

**АКТИВНАЯ ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ПРОБА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА:
ВЛИЯНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

ФГУ «Центр реабилитации ФСС РФ «Тараскуль», г. Тюмень,

**ФГЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» МЭ РФ, Ленинск-Кузнецкий*

Одним из факторов риска сердечной смерти после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) является дисфункция вегетативной нервной системы (ВНС), предполагающая преобладание симпатической активности над парасимпатической. Вариабельность сердечного ритма (ВСР), зарегистрированная в покое не всегда отражает истинный характер и уровень функционирования регуляторных систем, в том числе и ВНС. Возможной альтернативой может быть изучение изменений ВРС в ответ на простые, неинвазивные вегетативные тесты, такие как ортостатическая проба (ОП).

Цель исследования: оценить влияние клинических и гемодинамических параметров на изменение показателей спектрального анализа ВСР в ходе активной ОП у пациентов, перенесших ИМ.

Материал и методы. Обследовано 127 мужчин в возрасте (49,5±0,8 лет), через 44,2±3,2 дня после перенесенного ИМ. Проводились следующие исследования: активная ОП с оценкой ВСР методом спектрального анализа, эхокардиография (ЭхоКГ), велоэргометрия (ВЭМ) и тест с 6-минутной ходьбой (ТШХ), холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ.

Результаты исследования. По типу реакции на ОП больные разделены на группы: 1 группа (n=89) - увеличение отношения LF/HF в ходе пробы (адекватная реакция), 2 группа (n=38) - уменьшение LF/HF (патологическая реакция). По возрасту, давности ИМ, локализации, получаемой терапии группы с различным типом реакции достоверно не различались. Во 2-й группе было больше больных с трансмуральными ИМ, осложненными постинфарктной аневризмой (p=0,04), у них выше была средняя ЧСС при ХМ ЭКГ (p=0,004), ниже фракция выброса левого желудочка (p=0,05), больше размеры асинергии (p=0,005), а также размеры левого (ЛП) (p=0,0004) и правого предсердия (ПП) (p=0,002), объем ЛП (p=0,00005).

В исходном состоянии группы достоверно отличались отношением LF/HF, оно было существенно ниже в 1-й группе, чем во второй (соответственно, 1,6 и 3,5; p=0,0001), а также долей очень низких (VLF) частот в общей мощности спектра (47,9 и 56,0%; p=0,01), долей высоких частот HF% (23,4 и 12,8%; p=0,0003). Группы исходно не отличались по низкочастотному показателю LF% (24,0 и 26,5; p=0,29). У пациентов 1 группы в ходе ОП достоверно увеличилась общая мощность спектра (p=0,0003), а также VLF% (p=0,0002) и отношение LF/HF (p=0,00005). При этом достоверно снизился показатель HF% (p=0,000001). Показатель LF% достоверно не изменился. У пациентов 2 группы в ходе ОП общая мощность спектра не изменилась, произошло достоверное снижение отношения LF/HF (p=0,001), низкочастотного показателя LF% (p=0,0004), при этом достоверно увеличился HF% (p=0,03), показатель VLF% достоверно не изменился. Корреляционный анализ выявил, что динамика отношения LF%/HF% в ходе ОП связана с размерами ИМ (r=0,19), ЛП (r=-0,22), ПП (r=-0,23), объемом ЛП (r=-0,27), размерами асинергии (r=-0,19), средней ЧСС (r=-0,20), наджелудочковой экстрасистолией (r=0,20).

Таким образом, у значительного числа больных после перенесенного ИМ отмечается неадекватная реакция ВНС на ОП. На результаты пробы оказывали влияние тяжесть ИМ и его осложнений, размеры полостей сердца и исходное состояние ВНС в покое.