

ОСОБЛИВОСТ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ КАРДІОПАТІЇ ПРИ ПАРОКСИЗМАХ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Лозова Т.А., Книш Д.О.*

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології, * Сумська міська клінічна лікарня № 1

Фібриляція передсердь (ФП) реєструється у 0,5-1% популяції і є найбільш поширеною формою порушення серцевого ритму. Гемодинамічні впливи ФП при ішемічній хворобі серця (ІХС) пов'язані зі зменшенням коронарного резерву міокарда внаслідок тахісistolії і скорочення діастолі, що складає основу тахікардитичної кардіопатії і прогресування серцевої недостатності (СН).

Метою дослідження стала оцінка впливу пароксизмів ФП на показники кардіогемодинаміки та рівень прозапальних цитокінів у хворих з ішемічною хворобою серця та серцевою недостатністю. Обстежено 43 хворих, 25 чоловіків та 18 жінок, віком $60,8 \pm 2,7$ років з пароксизмами ФП на фоні стабільних форм ІХС та ознаками СН I-III функціональних класів (ФК) за NYHA. Контрольну групу склали 20 хворих на ІХС без порушень серцевого ритму. Концентрацію цитокінів ФНП- α та ІЛ-8 визначали методом твердофазного імуноферментного аналізу в момент виникнення пароксизму. Показники інтракардіальної гемодинаміки оцінювали на апараті «Sigma 1500 imagik» в «В» та «М» режимах. Наявність пароксизмів ФП у хворих на ІХС супроводжувалось достовірним збільшенням ФК СН ($2,47 \pm 0,06$) в зрівнянні з контрольним показником ($2,08 \pm 0,07$; $p < 0,05$). При ЕХО-кардіоскопії визначались достовірне збільшення лівих камер серця в зрівнянні з хворими на ІХС без аритмічних ускладнень ($p < 0,05$): ЛП – на 10,2%, КСР – на 5,8%, КДР – на 6,3%, КСО – на 13,4% та КДО – на 8,9%, що супроводжувалось достовірним зменшенням скоротливості ЛШ та зниженням ФВ на 6,8% ($p < 0,05$). Під час пароксизму ФП концентрації ФНП- α (35,4%, $p < 0,05$) та ІЛ-8 (31,7%, $p < 0,05$) значно перевищували показники контролю. За даними кореляційного аналізу встановлено прямі зв'язки середньої сили між ФНП- α та ІЛ-8, відповідно, з одного боку та тривалістю пароксизму ФП ($r = 0,32$; $r = 0,28$; $p < 0,05$), діаметром ЛП ($r = 0,55$; $r = 0,58$; $p < 0,05$), КСР ($r = 0,76$; $r = 0,52$; $p < 0,05$) КДР ($r = 0,58$; $r = 0,55$; $p < 0,05$), КСО ($r = 0,8$; $r = 0,5$; $p < 0,05$) та КДО ($r = 0,57$; $r = 0,54$; $p < 0,05$) – з іншого. Крім того, виявлена достовірна зворотна залежність між рівнем ФНП- α та ФВ лівого шлуночка ($r = -0,67$; $p < 0,05$).

Таким чином, наявність пароксизмів ФП у хворих з ІХС та СН асоціюється з підвищенням концентрації ФНП- α та ІЛ-8, розвитком дилатації лівих камер серця, зниженням скоротливої активності лівого шлуночка. Характер патологічного ремоделювання лівого шлуночка має достовірний зв'язок з активністю прозапальних медіаторів, що супроводжується прогресуванням серцевої недостатності і погіршенням прогнозу таких хворих.