



Зависимость минимальной суточной ЧСС и SDNN

Затем, в зависимости от результатов SDNN, были выделены три группы. Первая группа — 44 человека с SDNN 60 — 100, по литературным данным, соответствующая высокому риску внезапной смерти. Вторая группа — 120 человек с SDNN 110 — 160, по литературным данным, соответствующая норме. Третья группа — 98 человек с SDNN более 160 (в нашем случае 160 — 292), соответствующая высокой вариабельности ритма и превышающая средние нормальные показатели. Таким образом, критерий разделения на группы опирался на литературные данные о риске внезапной сердечной смерти.

**Результаты и их обсуждение.** Полученные результаты отражены в табл. 1, 2 и рисунке.

Т а б л и ц а 1

**SDNN и ЧСС**

| SDNN                      | Менее 100<br>(n=44) | 100—160<br>(n=120)    | Более 160<br>(n=98)   |
|---------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| Минимальная суточная ЧСС  | 64±9,2              | 55,3±7,9,<br>p<0,001  | 46,7±7,3,<br>p<0,001  |
| Максимальная суточная ЧСС | 137,8±21,6          | 138±16,5,<br>p>0,05   | 134,5±17,9,<br>p>0,05 |
| Средняя суточная ЧСС      | 106,5±32,8          | 101,8±28,4,<br>p>0,05 | 92,8±19,<br>p<0,05    |

Т а б л и ц а 2

**Корреляция ЧСС и SDNN**

| Параметр                  | ЧСС<br>(n=262) | Коэффициент корреляции (r) |
|---------------------------|----------------|----------------------------|
| Минимальная суточная ЧСС  | 53,5±8,6       | -0,74                      |
| Максимальная суточная ЧСС | 136,6±17,9     | -0,09                      |
| Средняя суточная ЧСС      | 95,2±17,2      | -0,19                      |

**Выводы.** Показатель «минимальная суточная ЧСС», измеренная во время ночного сна, коррелирует с изменением суточного SDNN (r=-0,74). То есть повышение минимальной ЧСС более (64±9,2) уд/мин соответствует снижению SDNN (60—100), являющимся, по литературным данным, прогностически неблагоприятным фактором внезапной смерти.

Таким образом, при отсутствии программы для анализа вариабельности сердечного

ритма, для оценки риска внезапной смерти можно опираться на минимальную ЧСС во время ночного сна; чем она выше, тем выше риск внезапной смерти.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Fei, L. Heart rate variability and its relation to ventricular arrhythmias in congestive heart failure / L. Fei, P.J. Keeling, G.S. Gill // Br. Heart. J. — 1994. — Vol. 71. — P. 322—328.
2. Galmier, M. Depressed frequency domain measures of heart rate variability as an independent predictor of sudden death in chronic heart failure / M. Galmier, J. Fourcade, Ch. Androdias // Eur. Heart. J. — 1999. — Vol. 20 (suppl.). — P. 117.
3. Kruger, C. Heart rate variability enhances the prognostic value of established parameters in patients with chronic heart failure / C. Kruger, T. Lahm, C. Zuegk // Eur. Heart. J. — 1999. — Vol. 20 (suppl.). — P. 90.
4. Nolan, J. Relationship between heart rate variability and mode of death in chronic heart failure: results of the UK-HEART study / J. Nolan, R. Andrews, P. Brooksby // Eur. Heart. J. — 1997. — Vol. 18 (suppl.). — P. 577.
5. Pathak, A. Approach of the autonomic nervous system in chronic heart failure: is QT dynamicity better than heart rate variability? / A. Pathak, J. Fourecade, A. Castel // Eur. Heart. J. — 2000. — Vol. 21 (suppl.). — P. 331.
6. Ponikovski, P. Depressed heart rate variability is an independent predictor of death in patients with chronic heart failure / P. Ponikovski, S.D. Anker, T.P. Chua // Eur. Heart. J. — 1997. — Vol. 18 (suppl.). — P. 577.
7. Reunanen, A. Heart rate and mortality / A. Reunanen, J. Karjalainen, P. Ristola [et al.] // Eur. Heart. J. — 1997. — Vol. 18 (suppl.). — P. 595.
8. Tygesen, H. Heart rate variability measurements correlate with sympathetic nerve activity in congestive heart failure / H. Tygesen, G. Eisenhofer, M. Elam // Eur. Heart J. — 1997. — Vol. 18 (suppl.). — P. 592.

© О.В. Кашенко, Ю.В. Кашенко, 2010

УДК [616.12-008.318+616.839]-07-08:618.176-055.2

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСРЕГУЛЯТОРНЫХ АРИТМИЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

**ОКСАНА ВИКТОРОВНА КАЩЕНКО**, врач-кардиолог ГУЗ ВОКЦ ЛФК и СМ «Реабилитация», Воронеж [(4732) 521-522, e-mail: medpred\_ok@mail.ru]

**ЮЛИЯ ВИКТОРОВНА КАЩЕНКО**, врач-невролог ФГУЗ МСЧ ГУВД по Воронежской области, Воронеж [(4732)-511-741]

**Реферат.** Кардионеврология — интегральное направление в медицине, основной целью которого является исследование мозга при определенных заболеваниях сердца. В статье рассматриваются вопросы диагностики и лечения дисрегуляторных аритмий у женщин в постменопаузе как один из частных аспектов кардионеврологии. Сложность данной патологии объясняется многообразием неврологических проявлений, а также отсутствием единых подходов к терапии данных состояний. Комплексный алгоритм диагностики и терапии дисрегуляторных

аритмий у женщин в постменопаузе должен быть доступен для врачей общей практики ввиду частой обращаемости к ним данных пациентов.

**Ключевые слова:** дисрегуляторные аритмии, климактерический период, терапия, врачи общей практики.

## HABITS OF DIAGNOSTICS AND THERAPY OF DYSREGULATORY ARRHYTHMIAS IN WOMEN IN POSTMENOPAUSE

O.V. KASHCHENKO, YU.V. KASHCHENKO

**Abstract.** Cardioneurology — an integrated direction in the medicine main objective of which is brain research at certain diseases of heart. In the given article questions of diagnostics and therapy of dysregulatory arrhythmias in women in postmenopause as one of the private aspects in cardioneurology are discussed. Complexity of the given pathology is explained by the variety of neurologic displays, and also absence of uniform approaches to therapy of the given conditions. The complex algorithm of diagnostics and therapy dysregulatory arrhythmias in women in postmenopause should be accessible to general practitioners in view of frequent appealability to them of the given patients.

**Key words:** dysregulatory arrhythmias, climacteric period, therapy, general practitioners.

**Введение.** Благодаря современным диагностическим возможностям значительно расширились и углубились представления о тесной взаимосвязи между кардиальной и церебральной патологией. Сложилась целая система взглядов на взаимоотношения сердца и мозга, выделившаяся в отдельную дисциплину — кардионеврологию [1].

В то же время особый интерес для медицины представляет факт как половых, так и социальных различий в течении одних и тех же заболеваний, называемых гендерспецифическими. Актуальность этой проблемы связана с увеличением численности женщин старшей возрастной группы, в том числе женщин постменопаузального возраста, составляющих около 10% всей женской популяции, и с прогнозом дальнейшего ежегодного увеличения этой цифры. Определяя диагностическую и лечебную тактику однотипных заболеваний, необходимо учитывать гендерные особенности, прежде всего, это касается гормонального статуса [2]. Не вызывает сомнений взаимосвязь пола, гормонального статуса и развития сердечно-сосудистых заболеваний. До настоящего времени гендерспецифический подход пока был реализован только у женщин в рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, основанных на доказательных исследованиях (AHA Scientific Statement, Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women, 2004), и в большом когортном исследовании постменопаузальных женщин (Women's Health Initiative), выявившим независимый предиктор коронарных событий — повышенную ЧСС, причем более выраженная взаимосвязь прослеживалась у женщин более старшего возраста [3].

Учитывая возросшую частоту функциональных (дисрегуляторных) аритмий, центрально обусловленных и ассоциирующихся с первичной дезорганизацией высших отделов нейрогормональной регулирующей системы, данные нарушения ритма рассматриваются в контексте вегетативной дисрегуляции. Наряду с этим, климактерические расстройства, связанные с дисбалансом в вегетативной нервной системе, объясняются экстрагенитальной локализацией рецепторов к эстрогенам и прогестерону, располагающихся, в частности, в головном мозге. Абсолютно все органы и системы нашего организма находятся под постоянным нервно-гуморальным контролем. Индикатором отклонений, возникающих в регулирующих системах, является сердечный ритм [4].

В климактерическом периоде выделяют следующие фазы: переход к менопаузе (предменопауза), менопауза (диагноз ставится ретроспективно, через 12 мес после последней менструации), постменопауза (начинается с менопаузы и заканчивается в 65—69 лет). У 60—80% женщин в пери- или менопаузе могут возникать различные проявления эстрогенодефицитного состояния, или так называемые климактерические расстройства. Широко известны основные клинические проявления климакса: вазомоторные, эмоционально-психические и вегетативные расстройства. Чаще всего вегетативный дисбаланс выражается в усиленном потоотделении, сердцебиении, приступах головокружения [5]. Таким образом, вегетативный дисбаланс является основанием для включения в комплекс лечебных мероприятий вегетотропной терапии. Следует также учитывать, что привычный «клинический портрет», отражающий вегетативный дисбаланс, свойственен не всем пациенткам данной группы, поэтому необходимо руководствоваться результатами диагностических методов для оценки состояния вегетативной нервной системы (ВНС). Так как жалобы данных пациентов неспецифичны, а клинические проявления достаточно разнообразны, то обращаются они прежде всего к врачам общей практики. Это обуславливает использование доступных методов обследования и лечения, имеющихся в арсенале участковых и семейных врачей. Чаще всего (согласно литературным данным) для оценки деятельности ВНС применяют метод вариационной тахипульсометрии, основанный на записи пульсовой волны в течение 5—10 мин в зависимости от выраженности аритмии. Однако при кратковременных записях исследователь искусственно ограничивает число изучаемых регуляторных механизмов, сужает диапазон изучаемых управляющих воздействий [6].

**Цель исследования** — изучение особенностей клинического течения дисрегуляторных аритмий у женщин в постменопаузе, а также возможности терапевтической коррекции вегетативного дисбаланса и органической патологии сердечно-сосудистой системы у данных пациенток.

**Материал и методы.** В данной работе предлагается оценивать взаимодействие вегетативной и сердечно-сосудистой систем с помощью анализа вариабельности ритма сердца при проведении суточного мониторинга ЭКГ по Холтеру (комплекс суточного мониторинга ЭКГ «Кардиотехника», «ИНКАРТ» г. Санкт-Петербург) как с целью определения типа ве-

гетативной регуляции (ваго-, нормо- или симпатотония), так и с целью подбора необходимой медикаментозной терапии, а в последующем для контроля эффективности проводимой терапии и при необходимости для коррекции проводимого лечения. В зависимости от преобладания симптоматики и сопутствующей патологии проводились следующие исследования: осмотр глазного дна, УЗИ почек, РЭГ и УЗДГ магистральных сосудов головы и шеи. Пациентки с ожирением, заболеваниями щитовидной железы и другой тяжелой сопутствующей соматической патологией в исследование не включались.

Не секрет, что женщины в постменопаузе, предъявляющие жалобы на перебои в работе сердца, чаще обращаются к врачу терапевтического профиля и считают нежелательным назначение заместительной гормональной терапии гинекологами-эндокринологами. Препаратом, удовлетворяющим этим требованиям, является *грандаксин* — транквилизатор, обладающий селективной анксиолитической, вегетокорректирующей, стрессопротективной и мягкой психостимулирующей активностью. К несомненным достоинствам данного препарата относится его показание к назначению при климактерическом синдроме, а также доступность в общеврачебной практике.

Под нашим наблюдением на базе ГУЗ ВОКЦ ЛФК и СМ «Реабилитация» и ФГУЗ МСЧ ГУВД по ВО находилось 37 женщины в возрасте от 52 до 65 лет. Все предъявляли жалобы на перебои в работе сердца, чувство «замирания» сердца или приступы учащенного сердцебиения. Все пациентки были в постменопаузе. Помимо жалоб на аритмию, беспокоили раздражительность, тревога, бессонница, чувство онемения конечностей, головные боли, шум в ушах, приливы.

**Результаты и их обсуждение.** При проведении суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру парасимпатикотония установлена у 17 пациенток, симпатикотония — у 12 и нормотония — у 8. Ишемические изменения сегмента ST, соответствующие II ФК стенокардии, зафиксированы у 10 пациенток, низкая толерантность к физической нагрузке — у 25 пациенток. Аритмический синдром, представленный ЖЭ высокими градаций, — у 7, сочетание ЖЭ и НЖЭ — у 10, приступы синусовой тахикардии — у 6 человек. Лечение было комплексным: все пациентки получали дезагреганты, при вегетативном дисбалансе назначался грандаксин по 50 мг 2 раза в сут в течение 2 мес, при аритмии — бета-блокаторы под адекватным контролем показателей гемодинамики, при ангинальных болях — нитраты. В каждом случае наблюдение прово-

дилось не менее двух месяцев с последующим контролем суточного мониторирования ЭКГ. Субъективное уменьшение выраженности вегетативных проявлений на 2-й нед исследования отметили 10 человек, к середине исследования — 17 пациенток, что проявлялось уменьшением эмоциональной лабильности, улучшением качества сна, исчезновением приступов удушья. Тенденция к стабилизации вегетативного статуса за счет уменьшения парасимпатической составляющей отмечена у 24 пациенток.

Все пациентки хорошо переносили лечение. Побочных проявлений, аллергических реакций зарегистрировано не было.

**Выводы.** Таким образом, особенностью течения дисрегуляторных аритмий у женщин в постменопаузе являются выраженные расстройства вегетативной регуляции на фоне гормонального дефицита. Комплексная терапия у пациенток данной возрастной группы с использованием грандаксина, дезагрегантов и антиаритмиков привела к уменьшению субъективной составляющей и уменьшению общего количества экстрасистол при проведении контрольного суточного мониторирования ЭКГ. Полученные данные свидетельствуют о нормализации вегетативного тонуса и, как следствие, позволяют говорить об улучшении качества жизни пациенток. Следовательно, правильные решения вопросов гендерной кардионеврологии возможны только при объединении усилий специалистов различных областей медицины, не последняя роль в решении этой проблемы отводится врачам общей практики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Верещагин Н.В.* [и др.] // Клиническая медицина. — 1991. — № 6. — С. 3.
2. *Вейн, А.М.* Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн. — М.: Медицинское информационное агентство, 2000.
3. *Hsia, J.* Resting heart rate as a low tech predictor of coronary events in women: prospective cohort study / J. Hsia, J.C. Larson, J.K. Ockene [et al.] // BMJ. — 2009. — № 7.
4. *Сметник, В.П.* Руководство по климактерию / В.П. Сметник, В.И. Кулакова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001 — 685 с.
5. *Балан, В.Е.* Возможности коррекции климактерических расстройств негормональными средствами / В.Е. Балан, Я.З. Зайдиева // Лечащий врач. — 2000. — № 5/6. — С. 24—27.
6. *Баевский, Р.М.* Методические рекомендации по анализу вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиологических систем / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов, Л.В. Чирейкин // Вестник аритмологии. — 2000. — № 4.

© И.И. Камалов, И.В. Гуляева, Р.Р. Ахмадеев, 2010

УДК 617.7-02:616.441-085.849.1

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

**ИЛЬДАР ИСХАКОВИЧ КАМАЛОВ**, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой лучевой диагностики ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

**ИННА ВЛАДИМИРОВНА ГУЛЯЕВА**, ассистент кафедры лучевой диагностики ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава», врач-рентгенолог высшей категории, отделение радиологии ГУЗ РКБ МЗ РТ

**РУСТЭМ РАДИКОВИЧ АХМАДЕЕВ**, врач-рентгенолог высшей категории, отделение радиологии ГУЗ РКБ МЗ РТ

**Реферат.** Тактика лечения эндокринной офтальмопатии на современном этапе включает в себя медикаментозное, лучевое лечение (рентгенотерапию, радиойодтерапию) и их комбинацию, что более эффективно, а также хирургическое лечение. Подбор метода зависит от фазы заболевания и его длительности.

**Ключевые слова:** эндокринная офтальмопатия, экзофтальм, рентгенотерапия орбит.