

Отдаленный прогноз у пациентов со стойкими нарушениями ритма сердца

Военный институт физической культуры, Санкт-Петербург

Резюме. Исследовано влияние активного двухлетнего амбулаторного режима у пациентов со стойкими нарушениями ритма сердца в плане кардиоваскулярного прогноза. Сравнивали клинический статус и исходы лечения у больных, страдающих желудочковыми, наджелудочковыми и комбинированными нарушениями ритма сердца, на протяжении 2-х лет. За это время у пациентов не выявили значимых различий по количеству несмертельных осложнений (острое нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия ветвей легочной артерии и др.). Так, в группе с суправентрикулярной экстрасистоліей зафиксировано 5 инсультов и 1 тромбоэмболия легочной артерии, в группе с желудочковой экстрасистоліей зарегистрировано 2 случая острого инфаркта миокарда и 1 инсульт, а в группе с комбинированным нарушением ритма у 4 пациентов развился инсульт. Число летальных исходов было достоверно ($p < 0,05$) больше в группе с суправентрикулярным нарушением ритма сердца (7 случаев против 1 и 0 желудочковых и комбинированных нарушений ритма). Пятеро пациентов страдали постоянной формой мерцательной аритмии, один – пароксизмальной, у одного фиксировали частую наджелудочковую экстрасистолію. Шестеро умерли от инсульта, один – от тромбоза мезентериальных сосудов. При этом пятеро из них принимали антиагреганты (кардиомагнил и тромбоасс), а двое – антикоагулянт варфарин. Совокупное число неотложных госпитализаций и осложнений, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, было достоверно ($p < 0,05$) больше у больных, страдающих суправентрикулярной экстрасистоліей (45 госпитализаций против 18 и 11 – у страдающих желудочковыми и комбинированными нарушениями ритма сердца). У 3,3% пациентов в течение 24 месяцев наблюдения зафиксирован переход частой суправентрикулярной экстрасистоліи в более агрессивную форму – мерцательную аритмию, опасную тромбоэмболическими осложнениями. Частая суправентрикулярная экстрасистолія явилась предиктором мерцательной аритмии.

Ключевые слова: нарушения ритма сердца, аритмия, мерцательная аритмия, суправентрикулярная экстрасистолія, желудочковая экстрасистолія, кардиоваскулярный прогноз, тромбоэмболические осложнения.

Введение. Нарушения ритма сердца являются важной медицинской проблемой: аритмии могут нарушать гемодинамику, приводить к ремоделированию миокарда, а также формированию аритмогенной кардиомиопатии и развитию сердечной недостаточности с выраженным снижением качества жизни пациентов [6]. Например, желудочковые аритмии могут стать причиной внезапной сердечной смерти [5]. Мерцательная аритмия является ведущей причиной ишемического инсульта, а также связанной с ним высокой смертностью [9]. Образование тромба, которое является следствием стаза крови в ушке левого предсердия, считают основной причиной ишемического инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий. Попадая в мозговые артерии, такой тромб обуславливает развитие 30–40% всех случаев ишемического инсульта [7]. При этом не менее 20% случаев приходится на лиц моложе 50 лет [1]. Это влечет за собой значительные расходы, которые несет здравоохранение при лечении больных с фибрилляцией предсердий [10, 11]. Медико-социальное значение этой проблемы подчеркивается тем, что кардиоэмболический инсульт

нередко ассоциируется с выраженными неврологическими нарушениями и существенно ухудшает качество жизни пациентов. Риск рецидива также довольно высок [2]. Зачастую инсульт возникает у людей, которые даже не подозревают о наличии у них мерцательной аритмии.

Цель исследования. Проанализировать отдаленный прогноз у пациентов со стойкими нарушениями ритма сердца.

Задачи исследования:

1. Описать клинический статус больных, обратившихся за медицинской помощью в связи с нарушением ритма сердца.
2. Проанализировать течение аритмии за два года с момента обращения.

Материалы и методы. Обследовано 652 пациента (522 мужчины и 130 женщин) со стойким нарушением ритма сердца, что составило 14,9% от общего числа (4373 человека) обратившихся за медицинской помощью к кардиологу в течение 2 лет.

У 545 человек по результатам Холтеровского мониторирования электрокардиограмм (ЭКГ) количество суправентрикулярных и желудочковых экстрасистол превышало допустимую норму по А. Дабровски и др. [3]. В зависимости от преобладающего вида нарушения ритма сердца всех пациентов распределили по 3 группам. В 1-ю группу вошли 96 человек (80 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 18 до 89 лет с желудочковыми экстрасистолами. Вторую группу составили 343 пациента (271 мужчина и 72 женщины) в возрасте от 17 до 83 лет с суправентрикулярными экстрасистолами. В 3-ю группу вошли 106 человек (94 мужчины и 12 женщин) в возрасте от 18 до 87 лет с суправентрикулярными и желудочковыми экстрасистолами.

В процессе наблюдения фиксировали количество внеплановых обращений к кардиологу; количество госпитализаций по поводу обострения течения аритмии; количество и характер осложнений сердечно-сосудистых заболеваний (острые нарушения мозгового кровообращения, тромбоэмболии, инфаркты миокарда); количество летальных исходов, обусловленных болезнями системы кровообращения (конечная точка); в качестве комбинированной конечной точки учитывали осложнения и летальные исходы, связанные с сердечно-сосудистой патологией, а также госпитализации по поводу обострений сердечно-сосудистых заболеваний.

Математико-статистический анализ полученных данных осуществлялся с помощью пакета программы Statistica 6.0. Статистически достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что пациенты 2-й группы достоверно ($p < 0,05$) чаще госпитализировались по неотложным показаниям (45 госпитализаций против 18 и 11 в 1-й и 3-й группах), таблица. В этой группе было достоверно больше смертельных исходов (7 против 1 и 0 в 1-й и 2-й группах). У 6 из них развился инсульт, при этом четверо имели постоянную форму мерцательной аритмии, один – пароксизмальную. У одной пациентки фиксировали частую суправентрикулярную экстрасистолию. Седьмой пациент из умерших (с постоянной формой мерцательной аритмии) был экстренно госпитализирован по поводу острой «кишечной непроходимости», он перенес 4 операции и умер от сепсиса. У данного пациента можно предположить тромбоз мезентериальных сосудов, что и проявилось клиникой острого живота. При анализе лечения 7 вышеперечисленных пациентов выявлено, что пятеро из них принимали тромбоасс и кардиомагнил, а двое – варфарин, причем показатели международного нормализованного отношения (МНО) при последнем заборе крови у обоих были меньше допустимого диапазона – от 2 до 3.

Один пациент из 3-й группы скоропостижно умер в результате расслоения брюшного отдела аорты, не диагностированного ранее. Число несмертельных

Таблица
Кардиоваскулярные осложнения, имевшие место в течение двух лет с момента включения в исследование

Показатель	1-я группа		2-я группа		3-я группа		$p < 0,05$
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Госпитализации по неотложным показаниям	18	3,3	45	8,3	11	2,02	1–2 2–3
Осложнения несмертельные (инфаркт, инсульт, эмболии)	3	0,6	6	1,1	4	1,7	–
Летальные исходы из-за сердечно-сосудистых болезней	0	0	7	1,3	1	0,2	1–2 2–3
Все неблагоприятные осложнения (комбинированный критерий)	21	3,9	58	10,6	16	2,9	1–2 2–3

осложнений в группах достоверно не различалось. Так, у одного пациента 1-й группы развился инсульт, еще у одного – 2 острых инфаркта миокарда с интервалом в 3 месяца.

У пяти пациентов 2-й группы за период наблюдения зафиксировано 5 случаев острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Один из них страдал постоянной формой мерцательной аритмии, а второй – пароксизмальной наджелудочковой тахикардией. У троих диагностировали частую суправентрикулярную экстрасистолию. Все пятеро принимали антиагреганты (кардиомагнил и тромбоасс). Еще у одного пациента из этой группы с пароксизмальной формой мерцательной аритмии развилась тромбоэмболия легочной артерии после хирургического вмешательства на мочевом пузыре. Для профилактики системных тромбоэмболий ему назначили пероральный антикоагулянт ривароксабан в дозе 20 мг в сутки. Четверо пациентов из 3-й группы также перенесли инсульт. Двое из них имели постоянную форму мерцательной аритмии и принимали варфарин, причем у одного из них уровень МНО накануне инсульта составил 2,9, поэтому данному пациенту варфарин заменили на ривароксабан в дозе 20 мг в сутки. Второй пациент, принимавший 2,5 мг варфарина в сутки, уровень МНО не контролировал и значения данного показателя накануне инсульта не знал. У третьего пациента из этой группы мерцательной аритмии не было, однако за год до инсульта ему провели стентирование коронарных артерий и назначили тройную антикоагулянтную и антиагрегантную терапию: варфарин, аспирин и клопидогрел. Спустя год пациенту отменили аспирин и клопидогрел, оставив 3,75 мг варфарина в сутки. Уровень МНО пациент не определял. Через месяц после отмены аспирина и клопидогрела у больного развился инсульт. У четвертого пациента фиксировали корот-

кие пароксизмы желудочковой и наджелудочковой тахикардии, больной принимал кардиомагнил 75 мг в сутки.

При анализе причин госпитализаций по неотложным показаниям оказалось, что во 2-й группе 28 госпитализаций были осуществлены по поводу пароксизма мерцательной аритмии, 6 – с острым коронарным синдромом, 5 – с острым нарушением кровообращения, еще 5 – с гипертоническим кризом и 1 – с тромбоэмболией легочной артерии. В 1-й группе 7 госпитализаций были связаны с острым коронарным синдромом, 4 – из-за регистрации на ЭКГ более частой и групповой желудочковой экстрасистолии, еще 4 – с синкопальными состояниями, наконец 3 – с развитием острого инфаркта миокарда. В 3-й группе 4 госпитализации были обусловлены развитием инсульта, еще 4 – острым коронарным синдромом и 3 – появлением более частой экстрасистолии на ЭКГ.

У части пациентов причиной экстренной госпитализации явился переход менее агрессивной аритмии, зафиксированной ранее, в более тяжелую форму. Так, во 2-й группе у 15 пациентов с частой суправентрикулярной экстрасистолией, зарегистрированной ранее, впервые возникла фибрилляция предсердий, в связи с чем пациенты были госпитализированы по неотложным показаниям. Причем у шести больных синусовый ритм восстановить не удалось, а у девяти ритм был восстановлен. В 3-й группе таких пациентов оказалось трое, двоим из них удалось восстановить синусовый ритм, а одному нет. В 1-й группе у 4 пациентов зафиксировано появление более частых и групповых желудочковых экстрасистол на ЭКГ, что явилось причиной их экстренной госпитализации. В общей сложности у 18 (3,3%) пациентов из 545 в течение 24 месяцев наблюдения зафиксирован переход частой суправентрикулярной экстрасистолии в фибрилляцию предсердий. Переход частой и групповой суправентрикулярной экстрасистолии в мерцательную аритмию наблюдали дальневосточные ученые В.А. Добрых, А.Г. Еремеев и Т.К. Тен [4]. Часто этот переход остается незамеченным самим человеком, и лишь остро возникшие сердечно-сосудистые осложнения заставляют постфактум дать оценку ведения такого пациента.

По данным эпидемиологических исследований, относительный риск ишемического инсульта у лиц с фибрилляцией предсердий возрастает в среднем в 6 раз. Треть пациентов с фибрилляцией предсердий переносит инсульт, и в это число не входят больные с так называемыми «немыми» инфарктами мозга (от 14,7 до 37% случаев), которые выявляются при компьютерной томографии. Причиной ишемического инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий в большинстве случаев являются внутрисердечные тромбы [8]. При этом зачастую в лечении отсутствуют антиагреганты и антикоагулянты. Нами зафиксированы случаи

тромбоэмболии легочной артерии на фоне отмены тройной антиагрегантной и антикоагулянтной терапии, а также развитие инсульта как на фоне достаточной дозировки варфарина (международное нормализованное отношение в диапазоне от 2 до 3), так и при ненадлежащем контроле МНО со стороны пациентов. В реальной жизни вопрос выбора между антикоагулянтами и дезагрегантами при сочетании у пациента стабильной ишемической болезни и фибрилляции предсердий возникает достаточно часто. В последнее время в таких случаях приоритетным является прием пероральных антикоагулянтов: дабигатрана, ривароксана, апиксана и др.). Риск развития тромбоэмболий при этом снижается на 65–70%.

Выводы

1. Частая наджелудочковая экстрасистолия в 3,3% случаев в течение двух лет переходит в более агрессивную форму – фибрилляцию предсердий, опасную тромбоэмболическими осложнениями.

2. Наличие частой суправентрикулярной экстрасистолии ассоциируется с развитием мерцательной аритмии.

2. Частота госпитализаций по неотложным показаниям (несмертельные кардиоваскулярные осложнения) в течение двух лет среди пациентов с желудочковыми нарушениями ритма составила 22,1%; с суправентрикулярными – 61,1%; с комбинированными – 16,8%.

Литература

1. Бокарев, И.Н. Атеросклероз – проблема современности / И.Н. Бокарев // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2000. – № 1. – С. 6–7.
2. Гераскина, Л.А. Кардиоэмболический инсульт: многообразие причин и современные подходы к профилактике / Л.А. Гераскина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – № 4. – С. 60–65.
3. Дабровски, А. Суточное мониторирование ЭКГ / А. Дабровски, Б. Дабровски, Р. Пиотрович. – М.: Медпрактика, 1998. – 208 с.
4. Добрых, В.А. Хронобиологические характеристики наджелудочковой экстрасистолии, предшествующей пароксизму фибрилляции предсердий / В.А. Добрых, А.Г. Еремеев, Т.К. Тен // Дальневост. мед. журн. – 2014. – № 1. – С. 6.
5. Осадчий, А.М. Внезапная сердечная смерть и желудочковые аритмии у пациентов с имплантированными антиаритмическими устройствами и ХСН / А.М. Осадчий [и др.] // Сердечная недостаточность. – 2013. – № 2. – С. 6–10.
6. Пармон, Е.В. Идиопатические желудочковые нарушения ритма (анализ проблемы) / Е.В. Пармон, Т.В. Трешкур, Е.В. Шляхто // Вестн. аритмологии. – 2003. – № 31. – С. 60–71.
7. Суслина, З.А. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / З.А. Суслина, М.А. Пирадов. – М.: МЕДпресс. информ., 2008. – 288 с.
8. Fuster, V. 2011 ACCF/AHA/HRS focused updates incorporated into the ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the management of patients with atrial fibrillation / V. Fuster [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2011. – № 57. – P. 101–198.
9. Heidbuchel, H. EHRA practical guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: executive summary / H. Heidbuchel [et al.] // Eur. Heart J. – 2013. – Vol. 34. – P. 2094–2106.

10. Le Heuzey, J.Y. Cost of care distribution in atrial fibrillation patients: the COCAF study / J.Y. Le Heuzey [et al.] // Am. Heart J. – 2004. – Vol. 147, № 1. – P. 121–126.
11. Stewart, S. Cost of an emerging epidemic: An economic analysis of atrial fibrillation in the UK / S. Stewart [et al.] // Heart. – 2004. – Vol. 90, № 3. – P. 286–292.

S.I. Getman

The prognosis of the patients with violations of rhythm of the heart

Abstract. The effect of an active 2-year outpatient regimen in patients with persistent cardiac rhythm disturbances in terms of cardiovascular prognosis was studied. The clinical status and outcomes of treatment in patients with ventricular, supraventricular, and combined cardiac arrhythmias were compared for 2 years. During this time, the patients did not reveal significant differences in the number of non-fatal complications (acute cerebrovascular accident, acute myocardial infarction, thromboembolism of the branches of the pulmonary artery, etc.). So, in the group with predominantly supraventricular rhythm disorders identified 5 strokes and 1 pulmonary embolism in the group with a primarily ventricular rhythm disturbances recorded 2 cases of acute myocardial infarction and 1 stroke and in the group with combined ventricular and supraventricular rhythm disorders in 4 patients who developed stroke. Meanwhile, deaths registered significantly more frequently only in patients with predominantly supraventricular rhythm disorders (7 cases vs. 1 and 0 respectively, $p < 0,05$). And five of them had permanent atrial fibrillation, one paroxysmal and one female patient were fixed frequent supraventricular premature beats. Six died from stroke and one from thrombosis of mesenteric vessels. In the analysis of treatment in 7 patients of the above, it was revealed that five had attended kardiomagnil and trombas, and twowarfarin, and the indices of international normalized ratio of the last blood sampling of both were less than the acceptable range from 2 to. In addition, patients with predominantly supraventricular rhythm disorders were significantly more frequently hospitalized for urgent indications (45 hospitalizations compared with 18 and 11, respectively, $p < 0,05$). The most frequent reason of hospitalization was another paroxysm of atrial fibrillation and new-onset atrial fibrillation. In 3,3%, frequent supraventricular premature beats during 2 years of follow-up documented transition of this arrhythmia in a more aggressive form-in atrial fibrillation, a dangerous thromboembolic complications. Frequent supraventricular extrasystoles a predictor atrial fibrillation.

Key words: heart rhythm disturbances, arrhythmias, atrial fibrillation, supraventricular extrasystoles ventricular extrasystoles, clinical outcomes, observation, thromboembolic complications.

Контактный телефон: 8-911-757-10-99; e-mail: sig.spb@mail.ru