

УДК 616.12-008.3-616.126.42-0533.6

НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

М.В. Горемыкина¹, С.К. Турсумбекова², З.С. Тыныштыкова³, Л.М. Бакаева⁴

¹Государственный медицинский университет города Семей,

²КГКП на ПХВ «Консультативно-диагностический центр», г. Семей

³КГП на ПХВ «Экибастузская городская больница», г. Экибастуз

⁴КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

Тұжырым

ЖАС АДАМДАРДА ЖҮРЕКТИҢ ДӘНЕКЕР ТІНДЕРІНІҢ ДИСПЛАЗИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ ЖҮРЕК ҮРҒАҒЫНЫҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫ

Берілген мақалада жас адамдарда жүректің дәнекер тіндерінің дисплазиясы кезіндегі жүрек ырғағының бұзылыстары синдромы кезіндегі ЭКГ мәліметтері көрсетілген. Жүрек дәнекер тіндерінің дисплазиясы синдромы кезінде ЭКГ нормасынан ауытқу 55% жағдайларда кездеседі.

Summary

VIOLATIONS OF RHYTHM OF HEART AT CONNECTING TISSUE OF HEART AT PERSONS OF YOUNG AGE

In the article these electrocardiographies of persons of young age are presented with syndrome of connecting tissue of heart. At presence syndrome of connecting tissue of heart of there are one or another deviations from a norm on electrocardiography in 55% cases.

Синдром дисплазии соединительной ткани сердца (СДСТС), включающий пролапсы клапанов сердца, аневризмы межпредсердной перегородки и синусов Вальсальвы, выделен в классификации заболеваний сердечно-сосудистой системы Нью-Йоркской ассоциации кардиологов [1].

Проблема СДСТС является актуальной из-за высокой частоты распространения его в популяции. Так, распространенность пролапса митрального клапана (ПМК) среди населения достигает 20%, аномально расположенных хорд (АРХ) – 17% [1,2]. Кроме того, при ПМК и АРХ повышен риск развития ряда серьезных осложнений, таких как нарушения ритма сердца, инфекционный эндокардит, острые нарушения мозгового кровообращения и другие.

В последнее десятилетие особое внимание уделяют аритмиям, развивающимся на фоне ДСТС [3]. Клиническое значение аритмий различно: у одних пациентов нарушения ритма, вызывая кардиальный дискомфорт, могут сказываться на качестве жизни, существенно не влияя на прогноз; у других — зачастую вне четкой связи с субъективной переносимостью — могут носить потенциально жизнеугрожающий характер; в части случаев нарушения ритма и проводимости могут манифестировать внезапной сердечной смертью. Аритмический синдром входит в группу синдромов, определяющих танатогенез у лиц с ДСТ [4,5].

Задачей врачей при обнаружении СДСТС становится адекватная его интерпретация и оценка, что неразрывно связано с решением вопросов медицинской экспертизы (служба в армии, поступление в учебные заведения, занятия спортом и другие).

При обследовании лиц молодого возраста представляется целесообразным выделение двух типов аритмий [Козарев О.А., Богачев Р.С., 2004]: I - нестойких, не имеющих клинического значения, не влияющих на самочувствие больного и прогноз; и II - стойких аритмий, влияющих на состояние больного и имеющих прогностическое значение.

В I группу включают следующие нарушения ритма: наджелудочковые экстрасистолы, редкие желудочковые экстрасистолы (до 10 в час), миграцию водителя сердечного ритма, а также синусовую брадикардию и синусовую тахикардию, если они не проявляют себя клинически.

К II группе авторы относят следующие нарушения ритма: частые (более 10 в 1 мин) и политопные желудочковые экстрасистолы, пароксизмальные нарушения сердечного ритма (наджелудочковые и желудочковые тахикардии, мерцание и трепетание предсердий), синдром слабости синусового узла, синдром WPW, синдром CLC, поскольку он может сочетаться с латентным синдромом WPW.

Целью нашего исследования, в связи с вышеизложенным, явился анализ нарушений ритма сердца у лиц молодого возраста с СДСТС г.Семей.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты электрокардиографии (ЭКГ), проведенной лицам молодого возраста (всего 2872 человека). Для верификации СДСТС использовалась эхокардиография, которая была проведена 678 подросткам и лицам молодого возраста (534 юношей (79%) и 144 девушки (21%)). Средний возраст составил $19 \pm 0,8$ лет. Отметим, что половое различие в группах объясняется активным выявлением патологии у юношей по линии военкомата.

Результаты и обсуждение. В таблице 1 представлены результаты электрокардиографии у подростков, в основном у юношей. Как видно из таблицы, у 65% юношей ЭКГ данные были в пределах возрастной нормы.

Наиболее частыми изменениями были: нарушение внутриведущей проводимости, включая неполную блокаду правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ) (26,1%), синусовая тахикардия (ЧСС ≥ 90 уд/мин) -13,4%, нарушение процессов реполяризации желудочков (6,3%). Достаточно высоким оказалась частота синдрома CLC – 4,4%. Миграция водителя ритма зафиксирована у 1% призывников. Предсердная и желудочковая экстрасистолия встречались значительно реже (0,5% и 0,8% соответственно). АВ – блокады I степени выявлены у 1% призывников, причем большинства из них (78%) имелись малые аномалии соединительной ткани сердца (чаще АРХ). АВ – II степени отмечалась в единичных случаях у подростков с воспалительными заболеваниями миокарда.

Нарушение АВ – проводимости встречается достаточно часто у практически здоровых людей. У 1,6% здоровых летчиков встречается АВ – блокада I – степени. АВ – блокада II степени I типа часто наблюдается у лиц без сердечной патологии, особенно у спортсменов, а также во время сна.

Таблица 1 - Результаты ЭКГ у подростков.

Результаты ЭКГ	абс. число (n=2872)	%
Норма	576	20,0
Синусовая аритмия	1316	45,8
Тахикардия	385	13,4
Брадикардия	92	3,2
Нарушение внутрижелудочковой проводимости, включая НБПНПГ	749	26,1
Нарушение процессов реполяризации	182	6,3
Предсердная экстрасистолия	15	0,5
Желудочковая экстрасистолия	24	0,8
Синдром укороченного интервала PQ	125	4,4
Синдром W-P-W	2	0,07

В таблице 2 представлены данные ЭКГ у подростков с малыми аномалиями соединительнотканной дисплазии сердца.

У больных с ПМК в большинстве случаев регистрировались нарушения ритма сердца и проводимости. Синусовая тахикардия выявлена у 25,5% пациентов с ПМК. Брадикардия (ЧСС ≤ 40 уд/мин) встречалась у 5,5% подростков с ПМК. Желудочковая экстрасистолия отмечена у 5,9% лиц с ПМК, предсердная экстрасистолия - у 2,4% в. Синдром CLC - наиболее часто встречался при наличии APX в полости ЛЖ (7,4%), в то время как при ПМК данный синдром отмечен в 2,6% случаев.

Синдром WPW зафиксирован только у юношей с APX (0,3%). У лиц с APX с одинаковой частотой встречались предсердная и желудочковая экстрасистолия (2,8%). Наиболее частой находкой ЭКГ при всех проявлениях дисплазии сердца была синусовая аритмия: с ПМК - 35,7%, с APX - 45,2%, с ВПС - 38,5%.

Выявлены достоверные различия в развитии брадикардии (7,7%), нарушений внутрижелудочковой проводимости (28%) при наличии APX в сравнении с этими же показателями при ПМК (5,5% и 21% соответственно) ($p < 0,01$).

Таблица 2 - Результаты ЭКГ при отдельных видах синдрома дисплазии соединительной ткани.

ЭКГ	ЭхоКГ		Норма (n=38)		ПМК (n=133)		ПМК+APX (n=209)		APX (n=285)		ВПС (n=13)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Норма	7	18,4	30	22,5	36	17,1	47	16,5	1	7,7		
Синусовая аритмия	18	47,4	31	23,3	26	12,4	129	45,2	5	38,5		
Тахикардия	1	2,6	20	15,0 [€]	22	10,5	24	8,4	1	7,7		
Брадикардия	3	7,9	3	2,2	7	3,3	22	7,7 ^{###}	-	-		
Нарушение внутрижелудочковой проводимости	12	31,6	28	21,0	30	14,3	80	28,0 ⁺⁺⁺	5	38,5		
Нарушение процессов реполяризации	1	2,6	15	11,3	12	5,7	26	9,1	-	-		
Предсердная экстрасистолия	-	-	2	1,5	2	0,9	8	2,8	-	-		
Желудочковая экстрасистолия	1	2,6	6	4,5	3	1,4	8	2,8	-	-		
Синдром укороченного интервала PQ	-	-	6	4,5	3	1,4	21	7,4	1	7,7		
Синдром W-P-W	-	-	-	-	-	-	1	0,3	-	-		

Примечание:

* различия с данными ЭКГ при изолированном ПМК достоверны, $p < 0,05$

- различия с данными ЭКГ при всех видах ПМК (изолированный ПМК+ПМК в сочетании с ДХ) достоверны, $p < 0,01$

+++ - различия с данными ЭКГ при всех видах ПМК достоверны, $p < 0,001$

€ - различия с данными ЭКГ при изолированной ДХ достоверны, $p < 0,05$

В то же время при ПМК достоверно часто регистрировались синусовая тахикардия (15%), сравнении с данными изменениями ЭКГ при наличии APX (8,4%) ($p < 0,05$).

У лиц с отсутствием СТДС серьезных нарушений ритма и проводимости не выявлено.

Выводы.

1. В структуре электрокардиографических изменений у юношей призывного возраста преобладают: синусовая аритмия (45,8%), нарушение внутрижелудочковой проводимости, включая НБПНПГ (26,1%), тахикардия (13,4%).

2. При наличии СДСТС встречаются те или иные отклонения от нормы на ЭКГ в 55% случаев.

3. Наиболее часто встречающимися изменениями ЭКГ при ПМК является синусовая тахикардия (25,5%).

4. Наличие в полости желудочков APX сопровождается нарушениями внутрижелудочковой проводимости (42%), синусовой брадикардией (11%).

5. Желудочковая и предсердная экстрасистолии отмечены в 8,7% и 5,2% соответственно у пациентов с СДСТС.

Литература:

1. Boudoulas H., Kolibach A., Baker P. et al. // Amer. Heart J. - 1989. Vol 118. - P. 796-818.
2. Степура О.Б., Остроумова О.Д., Пак Л.С. и др. // Кардиология. - 1997. - №12. - С. 74-76.
3. Стародубцева М.С. Состояние кардиодинамики у детей с малыми аномалиями развития сердца // Вестник РГМУ. - 2005. - №3(42). - С.137.
4. Земцовский Э.В. Соединительнотканная дисплазия сердца/СПб.: ТОО «Политекст-Норд-Вест» - 2000. - 115 с.
5. Нецаева Г.И., Конев В.П., Викторова И.А., Шилова М.А., Друк И.В., Вершинина М.В. // Методология курации пациентов с дисплазией соединительной ткани семейным врачом в аспекте профилактики ранней и внезапной смерти // Рос. медицинские вести. - 2004. - №3. - С.25 - 32.