

как ХС-ЛПНП и ХС-ЛПВП, в то же время получено Достоверное снижение уровня триглицеридов и повышение толерантности к глюкозе у данной группы больных. Полученные данные свидетельствуют о метаболической нейтральности препарата теветен, а так же его благоприятных метаболических эффектах.

В нашем исследовании теветен уже через 24 недели лечения привел к значимому снижению ГМЛЖ за счет достоверного уменьшения ИММЛЖ и исходных для его расчета показателей, при этом ИММЛЖ достоверно снизился на 10 г/м и более у 30% больных — хорошая динамика, у 55% - удовлетворительная динамика и у 15% ИММЛЖ не изменился.

Оценивая влияние теветена на нарушения ритма сердца, достоверных различий по сравнимым показателям получено не было, хотя общее количество больных с дисритмиями уменьшилось на 26,5%, количество больных с синусовой тахикардией уменьшилось на 5,2%.

Следует отметить, что уменьшение дисритмий происходило на фоне снижения и нормализации АД. Параллельно отмечалось уменьшение ГЛЖ. Вероятно, уменьшение относительной коронарной недостаточности и нарушений ритма сердца связано с улучшением гемодинамических показателей, уменьшением массы миокарда левого желудочка и увеличением миокардиального резерва.

СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Андреев А.Н., Гаврилова Е.И., Изможерова Н.В., Попов А.А.
Екатеринбург, ГОУ ВПО "Уральская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию"

Цель: оценить частоту и структуру нарушений сердечного ритма, факторы риска внезапной смерти (ВС) у женщин в климактерии, а также оценить эффективность терапии небивололом и омакором женщин с желудочковой экстрасистолой.

Методы: В одномоментное исследование включены 128 женщин в постменопаузе, медиана возраста 56 лет. Всем пациенткам проведено суточное мониторирование электрокардиограммы в течение 24 часов. Отбор пациенток для холтеровского мониторирования электрокардиограммы (ЭКГ) проводился вне зависимости от наличия или отсутствия жалоб на боли в области сердца, сердцебиение, перебои в работе сердца. Оценены антропометрические данные, модифицированный менопаузальный индекс (ММИ), показатели липидного и углеводного обмена, мозговой натрийуретический пептид.

Результаты: Ишемия миокарда выявлена у 19,5% женщин. Суправентрикулярная экстрасистолия – у 83,6%, из них 34,5% имели парную, 15,9% – групповую, 11,2% – политопную суправентрикулярную экстрасистолию. Желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) – у 49,2% женщин, градация по Lowp составила: 0–50,8% пациенток, 1– 9,7%, 2–3,9%, 3–11,7%, 4–1,6%, 5–2,3%. 4,68% женщин имели желудочковую бигеминию, 4,68% – желудочковую тригеминию. У 15,6% женщин – пароксизмы суправентрикулярной тахикардии (СВТ), у 1,6% – пароксизмы желудочковой тахикардии (ЖТ). Преходящая атриовентрикулярная (А/В) блокада выявлена у 7% пациенток, в том числе А/В блокада 1 степени у 5,5% женщин и А/В блокада 2 степени (тип Мейбитц I) у 1,56% женщин. А/В блокада 1 степени – 1,56%. Синоатриальная (С/А) блокада 1 степени выявлена в 0,78% случаев, преходящая С/А блокада 2 степени у 1,56% женщин. Пароксизм фибрилляции предсердий определен в 1,56% случаев. У 59,4% женщин выявлена синусовая тахикардия, 32% – синусовая брадикардия, 3,9% – синусовая аритмия. Ускоренный предсердный ритм выявлялся в 5,47% случаев, синдром слабости синусового узла в 0,78%, миграция водителя ритма – 2,34%. Полная блокада левой ножки пучка Гиса – 0,78%, полная блокада правой ножки пучка Гиса – 0,78%.

Пациентки с высоким риском ВС (желудочковая экстрасистолия высоких градаций (ЖЭВГ), 3 – 5 классы по Lowp) имели значимо большие значения мозгового натрийуретического пептида ($p=0,009$). У женщин с желудочковой экстрасистолией отмечается большая частота ишемической болезни сердца ($p=0,013$). Не выявлено значимых различий по возрасту, длительности менопаузы, ММИ, по весу, индексу массы тела, объему талии и отношению объем талии/объем бедер, пациентки не различались по частоте артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности, а также по уровню глюкозы, уровням общего холестерина (ОХС), липопротеидов (ЛП) низкой плотности, триглицеридов(ТГ), ЛП очень низкой плотности (ЛПНП), ЛП высокой плотности (ЛПВП), по уровню коэффициента атерогенности.

Таким образом, у всех обследуемых пациенток в климактерии выявлены нарушения сердечного ритма. Отмечается высокая частота синусовой тахикардии, синусовой брадикардии, предсердной и желудочковой экстрасистолии. В 19,5% случаев выявлена ишемия миокарда, причем в 1/3 случаев безболевого характера. Выявлена высокая частота пароксизмов СВТ. У 15,6% женщин в климактерии определяется потенциально высокий риск ВС.

Нарушения сердечного ритма в условиях дефицита эстрогенов могут принимать прогностически неблагоприятный жизнеугрожающий характер. По данным популяционных исследований около 2/3 внезапно умерших женщин не имеют в анамнезе каких

– либо распознаваемых симптомов. В связи с этим актуальной задачей является выработка критериев для раннего выявления женщин, относящихся к группе повышенного риска ВС, а также поиск оптимальных путей профилактики и лечения сердечно – сосудистых заболеваний, индуцируемых эстрогенным дефицитом в менопаузе.

На данный момент известно, что омега – 3 полиненасыщенные жирные кислоты (ω – 3 ПНЖК) – эйкозопентаеновая и докозагексаеновая кислоты, защищают кардиомиоциты от участия в зарождении и распространении ЖТ, которая может привести к остановке сердца и ВС. Этот защитный эффект ω – 3 ПНЖК зависит от уникальной их способности стабилизировать электрически сократительную функцию миокарда, они модифицируют – ингибируют функции трансмембранных ионных каналов, оказывая антиаритмогенное действие.

Небиволол (небилет) – высокоселективный β_1 – адреноблокатор, обладающий модулирующим действием в отношении высвобождения оксида азота (NO) эндотелием сосудов с последующей вазодилатацией. Применение небиволола у пациенток с метаболическим синдромом оправдано с патогенетической точки зрения, так как небиволол снижает уровень тощачковой глюкозы за счет периферической вазодилатации и повышения ее утилизации периферическими мышцами, а также снижает уровни ОХС, ЛПНП, ТГ, повышает уровень ЛПВП. Достоверно известно, что гипергликемия более часто сопровождается ЖЭВГ.

В настоящее время нами начато проведение рандомизированного исследования, в которое включаются женщины с ЖЭВГ, одни из них получают небиволол (5мг/сутки), другие – сочетание небиволола и омакора (1г/сутки). Продолжительность приема препаратов составляет 3 месяца. Контроль – холтеровское мониторирование ЭКГ.

Исследование полностью закончили 11 пациенток. Предварительные результаты показали, что в группе небиволола у 2 женщин наблюдалось полное подавление ЖЭ и у 1 женщины – подавление общего числа ЖЭ на 95,5% (изменение класса по Lowp с 3 до 1). В группе пациенток, принимающих небиволол и омакор полное подавление ЖЭ произошло у 2 женщин, у 1 женщины – изменение класса по Lowp с 3 до 2, у 1 пациентки подавление общего числа ЖЭ – на 90% (изменение класса по Lowp с 3 до 1), у 4 женщин на фоне приема омакора и небилета не произошло подавления ЖЭВГ (градация по Lowp не изменилась).

Очевидно, что проведение терапии небивололом и омакором способно повлиять на частоту жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма.