничная Е. В., Прохоров Е. В.
ГОО ВПО “Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького”, Донецк, Украина
PshenichnayaL@yandex.ru

ЭКГ высокого разрешения (ЭКГ ВР) с компьютерным усреднением ЭКГ-сигнала позволяет выделить так называемые поздние потенциалы желудочков (ППЖ) — низкоамплитудные высокочастотные осцилляции терминальной части (последние 40 мс) комплекса QRS. В настоящее время установлено, что субстратом возникновения и регистрации ППЖ служат электрофизиологическая и анатомическая неоднородность миокарда. Появление ППЖ в отсутствии очаговых изменений в сердце исследователи объясняют негомогенностью электрофизиологических свойств миокарда вследствие неравномерных функциональных изменений кардиомиоцитов.

Цель. Определение ППЖ у мальчиков — подростков предпризывного возраста с субклиническими формами сердечно-сосудистой патологии.

Материал и методы. Электрокардиограмма высокого разрешения с регистрацией ППЖ сердца проведена 192 мальчикам-подросткам предпризывного возраста, разделенным на 4 подгруппы в зависимости от ранее выявленных субклинически протекающих форм сердечно-сосудистой патологии: I — 53 мальчиков-подростков с высоким нормальным артериальным давлением (ВНАД), II — 45 подростков с метаболическим синдром (МС), III — 51 мальчиков с нарушениями ритма сердца (НРС), IV — 43 мальчиков-подростков с патологическими формами геометрии миокарда (ГМ) и 50 детям группы контроля. ЭКГ ВР регистрировали по стандартной методике M. Simson с использованием ортогональных отведений Франка (частотный диапазон 40-250 Гц). Анализировали: показатели длительности фильтрованного (TotQRSF) комплекса QRS, амплитуду его последних 40 мс (RMS40) и длительности терминальной части комплекса QRS ниже уровня 40 мкВ (Las 40). Критериями наличия ППЖ считали следующие значения: TotQRSF >114 мс, Las40 >38 мс, RMS40 <20 мкВ. Отклонение от нормы двух из трех перечисленных критериев позволяло констатировать наличие поздних потенциалов желудочков сердца.

Результаты. В целом у мальчиков-подростков с субклиническими формами сердечно-сосудистой патологии ППЖ сердца выявлены в 47,3% случаев, что статистически значимо больше по сравнению с контролем (p<0,02). В основной группе ППЖ выявлены у 88 обследованных из 192 (45,8%), тогда как в контрольной группе ППЖ найдены лишь у 3 из 50 обследованных (6,0%), то есть в 7,6 раза реже (p<0,01). При этом, в I подгруппе с ВНАД ППЖ выявлены у 26 (49,1%) обследованных, во II подгруппе с МС — у 19 (42,2%), в III подгруппе с НРС — у 22 (43,1%), в IV подгруппе — у 21 (48,8%) подростков.

В подгруппах обследованных с ППЖ и при их отсутствии отмечались достоверные различия между показателями временных характеристик (LAS40, TotQRSF, p<0,05) и амплитудных значений (RMS40, p<0,01).

Заключение. Проведенное исследование позволило констатировать статистически значимое более частое выявление ППЖ у мальчиков-подростков с субклиническими формами сердечно-сосудистой патологии, что позволяет рассматривать данный показатель как фактор риска прогрессирования выявленных изменений кардиальной системы.

044 ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ И ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПРИМЕНЕНИИ АЛЛАПИНИНА

Столярова В. В., Назаркина М. Г.
ФГБОУ ВО “Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева”, Саранск, Россия
mn1803@rambler.ru

Одно из направлений лечения пароксизмальной формы фибрилляции предсердий (ПФФП) — контроль ритма. При этом у пациентов, принимающих профилактически антиаритмические препараты необходимо контролировать показатели электрической нестабильности миокарда, увеличивающие риск внезапной сердечной смерти. К таким показателям относятся показатели ЭКГ высокого разрешения. При этом частота выявления поздних потенциалов желудочков (ППЖ) и поздних потенциалов предсердий (ППП) у больных с ПФФП на фоне профилактического применения аллапинина не достаточно исследована.

Цель. Оценить частоту выявления ППП и ППЖ при профилактическом применении аллапинина у пациентов с ПФФП.

Материал и методы. Обследовано 64 пациента (возраст от 40 до 70 лет). Первая группа — здоровые (n=24); вторая — пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС), без указания на нарушения ритма (n=24), третья — ИБС с ПФФП (n=16), принимающие аллапинин (75 мг/сут.). Параметры ЭКГ высокого разрешения регистрировались при суточном мониторировании с использованием “Инкарт” КТ — 07-3/12Р.

Результаты. У пациентов, принимающих аллапинин, получены следующие показатели ППП: максимальные (max) и минимальные (min) соответственно: PTotal (148,50±0,50 мс, 73,50±0,50 мс) и RMS20 (5,60±0,01 мкВ, 2,57±0,01 мкВ). Max значения PTotal у 50% находились в зоне ППП, а min не входили за пределы нормы. Max значения RMS20 соответствовали нормам, а min значения — у 50% были в зоне ППП.

Показатели ППЖ: TotQRS — (153,00±17,90 мс, 76,00±6,35 мс), RMS40 (22,00±4,62 мкВ, 7,00±1,15 мкВ), LAS40 (118,00±38,11 мс, 36,00±4,04 мс). Max TotQRS у 100% нахо-