



ГОСУДАРСТВЕННАЯ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С И БЕЗ ОБСТРУКЦИИ ВЫНОСЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА



ПОДГОТОВИЛА: КУЛИКОВА С.О., ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ ГБУ «ГКБ №2
«ЭНЕРГЕТИК» Г. ДОНЕЦКА»

НАУЧ. РУК.: ДОЦ. ТАРАДИН Г.Г.

V Международный медицинский форум Донбасса «Наука побеждать... болезнь»

г. Донецк. 11-12 ноября 2021 г.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – генетически обусловленное заболевание миокарда, характеризующееся гипертрофией миокарда левого (более 1,5 см) и/или правого желудочка, чаще асимметрического характера за счёт утолщения межжелудочковой перегородки (МЖП), что не может объясняться исключительно повышением нагрузки давлением, и возникающее при отсутствии другого сердечного или системного заболевания, метаболического или полиорганного синдрома, связанного с гипертрофией левого желудочка.



Клинические рекомендации

Гипертрофическая кардиомиопатия

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **I42.1/I42.2**

Возрастная группа: взрослые

Год утверждения:

2020

АКТУАЛЬНОСТЬ

- Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространенная устойчивая аритмия среди пациентов, страдающих ГКМП.
- Встречается в 14-28% случаев, а у лиц старше 70 лет её частота достигает 40%.
- У больных с ГКМП ФП утяжеляет клиническую картину кардиомиопатии, плохо поддается лечению, увеличивает риск развития инсульта, повышает уровень общей смертности, способствует прогрессированию сердечной недостаточности (СН) и ухудшает качество жизни.
- В целом, больные с ГКМП и ФП имеют неблагоприятный прогноз, особенно в сочетании с обструкцией выносящего тракта левого желудочка (ВТЛЖ) и возрастом младше 50 лет.
- Данные о частоте встречаемости ФП и соотношении её форм при обструктивной и необструктивной ГКМП немногочисленные и варьируют.

Г.А. Игнатенко¹, Г.Г. Тарадин^{*1,2}, Н.Т. Ватутин^{1,2},
А.А. Калуга¹, Ю.Д. Костямин³

¹ — ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, Украина

² — ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», Донецк, Украина

³ — Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДоКТМО), Донецк, Украина

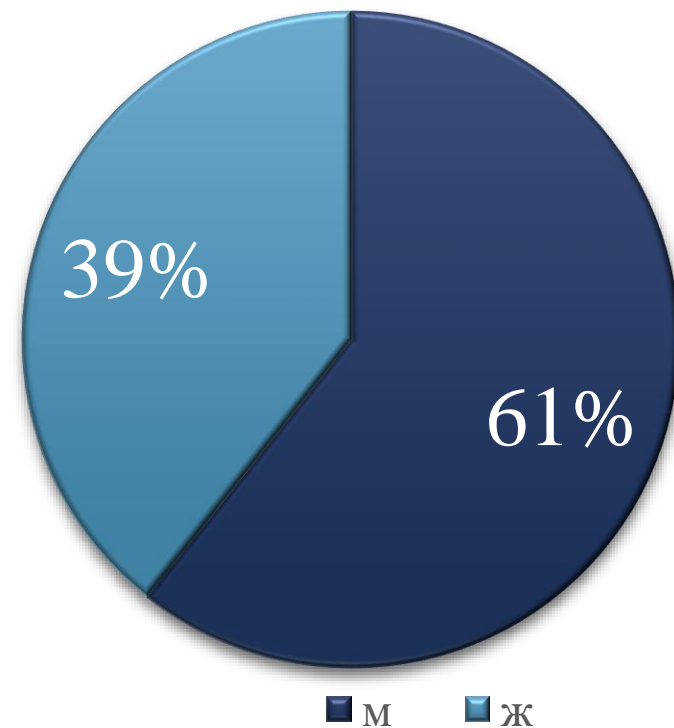
**ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ
ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ**

ЦЕЛЬ

- изучить распространённость фибрилляции предсердий и её форм у больных ГКМП с учетом наличия или отсутствия обструкции ВТЛЖ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

- Проведены ретроспективный анализ историй болезни и проспективное обследование всего 150 больных ГКМП.
- В возрасте от 18 до 88 лет, средний возраст – $61,9 \pm 12,9$ лет.
- Мужчин (м) – 91 человек (60,7%), женщин (ж) – 59 человек (39,3%, диаграмма).



МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

- Диагноз ГКМП устанавливался на основании определения с помощью двухмерной эхокардиографии гипертрофии МЖП при толщине любого сегмента ЛЖ ≥ 15 мм согласно клиническим рекомендациям МЗ Российского кардиологического сообщества 2020г.
- Обструктивная форма ГКМП определялась с помощью непрерывно-волновой доплерографии при градиенте давления в ВТЛЖ более 30 мм рт. ст. в покое или после стимуляции (физическая нагрузка).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Критерии включения:

- Возраст старше 16 лет;
- Устное или письменное согласие на проведение эхокардиографического исследования и обработку полученных данных.

Критерии исключения:

- Отказ от эхокардиографического исследования; неадекватное ультразвуковое окно;
- Артериальная гипертензия (эссенциальная или вторичная) > 1 стадии, > 1 степени;
- Стеноз аортального клапана; аортальная регургитация;
- Врожденные пороки сердца (не оперированные);
- Миокардит (острый или перенесенный в течение последних 6 мес.);
- Анамнестические данные об активной спортивной деятельности;
- Клинические или анамнестические данные о болезни Фабри-Андерсона, LAMP2-кардиомиопатии или болезни Данона, изолированном гликогенозе сердца или синдроме PRKAG2, амилоидозе сердца и др. эндокринных и метаболических заболеваний, способных вызывать утолщение либо гипертрофию стенок миокарда.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

- Анализ ЭКГ больных, выполненные в покое.
- 102 пациентам выполнено суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (Холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ).
- При выявлении ФП в дальнейшем ее классифицировали на основании клинических рекомендаций Европейского общества кардиологов, 2020г.

2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)

КЛАССИФИКАЦИЯ ФП

- **Впервые выявленная (диагностированная)** — ФП/ТП, которая не была диагностирована ранее, независимо от продолжительности аритмии или тяжести связанных с ней симптомов.
- **Пароксизмальная** — самостоятельно купирующаяся в большинстве случаев в течение 48 ч. Некоторые пароксизмы ФП/ТП могут продолжаться до 7 суток. Эпизоды ФП, купирующиеся кардиоверсией в течение 7 д, следует относить к пароксизмальной форме ФП/ТП.
- **Персистирующая** — ФП, которая длится более 7 дней, включая эпизоды, купирующиеся кардиоверсией или медикаментозно спустя 7 сут. и более.
- **Длительно персистирующая** — длительный эпизод ФП/ТП более 1 года при условии выбора стратегии контроля ритма.
- **Постоянная (перманентная)** — форма ФП/ТП, когда совместно пациентом (и врачом) принято согласованное решение не осуществлять попытки восстановления СР. Соответственно, проведение интервенционных вмешательств, направленных на контроль ритма, по определению не требуется. Однако если решение пересматривается в пользу стратегии контроля ритма, то аритмию следует классифицировать как длительно персистирующую ФП.



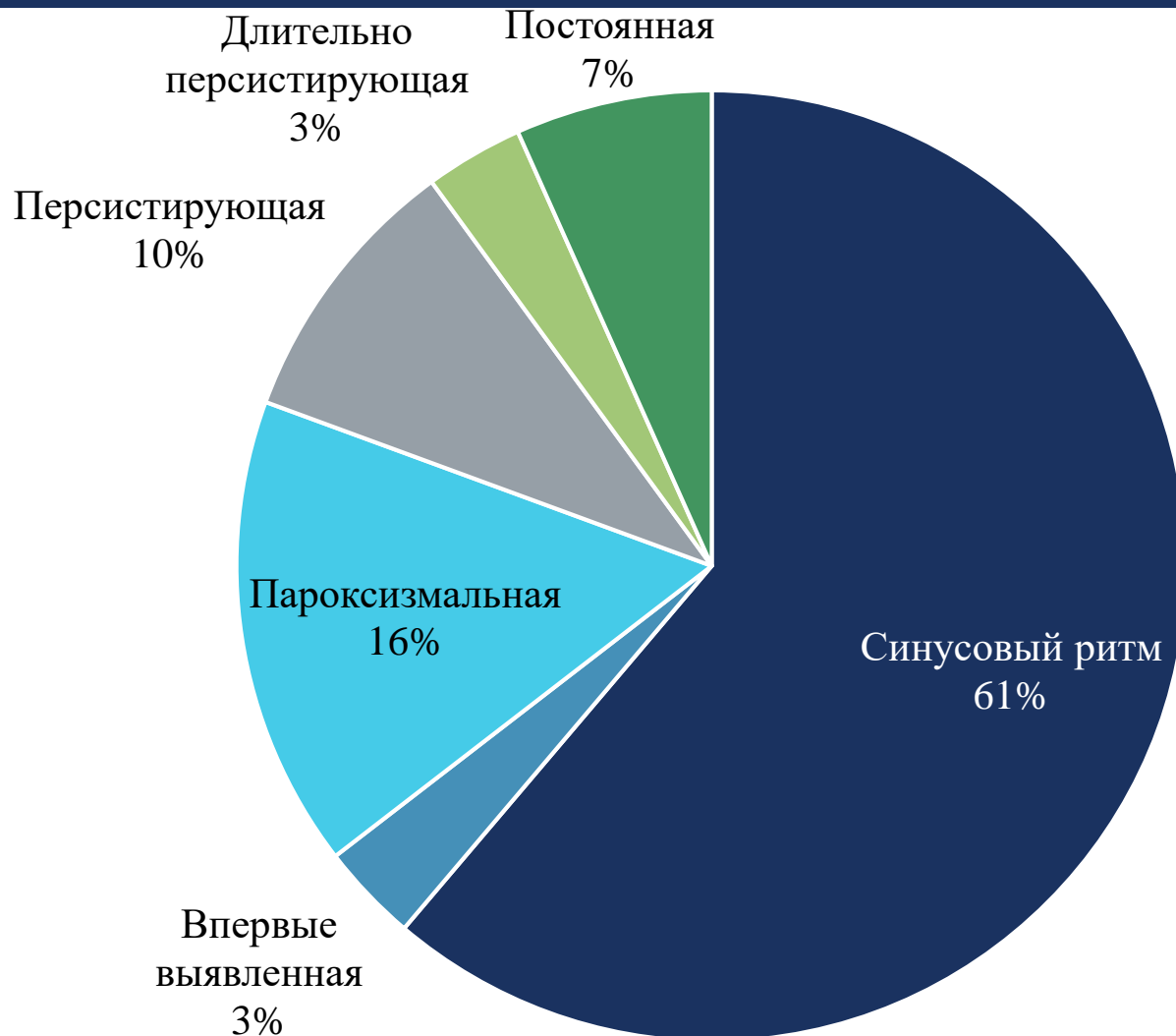
РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ



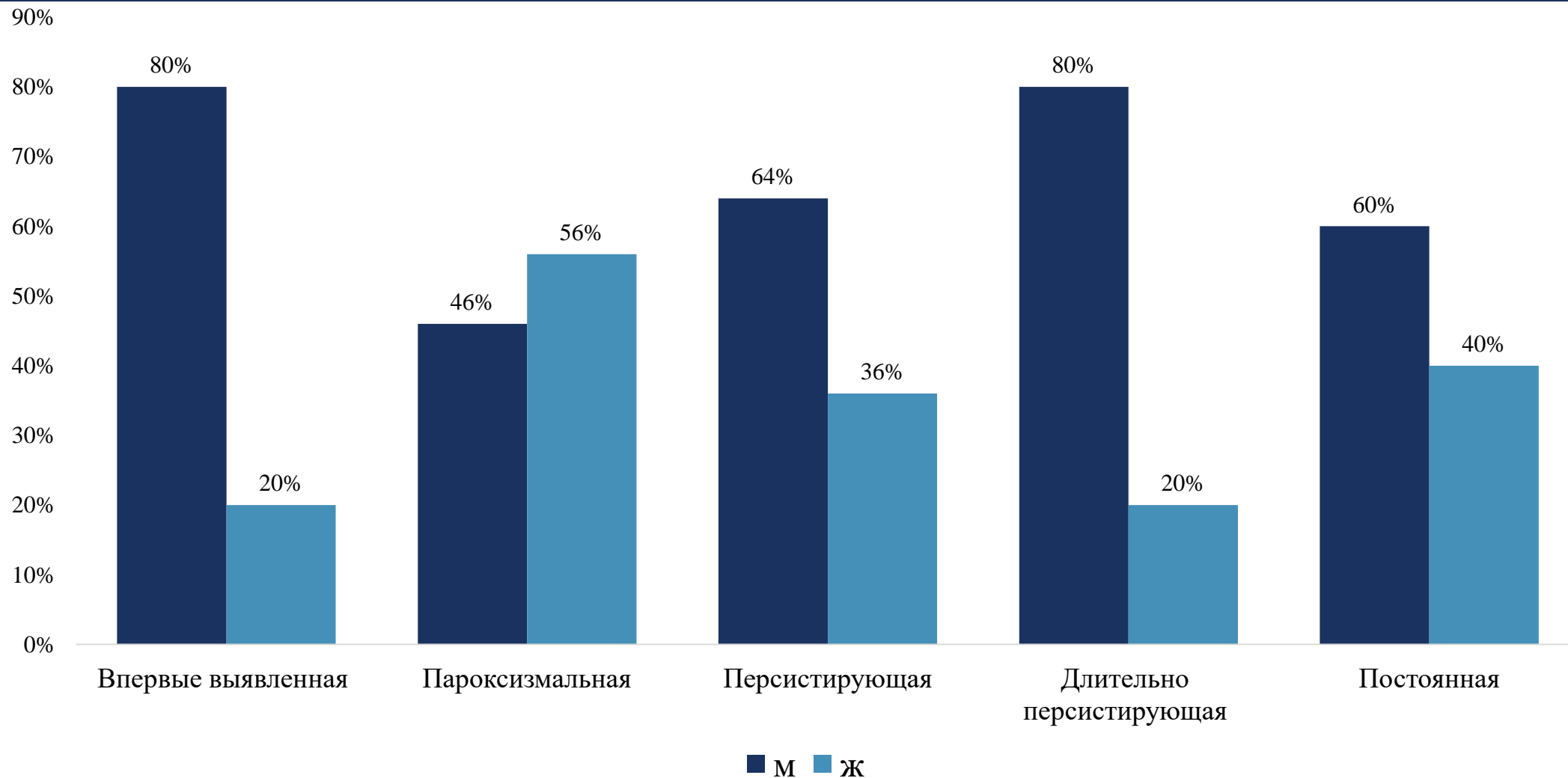
СВОДНАЯ ТАБЛИЦА ДАННЫХ

Количество больных с различными формами ГКМП, n (%)		Количество больных с различными формами ФП, n (%)				
		Впервые выявленная	Пароксизмальная	Персистирующая	Длительно персистирующая	Постоянная
Необструктивная ГКМП 47 (32%)		1 (8%)	5 (38%)	3 (23%)	0 (0%)	4 (31%)
Обструктивная ГКМП	в покое 59 (39%)	2 (7%)	12 (44%)	7 (26%)	4 (15%)	2 (7%)
	после стимуляции 44 (29%)	2 (11%)	7 (39%)	4 (22%)	1 (6%)	4 (22%)

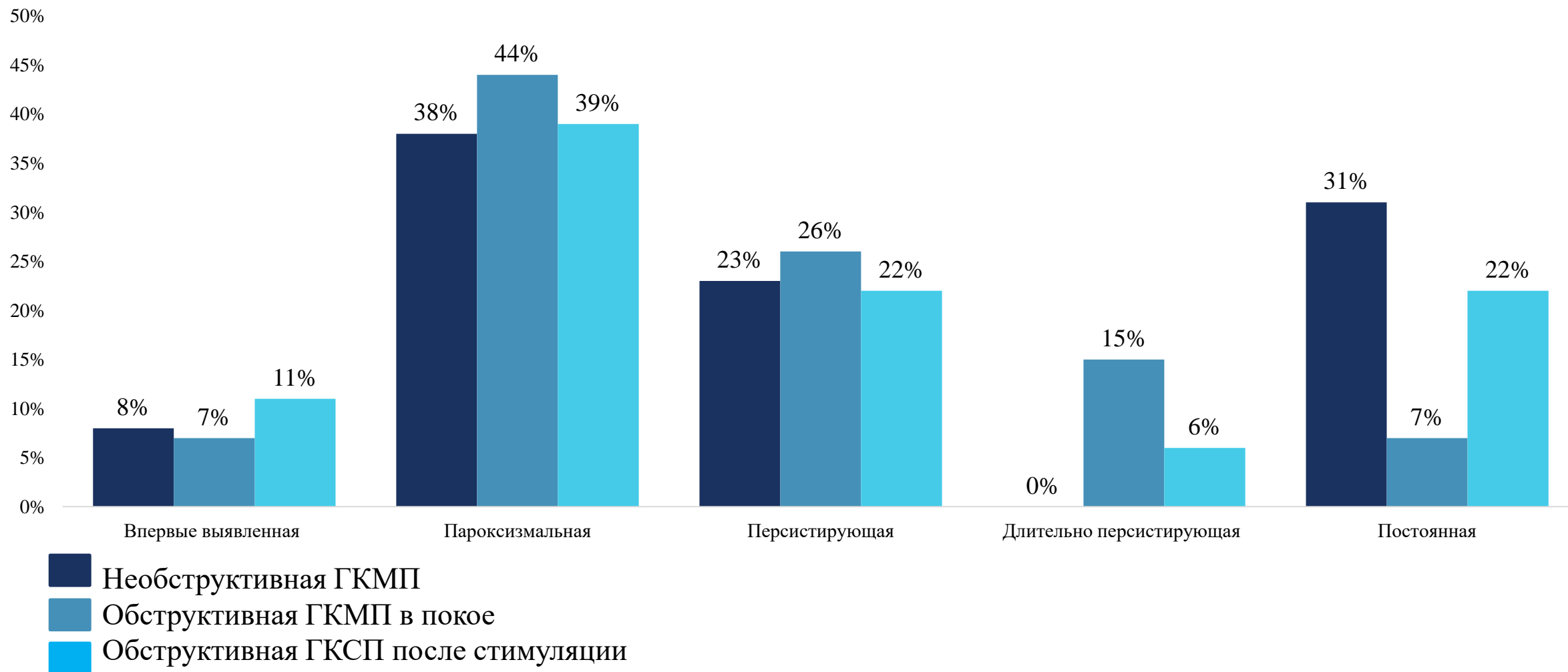
ПРОЦЕНТНОЕ СООТНОШЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНУСОВЫМ РИТМОМ И РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ФП



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФОРМ ФП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА БОЛЬНЫХ



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФОРМ ФП У БОЛЬНЫХ ГКМП



ОБСУЖДЕНИЕ

- Среди 150 больных 58 человек (39%) имели ту или иную форму ФП.
- Среди 47 больных необструктивной ГКМП ФП регистрировалась у 13 человек (28%). При этом, чаще встречалась пароксизмальная форма ФП (38%), преимущественно у женщин, и постоянная форма ФП (31%) с одинаковой частотой у мужчин и женщин.
- У 59 больных ГКМП, имеющих обструкцию в покое, ФП отмечалась у 27 человек (46%). Наиболее часто встречалась пароксизмальная форма ФП (44%), преимущественно у мужчин, и персистирующая форма ФП (26%) с небольшим различием частоты встречаемости между мужчинами и женщинами.
- При обструктивной ГКМП после стимуляции (44 человека) имели ФП 18 человек (41%). Чаще других форм определялась пароксизмальная ФП (39%), преимущественно у женщин. Стоит отметить, что персистирующая и постоянная формы ФП с одинаковой частотой (22%) встречались у больных.

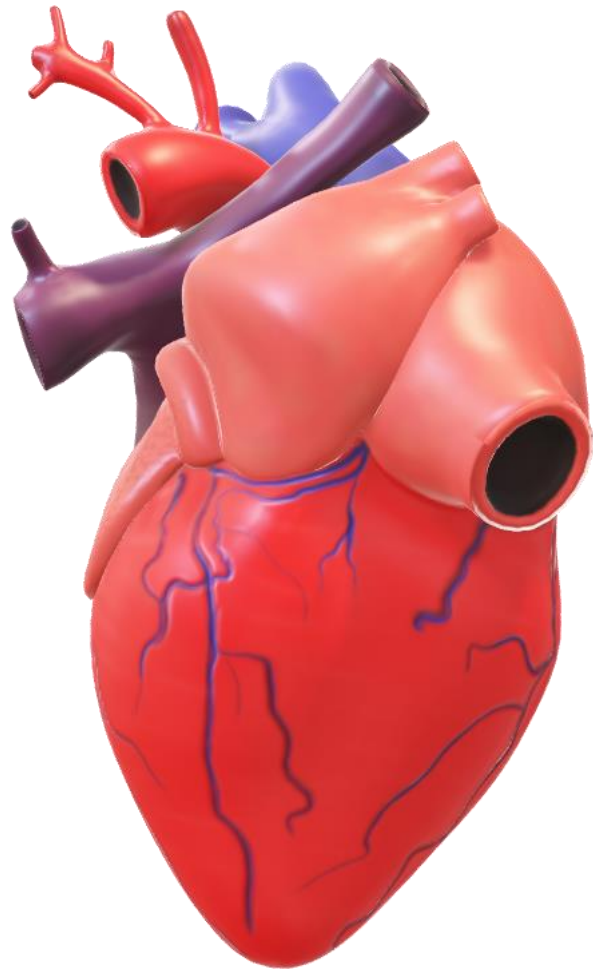
ОБСУЖДЕНИЕ

1- Siontis KC, Geske JB, Ong K, Nishimura RA, Ommen SR, Gersh BJ. Atrial fibrillation in hypertrophic cardiomyopathy: prevalence, clinical correlations, and mortality in a large high-risk population. *J Am Heart Assoc.* 2014 Jun 25;3(3):e001002. doi: 10.1161/JAHA.114.001002.

2 - Tuluze K, Tuluze SY. Predictors of Atrial Fibrillation Risk in Hypertrophic Cardiomyopathy. *J Atr Fibrillation.* 2015 Feb 28;7(5):1200. doi: 10.4022/jafib.1200.

- В целом, у женщин чаще, чем мужчин отмечается пароксизмальная форма ФП.
- Возможно, такая высокая частота ФП при ГКМП обусловлена отчасти тем, что 102 больным выполнялось длительное мониторирование ЭКГ, что позволяло выявить даже короткие, часто асимптоматичные пароксизмы ФП.
- Небольшое количество больных также имеет влияние на полученные нами такие результаты.
- В исследованиях, в которых оценивали влияние обструкции ВТЛЖ или величину градиента ВТЛЖ на развитие ФП, были получены противоречивые данные. Так, в крупнейшем ретроспективном одноцентровом исследовании 3673 пациентов с ГКМП 650 имели ФП, которая чаще встречалась у пациентов с необструктивной ГКМП [1]. Напротив, S. Autore et al. предположили, что у более высокой доли пациентов с обструкцией ВТЛЖ развилась пароксизмальная или постоянная ФП по сравнению с пациентами без обструкции ВТЛЖ. Расхождение в этих исследованиях могло быть вызвано динамическим состоянием градиента ВТЛЖ [2].
- Невозможно оценить продолжительность и величину градиента ВТЛЖ, воздействию которому подвергается каждый пациент с ГКМП на протяжении всей своей жизни из-за динамической природы обструкции ВТЛЖ. Следовательно, нельзя с точностью сказать способствует ли обструкция ВТЛЖ ремоделированию ЛП и в дальнейшем развитию ФП.
- В дальнейшем, для прогнозирования развития ФП может оказаться учёт влияния продолжительности и степени митральной регургитации, так как вклад обструкции ВТЛЖ в ремоделирование ЛП может быть вызван результирующей митральной регургитацией при систолическом переднем движении митрального клапана.

ВЫВОДЫ



- По данным нашего исследования отмечается высокая частота ФП – у 39% больных.
- ФП чаще встречалась у больных с обструктивной формой ГКМП именно в покое, реже - при необструктивной ГКМП.
- Наиболее часто регистрируемой формой ФП у больных ГКМП как с обструкцией ВЛЖ, так и без таковой, является пароксизмальная форма ФП с небольшим преимуществом у женщин. Персистирующая и постоянная формы ФП выявлялись также довольно часто.
- Использование ХМ ЭКГ позволяет выявить а- и субклинические эпизоды ФП у больных ГКМП с основным СР, что подчёркивает важность использования метода для скрининга этой аритмии.



БЛАГОДАРИМ ЗА ВНИМАНИЕ!