

ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ: ВОЗМОЖНОСТИ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА И БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ

Пензенский институт усовершенствования врачей, МСЧ-59, г. Заречный

Понятие «острого коронарного синдрома» (ОКС) получило распространение во второй половине 80-х годов, в это определение входят нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда (ИМ) без зубца Q, ИМ с зубцом Q и внезапная сердечная смерть (ВСС). Широкое применение тромболитической терапии (ТЛТ) у больных с ОКС привело к снижению летальности и улучшению прогноза. Наряду с этим возникает потребность объективизации результатов лечебного воздействия на факторы, определяющие электрическую нестабильность сердца (ЭНС), остаются нерешенными вопросы, связанные с оценкой факторов риска неблагоприятного исхода при использовании современных лекарственных препаратов и методов реваскуляризации миокарда у больных с ОКС.

Цель исследования заключалась в анализе клинико-функциональных показателей у больных с ОКС после реперфузионной терапии, возможности коррекции факторов высокого риска бета-адреноблокаторами.

Материал и методы. В исследование вошли 64 больных с ОКС, мужчин - 43, женщин - 21. Средний возраст составил $56,1 \pm 4,8$ лет. Пациенты рандомизированы на 2 группы по факту проведения ТЛТ. I группу составили 35 больных, поступивших в течение 8 ч от начала заболевания (болевого синдрома), которым была проведена ТЛТ стрептокиназой в дозе 1500000 ЕД. Во II группу вошли 29 больных ОКС, у которых тромболитический не был проведен в связи с наличием противопоказаний. Выполнялись неинвазивные инструментальные методы исследования, включающие ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, ХМ ЭКГ, эхокардиографию, регистрацию СУ-ЭКГ с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), временной и спектральный анализ показателей ВРС.

Результаты. При анализе характера течения ИМ обращает на себя внимание меньшая частота развития таких осложнений как ранняя постинфарктная стенокардия, острая левожелудочковая недостаточность в I группе в сравнении со II. При анализе частоты развития ХСН также прослеживается положительный эффект тромболитической терапии, соответственно 37% и 65,5%. За период наблюдения после стационара в I группе не регистрировались рецидивы ИМ, не выявлено признаков аневризмы левого желудочка у больных ИМ с зубцом Q. Частота регистрации желудочковых аритмий выше была во II группе в сравнении с I, соответственно 62% и 45,7%. Аналогичная тенденция сохранялась к концу первого месяца наблюдения - 52,7% во II группе и 20% в I группе, $\chi^2=3,7$, $p<0,05$. Частота регистрации ППЖ в I группе оказалась ниже, чем во II без ТЛТ: на 10-е сутки - у 11 (31,4%) пациентов, к концу госпитального периода - у 4 (11,4%), соответственно во II - 48,3% и 41,4%, $p<0,05$. У больных I группы летальность отмечена в 2 случаях, во II группе - в 7, $\chi^2=3,95$, $p<0,05$. Показатели ВРС у пациентов обеих групп I и II указывали на снижение тонуса парасимпатической нервной системы и нарушении защитного вагусного влияния на величину «порога фибрилляции». Применение β -адреноблокаторов обеспечивало коррекцию вегетативной регуляции сердечного ритма, блокируя триггерный фактор. Через 14 дней после лечения SDNN увеличилось с $24,5 \pm 3,6$ до $34,8 \pm 2,2$, $p<0,05$. Увеличение мощности отмечено в диапазоне HF с $42 \pm 4,2$ до $51 \pm 2,3$ при статистически значимом уменьшении в диапазоне LF с $62 \pm 2,4$ до $51,2 \pm 3,5$.

Выводы. Совершенно очевидно, что проведение ТЛТ и использование β -адреноблокаторов обеспечивает не только ограничение очага поражения, снижение летальности при последующем наблюдении, но и улучшение качества жизни (меньше вероятность развития ХСН, ранней постинфарктной стенокардии, желудочковых аритмий).