

**ЯКІСНА ТА КІЛЬКІСНА ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ЗА ДАНИМИ
ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ І П
ФУНКЦІОНАЛЬНИМ КЛАСОМ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ І ЇЇ
ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ**

Лаба В.В.; Федосеева Н.К., магістрант

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики

Холтерівське моніторування (ХМ) електрокардіограми (ЕКГ) дозволяє реєструвати останню без обмежень рухового режиму хворого протягом тривалого часу з наступним автоматизованим аналізом запису. Оцінюється загальна кількість екстрасистол (Е) за час спостереження, їх розподіл протягом доби, зв'язок з фізичним або емоційним навантаженням, числом серцевих скорочень (ЧСС), перехідними епізодами ішемії міокарду та ін. Цей метод дозволяє порівнювати циркадні зміни Е та ЧСС і відокремити тахі- та брадикардіальні форми Е.

Метою дослідження було вивчення ступеня частоти і форми Е, її співвідношення з періодом доби, віком пацієнта, можливими епізодами транзиторної ішемії міокарду у хворих з хронічною ішемічною хворобою серця (ХІХС), II функціональним класом (ФК) хронічної серцевої недостатності (ХСН).

Матеріали і методи дослідження. Здійснено дослідження ХМ ЕКГ протягом доби у хворих, що перебували на лікуванні в обласному спеціалізованому диспансері радіаційного захисту населення у 2009 році.

Результати дослідження та їх обговорення. Обстежено 22 пацієнта з ІХС у віці від 44 до 74 років (середній 52,5 р.), чоловіків – 20 (90,9%) і жінок – 2 (9,1%). Хворих з супутньою артеріальною гіпертензією було – 15 (68,1%), пацієнтів з післяінфарктним кардіосклерозом (ПІКС) – 7 (31,8%). Всі пацієнти відносилися до II ФК ХСН, з них I стадію хвороби мали 12 (54,5%), ІА – 10 (45,5%). У всіх хворих реєструвалися Е різного ступеня частоти і форми. Пацієнтів з поєднаною надшлуночковою (НШ) Е і шлуночковою (Ш) Е формами було 15 (68,1%), а в інших випадках була ізольована НШЕ – 3 (13,1%) і ізольована ШЕ – 4 (18,1%). Пацієнтів, що виходили за норму частоти Е було 6 (27,2%). У 1 хворого Е склали 10% від усіх серцевих скорочень за добу, що прогностично може вести до аритмогенної кардіоміопатії із збільшенням порожнини серця. Так, у цього хворого реєструвалось 6917 ШЕ і 3589 НШЕ, в тому числі були 33 епізоди ранніх Е за типом «R на T».

Порівняння циркадних змін кількості Е та ЧСС дозволяє відокремити тахі- та брадикардіальні форми Е.

В нашому дослідженні було 10 (45,5%) хворих з «вагусним» добовим типом розподілу Е, у 9 (40,9%) не виявлено зв'язку Е з періодом доби і ЧСС, у 2 (9%) мав місце «гектичний» тип розподілу Е зі значними їх кількісними коливаннями від години до години і в 1 (4,5%) випадку реєструвався «адренергічний» тип Е.

Висновки. 1. Добовий ХМ ЕКГ є сучасним методом вивчення електричної нестабільності міокарду. 2. «Вагусний» тип Е свідчить про мінімізацію органічного субстрату в аритмогенезі і не потребує активної антиаритмічної терапії. 3. «Гектичний» тип Е може свідчити про рецидивуючу ішемію міокарду. Незначна частка «адренергічного» типу Е може відповідати початковій стадії ХСН і наявним резервам міокардіальної функції. Названі два останні типи Е і значної частки тих хворих де не виявлено зв'язку Е з періодом доби і ЧСС потребують активної анти аритмічної терапії з метою попередження раптової серцевої смерті. 4. Взаємозв'язок між віком і частотою Е не зареєстровано.