

ВПЛИВ ПОСТІЙНОЇ ФОРМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ НА ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Лозова Т.А., Сокол О.В.*

СумДУ, кафедра сімейної медицини з курсом ендокринології,

*Сумська міська клінічна лікарня № 1

Фібриляція передсердь (ФП) є частим супутником таких захворювань серцево-судинної системи, як клапанні вади, ішемічна хвороба серця (ІХС), артеріальна гіпертензія (АГ) та кардіоміопатії. Найбільш важливими наслідками такого поєднання є погіршення коронарного резерву міокарду, прогресування серцевої недостатності (СН) та розвиток тромбоемболічних ускладнень, що не тільки погіршують якість життя а й ставлять під сумнів прогноз виживання таких хворих.

Мета дослідження: визначення характеру змін показників кардіогемодинаміки і толерантності до фізичного навантаження (ТФН) у хворих з ФП на тлі стабільних форм ІХС, що ускладнена хронічною серцевою недостатністю (ХСН).

Обстежено 58 пацієнтів (30 чоловіків), у віці $55 \pm 3,6$ років, у яких було діагностовано ІХС та ХСН I-III функціонального класу (ФК) за NYHA. В основну групу ввійшло 32 хворих на ІХС з постійною формою ФП, в контрольну - 26 пацієнтів без порушень серцевого ритму. Обстежені не відрізнялись за віком, статтю, проявами ІХС супутньою патологією. Медикаментозна терапія включала β -адреноблокатори, інгібітори АПФ, дезагреганти, антикоагулянти, статини та антиангінальні засоби. Хворим з ФП для контролю частоти скорочень шлуночків додатково призначався аміодарон. ТФН оцінювали за результатами 6-хвилинного теста-ходьби (БТХ), показники кардіогемодинаміки визначали методом ЕХО-кардіоскопії.

Результати. У хворих з постійною формою ФП на тлі ІХС середня дистанція БТХ склала 238 ± 34 м, що було на 43% ($p < 0,05$) менше за аналогічний показник групи контролю (418 ± 46 м) і свідчить про значне зниження ТФН і більш високий ФК СН за NYHA в загальній групі. За даними ЕХО-КС у пацієнтів основної групи виявлено достовірне збільшення лівих камер серця порівняно з хворими без аритмічних ускладнень: ЛП – на 17,1% ($p < 0,05$), КСР – на 10% ($p < 0,05$), КДР – на 6,2% ($p < 0,05$), КСО – на 24,6% ($p < 0,05$), КДО – на 9,8% ($p < 0,05$), поряд з практично однаковим ступенем гіпертрофії МШП ($1,22 \pm 0,02$ см та $1,2 \pm 0,04$ см) і ЗСЛШ ($1,18 \pm 0,02$ см та $1,14 \pm 0,04$ см). Виражена дилатація порожнин у хворих з ФП супроводжувалась зниженням ФВ ЛШ на 9,4% ($p < 0,05$). Таким чином, наявність постійної форми ФП у хворих з ІХС спричиняє ремоделювання лівих камер серця з розвитком дилатації і падінням скоротливої здатності лівого шлуночка, що супроводжується погіршенням коронарного резерву міокарду, зниженням толерантності до ФН, та прогресуванням СН.