

А.В. Березина, Е.А. Демченко, И.В. Новикова, М.И. Бутомо

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЛОЖНООТРИЦАТЕЛЬНОГО РЕЗУЛЬТАТА ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

НИИ кардиологии МЗ РФ им. В.А.Алмазова, ГМУ им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург

У больных стабильной стенокардией (СТ) напряжения с неизменной ЭКГ, способных выполнять физическую нагрузку (ФН), методом первого выбора является тестирование на велоэргометре (ВЭМ) или тредмиле. Однако, только холтеровское мониторирование (ХМ) позволяет оценить наличие, длительность, выраженность ишемии миокарда (ИМ), а также эффективность антиангинальных препаратов в условиях повседневной активности пациентов. ВЭМ и ХМ не исключают, а дополняют друг друга, позволяя получить наиболее полную информацию о больном. Тем не менее, рутинное использование ХМ (наряду с ВЭМ) у каждого пациента с ИБС экономически не оправдано и не подкреплено техническими возможностями большинства лечебно-профилактических учреждений. В связи с этим актуально выявление лиц, которым выполнение ХМ нецелесообразно, в частности, тех, у кого велика вероятность получения ложноотрицательного результата.

Цель работы: установить показатели ВЭМ, прогнозирующие ложноотрицательный результат ХМ.

Материал и методы. Проанализированы результаты ВЭМ и ХМ 25 больных (20% от 125 обследованных), у которых при выполнении ХМ отсутствовали эпизоды преходящей ИМ. У всех 25 пациентов имела место верифицированная ИБС, СТ напряжения I-III ФК. Методами верификации ИБС считались перенесенный ОИМ (15 чел. - 60%),

коронарография (5 чел. - 20%), стресс-эхокардиография (5 чел. - 20%). Возраст больных - 38-75 лет, длительность ИБС - от 2 до 13 лет. При ВЭМ ЭКГ регистрировали в 12 стандартных отведениях. ХМ выполнялось на приборе «Кардио-техника-4000» («Инкарт», Санкт-Петербург) с записью ЭКГ в отведениях V4m, Y, V6m в течение 24 часов. Все обследованные выполняли лестничную пробу несколько раз в разное время суток.

Результаты. Во время ХМ у 5 больных (20%) имели место приступы СТ при ФН, у остальных 20 (80%) отсутствовали как ЭКГ, так и клинические признаки ИМ (ложноотрицательный результат ХМ). Частота сердечных сокращений (ЧСС) при ФН (бытовые нагрузки, лестничная проба) составляла в среднем 100,8 уд/мин и только у 7 (28%) больных достигала субмаксимального уровня ($\geq 75\%$ от максимальной ЧСС). Большинство пациентов (18 чел. - 72%) сознательно ограничивали уровень своей активности из-за нежелания провоцировать СТ или из-за каких-либо других ощущений (одышка, сердцебиение, кардиалгии), кажущихся больным потенциально опасными.

При ВЭМ ишемическое смещение сегмента ST зарегистрировано у 15 больных (60%), при этом у 10 (40%) - в сочетании с приступом СТ. У 3 (12%) пациентов спровоцированный приступ СТ не сопровождался депрессией ST. В 7 случаях (28%) проба расценена как отрицательная. Средняя пороговая мощность у больных с положительной ВЭМ была 82,4 Вт (у 9 чел. - ≥ 90 Вт), средняя ЧСС в момент регистрации клинических и/или ЭКГ-признаков ИМ составила 119,7 уд/мин и была на 8-33 уд/мин (в среднем на 14,7) выше, чем пороговая при проведении ХМ ($p < 0,01$). Ишемические изменения ЭКГ у 9 больных регистрировались в отведениях II, III, AVF, V5, V6, у 6 - в V5-V6.

Выводы. Выявление ишемического смещения ST при ХМ маловероятно в случаях, когда при ВЭМ ЭКГ-признаки ишемии миокарда отсутствуют или провоцируются при пороговой мощности ≥ 90 Вт, при ЧСС ≥ 120 уд/мин и локализуются в отведениях II, III, AVF, V5, V6, а также при наличии у больных симптомов, не связанных с коронарной недостаточностью, но лимитирующих ФН.