© М. В. Новикова, 2014

УДК 616-007.17-018.2:616.12-008.318

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2014.09028>

ISSN – 2073-8137

СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА И ВЫБОР КЛИНИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И АРИТМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

М. В. Новикова

Краевой клинический кардиологический диспансер, Ставрополь

Нарушения ритма и проводимости у пациентов с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) регистрируются в 31,7–64,4 % случаев [1, 3]. Результаты ЭКГ покая, холтеровского мониторирования, чреппищеводного электрофизиологического исследования (ЧП ЭФИ) свидетельствуют о существенном разнообразии аритмий: от вполне доброкачественного до потенциально жизнеугрожающего характера [2, 4]. Поскольку клиническое значение нарушений сердечного ритма у пациентов с ДСТ весьма неодинаково, наблюдение и лечение данной категории пациентов требует дифференцированного подхода. Перспективным представляется поиск взаимосвязи тяжести аритмического синдрома с диспластическим фенотипом.

Цель исследования: оптимизировать дифференциальную диагностику и стратификацию аритмического синдрома у пациентов с ДСТ на основе фенотипического анализа.

Материал и методы. Под наблюдением находились 116 пациентов (65 мужчин, 51 женщина, средний возраст 22,2±4,5 лет) с клиническими признаками ДСТ. Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте от 18 до 35 лет; наличие внешних и/или висцеральных признаков ДСТ; нарушения сердечного ритма и проводимости, в том числе в анамнезе. Критерии исключения: наследственные синдромы (Марфана, Элерса – Данлоса и др.), кроме синдрома ПМК; другая сердечно-сосудистая патология (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь, некоронарогенные заболевания миокарда, пороки сердца, травмы

грудной клетки и др.); острые и хронические в периоде обострения заболевания внутренних органов; нарушения со стороны центральной нервной системы; эндокринная патология; беременность и послеродовый период. Контрольную группу составили 15 здоровых людей без признаков ДСТ, сопоставимых по полу и возрасту. Всеми обследуемыми было подписано информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Осуществляли фенотипический анализ с выявлением внешних и висцеральных признаков наследственных нарушений соединительной ткани, эхокардиографию («Vivid-3», Израиль), ЭКГ в 12 отведениях («Shiller AT-1», Япония), холтеровское мониторирование ЭКГ («Кардиотехника-04», Санкт-Петербург). При статистическом анализе данных оценивали χ^2 , относительный риск (RR) и 95 % доверительный интервал (CI).

Результаты и обсуждение. У пациентов с ДСТ чаще определялись нарушения автоматизма в виде миграции водителя ритма по предсердиям (48,3 % случаев), одиночной и парной наджелудочковой экстрасистолы (85,3 и 56,9 % соответственно), одиночной и парной желудочковой экстрасистолы (62,9 и 30,2 %). Прогностически значимые аритмии (пароксизмальная наджелудочковая тахикардия (22,4 %), пароксизмальная фибрилляция предсердий (0,9 %), парная и групповая желудочковая экстрасистолы (30,2 и 16,4 % соответственно), нарушения синоатриального (СА) и атриовентрикулярного (АВ) проведения (12,9 и 14,7 %), паузы асистолии > 2,5 сек (11,2 %)) выявлены только в ходе холтеровского мониторирования ($p < 0,0001$). ЧП ЭФИ расширило спектр нарушений ритма и проводимости дисфункцией синусового узла (12,1 %) и СА-проведения (12,1 %), синдромом слабости синусового узла (2,6 %), синдромами WPW (9,5 %) и

Новикова Марина Викторовна, соискатель кафедры госпитальной терапии Ставропольского государственного медицинского университета, врач-аритмолог Краевого клинического кардиологического диспансера, г. Ставрополь; тел.: 89624460185; e-mail: mn17111967@mail.ru

CLC (1,7 %), дисфункцией АВ-соединения (8,6 %), дуализмом АВ-соединения (4,3 %).

Фенотип пациентов с аритмическим синдромом формировали астенический тип конституции (37,9 %; $\chi^2 = 6,9$, $p = 0,008$), сколиоз (38,8 %; $\chi^2 = 7,2$, $p = 0,007$), гипермобильность суставов (37,1 %; $\chi^2 = 6,7$, $p = 0,010$), сочетание пролапса митрального клапана с аномально расположенными хордами (83,6 %; $\chi^2 = 44,1$, $p < 0,0001$). Проаритмогенные влияния хронических очагов инфекции (тонзиллита, гайморита, бронхита, холецистита), а также язвенной болезни 12-перстной кишки и астеновегетативного синдрома достоверно чаще встречались в группе ДСТ с прогностически значимыми аритмиями (38,2 %, $p = 0,046$). Вполне очевидно, что указанные фенотипические особенности могут быть использованы как показания для проведения холтеровского мониторирования ЭКГ.

Для улучшения диагностики нарушений сердечного ритма и проводимости у молодых пациентов с ДСТ, в том числе определения показаний к ЧП ЭФИ, мы предприняли попытку поиска диспластических признаков, которые бы ассоциировались с конкретным видом аритмии,

в частности дисфункцией синусового узла, СА-проведения, АВ-узла, АВ-проведения и предвозбуждением желудочков. Оказалось, что наличие воронкообразной деформации грудной клетки (ВДГК) (RR = 1,7; 95 % CI 1,0; 2,7), атрофических стрий (RR = 1,7; 95 % CI 1,0; 2,7), плоскостопия (RR = 1,7; 95 % CI 1,0; 2,7) повышало риск выявления вегетативной дисфункции синусового узла и/или СА-проведения. ВДГК увеличивала и риск выявления дисфункции АВ-узла и/или АВ-проведения (RR = 1,6; 95 % CI 1,1; 2,5). Риск выявления синдрома предвозбуждения желудочков возрастал при наличии стрий (RR = 2,1; 95 % CI 1,1; 4,5) и плоскостопия (RR = 2,1; 95 % CI 1,1; 4,8).

Заключение. Определены некоторые особенности аритмий при различных диспластических признаках, что позволит существенно облегчить их диагностику. В случае выявления у данной категории пациентов каких-либо отклонений по данным суточного мониторирования ЭКГ – следует продолжать обследование, в том числе с применением метода ЧП ЭФИ для выявления нарушений ритма с потенциальной возможностью хирургической коррекции.

Литература

1. Нарушения ритма сердца при недифференцированной дисплазии соединительной ткани / Г. И. Нечаева [и др.] // Лечащий врач. – 2008. – № 6. – С. 43–47.
2. Ягода, А. В. Малые аномалии сердца / А. В. Ягода, Н. Н. Гладких. – Ставрополь : СтГМА, 2005. – 248 с.

3. The prevalence and clinical significance of mitral valve prolapse in childhood and adolescence / V. Papaioannou [et al.] // Eur. Heart J. – 2011. – Vol. 32 (Suppl. 1). – P. 1078–1078.
4. Predictors of ventricular arrhythmias in patients with mitral valve prolapse / Y. Turker [et al.] // Int. J. Cardiovasc. Imaging. – 2010. – Vol. 26. – P. 139–145.

References

1. Nechayeva G. I. et al.. *Lechazhii vrach*. – Doctor in charge of the case. 2008; 6:43–47.
2. Yagoda A. V., Gladkikh N. N. *Malye anomalii serdtsa*. Stavropol: «StGMA»; 2005. 248 p.

3. Papaioannou V. et al. *Eur Heart J*. 2011;32:1078–1078.
4. Turker Y. et al. *Int J Cardiovasc Imaging*. 2010;26:139–145.

**СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА И ВЫБОР
КЛИНИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ
С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
И АРИТМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**
М. В. НОВИКОВА

**RISK STRATIFICATION AND MANAGEMENT
THE PATIENTS WITH CONNECTIVE
TISSUE DYSPLASIA AND ARRHYTHMIC
SYNDROME**
NOVIKOVA M. V.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, аритмический синдром, тактика ведения

Key words: connective tissue dysplasia, arrhythmic syndrome, management