

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ АРИТМІЧНОГО СИНДРОМУ, АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ І ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Лаба В.В.; Чайка Н.М., студ. 5-го курсу

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

Екстрасистолія (Е) є найпоширенішою аритмією в клінічній практиці. Вона може істотно впливати на якість життя хворих, бути маркером структурно-функціональних змін міокарда та свідчити про загрозу виникнення небезпечних для життя аритмій серця.

Холтерівський моніторинг електрокардіограми (ХМ ЕКГ) є еталонним методом діагностики відносно нечастої Е, а також оцінки тяжкості передчасних шлуночкових чи надшлуночкових скорочень виявлених під час реєстрації ЕКГ, дозволяє здійснювати якісну та кількісну оцінку порушень серцевого ритму, точніше будувати програми лікування таких хворих. Ехокардіографія (ЕхоКГ) якісно оцінює внутрішню серцеву гемодинаміку.

Метою дослідження було вивчення поширеності Е, її походження, частоти, поєднання з іншими порушеннями ритму і провідності, співвідношення з окремими асоційованими станами і основними гемодинамічними параметрами за даними ХМ ЕКГ і ехокардіографії.

Матеріали і методи дослідження. Опрацьовано 22 історії хвороб пацієнтів хронічною ішемічною хворобою серця (ХІХС), II функціонального класу (ФК) хронічної серцевої недостатності (ХСН), що перебували на лікуванні в обласному спеціалізованому диспансері радіаційного захисту населення. Всім хворим проведено загально прийняті клінічні, лабораторні і інструментальні обстеження, що включали також і добовий моніторинг ЕКГ і двомірну ЕхоКГ.

Результати дослідження та їх обговорення. Обстежено 22 хворих з ІХС у віці від 47 до 74 років (середній вік 52,2 р.), чоловіків – 20 (90,9%), жінок – 2 (9,1%). Пацієнтів, що мали в анамнезі інфаркт міокарда було 7 (31,8%), ізолювана ІХС склала 7 (31,8%), а в поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ) – 15 (68,1%). Хворих АГ II стадії і II ступеня було 14 (87,5%), III стадії і III ступеня – 2 (12,5%) від всіх хворих з АГ. Гіперліпідемія і прозапальні маркери (фібриноген) мали місце відповідно у 12 (54,5%) і 10 (45,5%) випадків. Всі хворі відповідали II ФК ХСН за NYHA. Супутня фібриляція передсердь була у 3 (13,6%), АВ-блокада I ст. у 2, SA-блокада II ст. у 1 хворого. За даними ЕхоКГ гіпертрофія лівого шлуночка (ГШЛ) мала місце у 19 (86,3%), дилатація лівого передсердя реєструвалась у 3 (13,1%) хворих, діастолічна дисфункція відмічалась у 20 (90,9%), а систолічна дисфункція була у 1 (4,5%) хворого. В усіх пацієнтів реєструвалась Е різного ступеня частоти, походження і форми. Пацієнтів з комбінованою шлуночковою (ШЕ) і надшлуночковою (НШЕ) формами було 15 (68,1%), в 7 (31,9%) були ізолювані варіанти ШЕ і НШЕ. Часта Е (> 200) за добу, як ШЕ, так і окремо НШЕ була у 6 (27,2%) хворих, при цьому у всіх 6 вона мала походження НШЕ, а у 4 (18,1%) і ШЕ, тобто комбіноване. Дуже частою (> 5000) Е в добу реєструвалось у 1 пацієнта 61 р. з супутньою АГ, склавши 6917 ШЕ і 3589 НШЕ.

Висновки. 1. ХМ ЕКГ і ЕхоКГ є сучасними, неінвазивними, вискоєфективними методами діагностики аритмічного синдрому і синдрому ХСН. 2. Екстрасистолія є постійним симптомом ХІХС, в більшості випадків носить комбінований характер і поєднується з іншими аритміями і блокадами серця. 3. ГШЛ та діастолічна дисфункція міокарда за даними ЕхоКГ є проявом перш за все супутньої АГ, склавши 81,8% випадків і є підставою для призначення переважно бета-адреноблокаторів.