

Л.И. Кардашевская, Н.Т. Ватутин, Е.С. Кардашевская, И.Н. Деревянко, В.А. Чупина
**БИФУНКЦИОНАЛЬНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ И АД У БОЛЬНЫХ С ОККЛЮЗИЕЙ СОННЫХ
АРТЕРИЙ И СИНКОПАЛЬНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В АНАМНЕЗЕ**

*Институт неотложной и восстановительной хирургии АМН Украины им. В.К.Гусака,
Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького*

Инсульт головного мозга как причина летальности длительное время занимает третье место среди всех заболеваний человека и характеризуется высокой инвалидизацией. Непосредственной причиной ишемии головного мозга, обуславливающей инсульт, в большинстве случаев являются поражения экстракраниальных артерий, в частности сонных артерий (СА). Это требует оптимизации хирургической тактики лечения патологии каротид с целью профилактики ишемических инсультов. Одним из важных аспектов является определение четких показаний к оперативным вмешательствам на экстракраниальных артериях. Часто в клинической картине больных со значимыми стенозами СА отмечаются артериальная гипертензия (АГ), головокружения и синкопальные состояния. Предоперационное обследование таких больных в клинике ИНВХ АМН Украины обязательно включает суточное мониторирование (СМ) ЭКГ и АД.

Цель исследования: оценить значимость СМ ЭКГ и АД для выявления возможных кардиальных причин синкопальных состояний у больных с клинически значимой окклюзией сонных артерий.

Методы исследования. Обследованы 32 больных с окклюзией > 65% одной или обеих СА различного генеза (мужчин - 18, средний возраст 49,1±3,6 года). 24 пациента (1 группа) страдали мягкой (МАГ) или умеренной (УАГ) артериальной гипертензией в сочетании с атеросклеротическим поражением аорты и СА, у остальных 8 обследуемых (2 группа) окклюзии СА сочетались с синдромом соединительнотканной дисплазии (СТД). Обследуемые не имели признаков нарушения систолической функции сердца. Всем пациентам на безмедикаментозном фоне проводилось доплерографическое исследование экстракраниальных сосудов, суточное мониторирование ЭКГ и АД (мониторы «Кардиотехника-4000 АД» фирмы «ИНКАРТ», Санкт-Петербург, Россия), ЭхоКГ («Acuson Aspen», США).

Результаты исследования. В процессе СМ ЭКГ и АД в обеих группах были выявлены нарушения ритма и проводимости. В 1 группе регистрировались пароксизмы наджелудочковой тахикардии (ПНЖТ) у 4 (16,7%) пациентов, наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ) в патологическом количестве у 4 (16,7%) пациентов, пароксизмы фибрилляции предсердий (ПФП) у 6 (25%), причем в 12,5% случаев отмечались паузы ритма свыше 2000 мс, желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) у 8 (33,3%) пациентов, в том числе высоких градаций - у 2 (8,3%). Во 2 группе обследуемых регистрировались в основном наджелудочковые аритмии: у 4 (50%) - НЖЭ в патологическом количестве с интермиттирующей аллоритмией и ПНЖТ, у 2 (25%) пациентов - синоатриальная блокада, у 2 (25%) - преходящая АВ-блокада I-III степени с паузами ритма свыше 3000 мс, у 1 больного преходящая блокада правой ножки пучка Гиса в сочетании с элевацией сегмента ST и удлинением интервала QT, у 2 (25%) - синусовая брадикар-

дия. Клиническими проявлениями и изменениями гемодинамики (головокружение, обморок, коллапс, одышка) сопровождалась ПНЖТ и ПФП, АВ-блокада II-III степени, синоатриальная блокада с паузами ритма свыше 3000 мсек. Впоследствии диагностированы синдром Бругада в 1 случае, синдром слабости синусового узла (СССУ) в 2 случаях. При анализе результатов СМ АД в 1 группе в зависимости от суточного индекса (СИ) больные были разделены на дипперов, нон-дипперов, найт-пикеров и овер-пикеров. Вариабельность АД у пациентов с УАГ и МАГ различалась: в группе с МАГ преобладали дипперы, поровну было нон-дипперов, найт-пикеров и овер-дипперов, тогда как среди больных с УАГ количество дипперов и нон-дипперов было одинаковым, не было пациентов с чрезмерным снижением АД в ночное время, зато число найт-пикеров увеличилось. Следует отметить значительную вариабельность систолического АД (САД) у больных 1 группы по сравнению с диастолическим АД (ДАД) в дневное время, которая у 1/3 обследуемых сопровождалась головокружением.

Выводы. СМ АД и ЭКГ у больных с атеросклеротической окклюзией сонных артерий продемонстрировало значительную вариабельность САД у пациентов с АГ и часто чрезмерное снижение АД в ночные часы, что коррелирует с опасностью развития инсультов. Синкопальные состояния у больных с атеросклеротической окклюзией СА могут быть обусловлены кардиальными причинами, среди которых ведущую роль играют ПНЖТ и ПФП. При окклюзии СА с сопутствующим синдромом СТД причиной синкопальных состояний могут быть синоатриальная либо АВ-блокада II-III степени, СССУ, пароксизмы аритмий, ассоциированных с аномалиями проводящей системы сердца и высоким риском внезапной смерти. СМ ЭКГ и АД является обязательным в предоперационном обследовании больных с окклюзией СА различного генеза для исключения возможных кардиальных причин синкопальных состояний и определения тактики дальнейшего ведения этих пациентов.