

**ДІАГНОСТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ТРИВАЛОГО МОНІТОРИНГУ ЕКГ У ВИВЧЕННІ  
ПОШИРЕНOSTІ І СТРУКТУРИ АРИТМІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ  
ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**

*Лаба В.В., Лаба О.В.\*; Федосеева Н.К., магістрант*

*СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики,  
\*Міська клінічна лікарня лікарня № 8, м. Харків*

Порушення серцевого ритму відноситься до найпоширенішого синдрому в клініці внутрішніх хвороб. Ішемічна хвороба серця (ІХС) є найбільш суттєвим органічним субстратом для виникнення і перебігу цього стану.

**Метою дослідження** була оцінка діагностичних можливостей холтеровського моніторингу електрокардіограми (ЕКГ) у вивченні поширеності і структури аритмічного синдрому у стаціонарних хворих з хронічною ІХС (ХІХС).

**Матеріали і методи дослідження** включали проведення клінічних, лабораторних і інструментальних обстежень. Останні здійснювали реєстрацією ЕКГ-спокою і її аналізом. Тривалий моніторинг ЕКГ проводили за допомогою комп'ютерної системи «Dia Card» реєстратором ЕКГ/АТ модель 03500Р (АОЗТ «Сольвейт», Київ, 2005), тривалість моніторингу була такою: від 3 до 6 годин – у 29 (40,8%) пацієнтів, від 6 до 12 год. – у 11 (15,6%), від 12 до 24 год. – у 31 (43,6%). Діагностику артеріальної гіпертензії (АГ) проводили методом офісного вимірювання артеріального тиску (АТ) сфїгмоманометром, згідно загальностановлених критеріїв діагностики цієї нозології.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Обстежено 71 хворого віком 40-79 років (середній вік  $57,7 \pm 4,2$ ), чоловіків – 87%, жінок – 13%. Інфаркт міокарда в анамнезі був у 45%, супутня АГ – у 76%, серцева недостатність (СН) І ст. – у 42,4%, ІІА – у 57,6%. Хворі отримували стандартну терапію антиангінальними засобами, антиагрегантами, статинами, антигіпертензивне лікування і терапію СН за показаннями. Оцінювали серцевий ритм, його частоту, наявність і характер екстрасистол (Е), частоту епізодів і тривалість бради- і тахікардії, ступінь зміщення сегменту ST, наявність серцевих блокад. Синусовий ритм був зареєстрований у 87% хворих, фібриляція передсердь у 13%, надшлуночкова (НШ) Е у 93% пацієнтів, у тому числі ізольована у 86%, за типом бігемінії у 23%, тригемінії у 1,4%, серіями – у 23%, рання «R на T» - у 3%. Шлуночкова (Ш) Е зафіксована у 72%, в тому числі ізольована у 84%, за типом бігемінії у 26%, тригемінії у 14%, «R на T» - у 11 (15,4%). Зміни сегменту ST реєструвались у 59,1% хворих. Елевація сегменту ST відмічалась у 33,8% пацієнтів, депресія – у 25,3%, а поєднання елевації і депресії у 7%. Усереднений показник максимуму елевації склав 170,6 мкВ, а депресії – 135,5 мкВ. Епізоди тахікардії були у 56% пацієнтів, брадикардії у 44%, АВ-блокада І ступеня відмічена у 6%, блокада лівої ніжки пучка Гіса – у 11%, правої – у 8,5%.

**Висновки.** 1. У хворих ХІХС, особливо в поєднанні з АГ Е трапляється у 100%, переважно ізольована і НШ. Більше ніж у ¼ пацієнтів реєструвалася алоритмія, переважно у формі бігемінії. Відносно частою була рання ШЕ за типом «R на T» - 15,4%, що є предиктором фатальних аритмій. 2. Зміни сегменту ST за типом елевації не є абсолютною специфічною ознакою ішемії і трактовка їх вимагає стриманості. Відносно низькою отримано поширеність депресії ST у такого обтяжливого контингенту хворих. 3. Вищенаведені дані свідчать про високий ризик аритмічної смерті у пацієнтів з ХІХС і це потребує цілеспрямованої корекції аритмічного синдрому перш за все бета-адреноблокаторами, частині хворих аміодароном, постійне лікування синдрому СН і АГ.