

Резюме

Опыт лечения клексаном пациентов с НС позволяет сделать вывод о хорошей его эффективности и переносимости. Хотя доза клексана, которая нами использовалась, была ниже, чем в исследовании ESSENCE (1 мг/кг массы тела подкожно 2 раза в день), были получены достаточно обнадеживающие результаты. С учетом данных литературы и результатов собственного исследования считаем, что НМГ имеют хорошие перспективы при лечении больных с НС.

Литература

1. Cohen M., Demers C., Gurfinkel E. et al. — N.Engl.J.Med. — 1997. — 334. — P. 447-452 (ESSENCE).
2. FRIC — JACC, 1996. — 27. — P. 359a.
3. FRISC — LANCET, 1996. — 347. — P.561-568.

РОЛЬ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

**С.Б. Чертополохова, В.Ф. Антиофьев, Н.Г. Ларюшкина,
Л.Н. Будкарь**

Основным патогенетическим механизмом развития аритмий у больных, не имеющих органической патологии сердца, является нарушение вегетативной регуляции [1]. Изменение функции вегетативной нервной системы у язвенных больных также неоспоримо [2]. Висцеро-висцеральными рефлексам можно объяснить возникновение нарушений ритма у пациентов с патологией желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в отсутствие других возможных причин дисритмий [3, 4]. В научной литературе последних 20 лет мы не встретили работ, посвященных исследованию взаимосвязи патологии органов ЖКТ с развитием нарушений ритма с использованием ЭФИ сердца ни в отечественной, ни в зарубежной литературе, за исключением развиваемого с 80-х гг. направления в Аритмологическом центре.

С учетом общих патогенетических механизмов язвенной болезни и нарушений ритма в рамках синдрома вегетативной дисфункции синусного и АВ-узлов, цель нашего исследования — выявление особенностей проводящей и пейсмекерной систем сердца у больных, сочетающих указанные патологии, и детализировать патофизиологическую основу дисритмий.

Пациенты и методики

Обследовано 108 человек в возрасте от 16 до 55 лет с основным диагнозом нейроциркуляторной дистонии или миокардиодистрофии. У всех пациентов клинико-инструментальными методами обследования не было выявлено грубой патологии коронарных артерий и тканей сердца, которые бы могли явиться причиной аритмий.

При расспросе больных более трети из них отмечали брадикардию, столько же — перебои в работе сердца, пароксизмы тахикардии — почти 41% пациентов, синкопальные и пресинкопальные состояния — 6%, другие пациенты предъявляли жалобы на кардиалгии.

По результатам фиброгастроскопии у 52 человек было верифицировано обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) — они составили первую группу; вторую группу составили 47 пациентов, имеющих стойкую ремиссию язвенной болезни ДПК; в 3-ю группу вошли 9 человек с язвенными дефектами желудка.

Всем пациентам проведено чреспищеводное ЭФИ, для чего использовался электрокардиостимулятор УМЭКС-2 и персональная ЭВМ. Рассчитывались показатели функции синусного узла (СУ) — полное и корригированное время восстановления функции синусного узла (ВВФСУ и КВВФСУ) и АВ-соединения (АВС) — точка Венкебаха и эффективный рефрактерный период (ЭРП АВС).

Результаты и их обсуждение

СУ и АВС оставались интактными у 27% пациентов 1-й группы, 34% — во 2-й группе и 56% в 3-й группе. Признаки дисфункции СУ в виде брадикардии или брадиаритмии регистрировались почти у 45% во 2-й группе и в 3-й группе, несколько меньше — в 37% случаях — в 1-й группе. Только в 1-й группе зарегистрированы АВ- и СА-блокады.

Патология синусного узла диагностирована почти одинаково часто в 1-й и 3-й группах (56%), меньше — во 2-й группе (47%), проявляясь различными видами миграции основного водителя ритма у 33% — 38% пациентов, реже — АВ-диссоциацией — в 6%-4% случаев в 1-й и 2-й группах.

Парасимпатическая депрессия регистрировалась чаще во 2-й группе (у 17%), несколько меньше — в 1-й и 3-й группах (по 11%).

Органическая слабость СУ в 3-й группе не диагностирована ни у кого, в 1-й и 2-й группах — по 2% случаев.

Патология АВС чаще встречалась во 2-й группе (у 17%), здесь же больше всего пациентов со слабостью АВС — у 6% (против 4% и 0% в 1-й и 3-й группах соответственно); парасимпатическая депрессия АВС во всех группах колеблется около 10,3±0,7%.



Рис. 1. Выявленные на ЭФИ эктопические комплексы в группах обследованных больных, в %.

Как следует из рис. 1, нарушения автоматизма чаще выявлялись у больных с язвенными и рубцовыми изменениями ДПК (в 1-й и 2-й группах) — у 32% и 40% пациентов. В 1-й группе — преимущественно за счет желудочковой экстрасистолы, а во 2-й группе — суправентрикулярной. У 81% пациентов с язвой ДПК и у 66% больных с рубцовыми изменениями ДПК нарушения автоматизма существовали на фоне дисфункции и слабости СУ и АВС. У пациентов с язвой желудка выявлена только предсердная экстрасистолия (у 22%), причем у половины из них — на фоне неизменной функции синусного узла.

Пароксизмальные аритмии, инициированные на ЭФИ, представлены на рис. 2.



Рис. 2. Выявленные на ЭФИ пароксизмальные тахикардии в подгруппах больных, в %.

На рис. 2 видно, что тахикардии инициировались более чем у трети больных с обострением и ремиссией язвенной болезни ДПК. Пароксизмальная мерцательная аритмия инициирована у 25% в 1-й группе и у 23% — во 2-й группе (на фоне неизменной функции основного водителя ритма — только 8% в 1-й группе и 11% во 2-й группе), у остальных зарегистрирована АВ-узловая re-entry тахикардия. В 3-й группе пароксизмальные тахикардии выявлены у 22% больных: по 11% пароксизмальная мерцательная и АВ-узловая re-entry тахикардия, причем только на фоне дисфункции СУ.

Таким образом, менее чем у трети из обследованных нами пациентов с сочетанной патологией сердечно-сосудистой системы в виде нейроциркуляторной дистонии или миокардиодистрофии и язвенной болезни ДПК сохраняется нормальная вегетативная иннервация синусного узла, а при сочетании кардиальной патологии с язвенной болезнью желудка синусный узел остается интактен только у половины больных. В среднем у 74% больных с язвой в двенадцатиперстной кишке вегетативная дисфункция СУ сопровождается эктопическими нарушениями ритма, причем чаще в случаях обострения язвенной болезни. В среднем у 84,7% таких больных на фоне нарушения вегетативной регуляции проводящей и пейсмеркерной систем сердца регистрируются пароксизмальные нарушения ритма.

Резюме

Полученные данные доказывают взаимосвязь между состоянием гастро-дуоденальной зоны и нарушениями ритма сердца. Становится очевидной и общность патогенетических механизмов. Рекомендуется обязательное обследование аритмических больных методом фиброгастро-дуоденоскопии, особенно тех из них, у которых нет органической патологии сердца, для выявления внесердечных причин аритмий, язвенной болезни в частности, как возможной или единственной причины дисритмий, т.к. при этом меняется тактика ведения этих пациентов — на фоне патогенетической терапии язвенной болезни зачастую не требуется применение антиаритмиков. Такая категория больных должна динамически наблюдаться совместно кардиологом и гастроэнтерологом.

Литература

1. Антюфьев В.Ф., Архипов М.В., Подгорбунский А.Г., Ильиных Е.С., Копытов И.И., Гузовский Е.В. Роль гастродуоденальных заболеваний в развитии сердечных аритмий характера синдрома подавленного синусного узла // Клиническая медицина. — 1991. — N 2.

2. Антюфьев В.Ф., Гузовский Е.В., Подгорбунский А.Г. К вопросу о внесердечных причинах сердечных аритмий // Материалы IV Всероссийского съезда кардиологов. — Пенза. — 1991. — С. 8-9.
3. Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь: современные представления о патогенезе, диагностике, лечении. — М.: Медгиз. — 1987. — 285 с.
4. Кушаковский М.С. Аритмии сердца: Руководство для врачей. — С.-Петербург: Гиппократ. — 1992. — 554 с.

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Т.Г. Штанова, В.Ф. Антюфьев, А.М. Черднichenко, Л.Н. Будкарь,
С.Б. Чертополохова**

Хронические заболевания гастродуоденальной зоны у детей — хронический гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь — относятся к числу наиболее часто встречающейся патологии детского возраста [3]. Патологические изменения органов пищеварения, развиваясь в системе целостного организма, вызывают нарушения функционирования других органов опосредованно через вегетативную нервную систему [4]. В результате вегетативных и нейрогуморальных дисфункций происходят изменения электрофизиологических свойств пейсмекерной и проводящей систем сердца, приводящие к возникновению аритмий [1, 2].

В последние годы значительно возрос интерес к изучению аритмогенеза у взрослых людей с аритмиями без органической патологии сердца или по терминологии иностранных авторов, у пациентов со здоровым сердцем.

Цель исследования — выявить особенности функционального состояния синусного узла и проводящей системы сердца и установить характер нарушений ритма у детей с язвенной болезнью.

Пациенты и методики

Мы обследовали 16 детей 9–14 лет, страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, но без органической патологии сердца. При сборе анамнеза оказалось, что только трое больных из 16 предъявляли жалобы на кратковременные боли в области сердца, появляющиеся и проходящие спонтанно. Все дети указывали на наличие признаков вегетативной лабильности в виде повышенной раздражительности, непереносимости транспорта и душных помещений,