

И.П. Татарченко, А.Ю. Петранин, Н.В. Позднякова, О.И. Морозова
ВОЗМОЖНОСТИ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ И СИГНАЛ-УСРЕДНЕННОЙ ЭКГ В
ДИАГНОСТИКЕ РЕПЕРFUЗИОННЫХ АРИТМИЙ

Пензенский институт усовершенствования врачей, МСЧ-59, Пенза

Со времени первого применения тромболитической терапии (ТЛТ) в практическом здравоохранении при остром инфаркте миокарда (ОИМ) прошло около 40 лет. Многочисленные рандомизированные исследования показали, что стратегия основанная на тщательной оценке риска и на использовании современных лекарственных препаратов и методов реваскуляризации миокарда у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) может значительно улучшить как краткосрочные, так и долговременные исходы заболевания, продемонстрировали снижение летальности больных инфарктом миокарда при их использовании. Обратная сторона тромболитической терапии заключается в возможности развития реперфузионных желудочковых аритмий (ЖА).

Цель настоящего исследования состояла в оценке характера нарушений ритма и значимости показателей сигнал-усреднённой ЭКГ в прогнозировании злокачественных аритмий.

Материал и методы. В исследование было включено 64 больных с ОКС, мужчин - 43, женщин - 21. Средний возраст - $58,1 \pm 4,8$ лет. Структура исследования - рандомизированное контролируемое с параллельными группами, средняя продолжительность наблюдения 12 месяцев. I группу составили 35 больных, поступивших в течение 8 часов от начала заболевания (болевого синдрома), которым была проведена ТЛТ стрептокиназой в дозе 1500 000 ЕД. Во II группу вошли 29 больных ОКС, у которых тромболитическая терапия не была проведена в связи с наличием противопоказаний. Помимо клинико-лабораторного обследования выполнялись неинвазивные инструментальные методы исследования, включающие электрокардиографию в 12 общепринятых отведениях, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, эхокардиографию, регистрацию СУ-ЭКГ с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), временной и спектральный анализ показателей variability ритма сердца (ВРС).

Результаты. ЖА в течение 1-2 часа с момента поступления в стационар регистрировались в I и II группах с одинаковой частотой, соответственно 40% и 37,9%. На 6-7 часы после ТЛТ у 6 пациентов отметили появление желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) в виде куплетов, триплетов, у 3 из 6 больных короткие пробежки желудочковой тахикардии (ЖТ). У 2 из 35 пациентов I группы с ТЛТ увеличилось общее число ЖЭ за 1 час - с 40 ЖЭ в течение 1-2 часа до 115 ЖЭ в течение 6-7 часа. Во II группе динамика ЖА в течение 1-х суток оставалась относительно стабильной. На 10-е сутки частота регистрации ЖА выше была во II группе в сравнении с I, соответственно 62% и 45,7%. Аналогичная тенденция сохранялась к концу первого месяца наблюдения - 52,7% во II группе и 20% в I группе, $\chi^2=3,7$, $p<0,05$. Частота регистрации ППЖ после ТЛТ на 3-е и 8-е часы возросла с 68,6% (до тромболитизиса) до 85,7%, вновь выявлены ППЖ у 6 больных (17%). Во всех случаях с реперфузионными аритмиями (появления сложных форм ЖЭ у 6 больных и увеличения общего количества ЖЭ у 2) отмечено ухудшение параметров СУ-ЭКГ, что сопровождалось появлением ППЖ - в 5 наблюдениях ухудшились исходные количественные значения ППЖ, в 3 - ППЖ зарегистрированы впервые.

Выводы. В первые часы (7-8 часов) после системной ТЛТ увеличивается частота регистрации реперфузионных аритмий с выявлением ЖЭ высоких градаций. Ухудшение показателей СУ-ЭКГ, появление ППЖ позволяет прогнозировать реперфузионные ЖА. Применение комбинации неинвазивных, безопасных для пациента методик: СУ-ЭКГ с выделением ППЖ, анализ ВРС, ХМ ЭКГ способствует своевременному выделению предикторов неблагоприятного прогноза, формированию группы повышенного риска, предупреждает развитие тяжелых аритмических осложнений.