БЕЗБОЛЬОВА ІШЕМІЯ МІОКАРДА ТА ВЛАСНИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ ЕКГ ДЛЯ ЇЇ ВИЯВЛЕННЯ

Сеппі В.А., Кішко О.С., Носа М.М.

"Німа" або безбольова ішемія міокарда (ББІМ) є об'єктивним проявом ішемії, яка не супроводжується ангінозним болем або його еквівалентами, однак, при цьому спостерігаються ЕКГ ознаки ішемії, які вказують на дисбаланс між кількістю кисню, що потребує міокард, і його надходженням коронарними судинами[1, 5].

Підвищений інтерес до цієї проблеми пояснюється тим, що вона має пряме відношення до рівня смертності від ІХС [1.2.3]. Фактори, які впливають на формування больового синдрому при ІХС, можна поділити на дві великі групи: "механічного" характеру та "хімічно" природи. У відповідності до "механічної гіпотези", при ішемії міокарду больовий або безбольовий характер епізоду визначається ступенем розтягнення міокарду шлуночків. Однак, вираженність дилатації лівого шлуночка є необхідною, але недостатньою умовою виникнення приступу стенокардії [3]. Можливо, механічний фактор має модулюючий вплив на формування ноцицептивної відповіді при минаючій ішемії міокарду. Слідуючи твердженням "хімічної гіпотези", алгогенним субстратом в міокарді можуть бути специфічні хімічні речовини, які локально вивільнюються при його ішемії. На даний час єдиним ідентифікованим алгогенним стимулятором внутрікардіальних рецепторів є аденозин. Також вважають, що у деяких хворих больовий або безбольовий характер ішемічного епізоду визначається кількістю і/або чутливістю внутрікардіальних рецепторів до аденозину. Виникнення ББІМ може бути обумовлено також активністю антиноцицептивної (протибольової) системи, яка представлена як інтегральними міжнейронними зв'язками, так і ендогенними опіатами (ендорфіни, енкефаліни, дінорфіни), біогенними амінами (серотонін, гістамін, катехоламіни). Певну роль в генезі ББІМ відіграють також психологічні фактори. Таким чином, наявність або відсутність нападу стенокардії у хворих на ІХС обумовлена тісним зв'язком анатомофізіологічних і психологічних факторів.

Виділяють наступні клінічні групи, в яких ББІМ має особливо важливе прогностичне для життя значення:

1.Стабільна стенокардія.

2.Нестабільна стенокардія.

3.Стан після перенесеного інфаркту міокарда.

4. Порушення функції лівого шлуночка невстановленої етіології.

5.Особи, котрі перенесли раптову зупинку серця.

6.Спеціальні підгрупи хворих: хворі на цукровий діабет, сірінгоміелію, тощо.

Можливість безсимптомних пароксизмів, а також неспецифічність клінічних ознак серцевих нападів, схиляють до думки про обережність оцінки ефективності назначеної медикаментозної терапії у хворих на ІХС. У деяких хворих, які проходять курс лікування, приступи болю зникають, хоча безсимптомні зміни сегмента ST продовжують залишатися, а інколи частішають [2].

Сьогодні користуються наступними методами для діагностики ББІМ:

1 .Холтерівський моніторінг ЕКГ:

2. Стрес - ехокардіографія:

3.Сцинтіграфія міокарда:

4.Ядерно - магнітний резонанс:

5.Позитронно - емісійна томографія.

Виходячи з можливостей сьогоднішнього дня, методом, який з найбільшим ступенем діагностичної специфічності і чутливості при найменших матеріальних затратах, маючи при цьому максимальну діагностичну цінність у первинній діагностиці ББІМ, є холтерівський моніторінг ЕКГ. Беручи до уваги вище зазначене, в клінічних дослідженнях останніх років метод амбулаторного моніторування ЕКГ також використовують для об'єктивізації ефекту антиангінальної терапії. Отже, даний метод є єдиним доступним методом оцінки можливих змін ЕКГ ішемічного типу в реальних умовах побутово-професійної активності пацієнта.

Вважають, що ББІМ може мати місце у 5-7% хворих, котрі обстежуються на предмет ІХС [1,2]. Більш актуальною ББІМ є у пацієнтів, котрі мають ознаки ІХС чи перенесли гострий інфаркт міокарда. Відкритим залишається питання про кореляцію між факторами ризику ІХС та діагностованою ББІМ.

Метою нашого дослідження було встановити частоту, з якою зустрічається ББІМ серед пацієнтів, що обстежуються з приводу можливості наявності у них ІХС або факторів ризику ІХС.

Холтерівське моніторування ЕКГ проводилось протягом 24 годин з використанням системи моніторування фірми "Diagnostic Monitoring" (США) за принципом Full Disclosure та аналізом динаміки сегменту ST в кожному з трьох каналів реєстрації ЕКГ. Дана система має унікальні можливості безпе-

ребійного запису ЕКГ та інтегрального комплексного аналізу з інтерпритацією отриманих результатів. Критерієм наявності епізоду ішемії були відхиленя сегменту ST, що перевищували -1мм та +2мм, відносно базальної ліні": ЕКГ тривалістю більше 2 хвилин. Комп'ютерний аналіз здійснювався при допомозі програмного продукту Premier IV.

Обстежено 60 пацієнтів (45 чоловіки та 15 жінок) у віці 22-68 років (середній вік 57-7 років).

Моніторування проводилось в реальних умовах професійно-побутової активності пацієнтів. Окрім вказаного обстеження у всіх хворих проводилось опитування за методикою Rose, реєстрація ЕКГ спокою, велоергометрична проба, ЕхоКС апаратами Aloca SSD-720 та Toshiba SSH-60A, динамічний контроль артеріального тиску, при потребі - його добовий моніторінг, клінічні лабараторні дослідження.

На основі отриманих результатів констатовано, що епізоди ББІМ спостерігались у 3 із 60 пацієнтів, що становило 5% обстежених. Двоє з них мали об'єктивні критерії ІХС. В одному випадку ознак ІХС не було, однак наявними були два фактори її' ризику - гіперхолестеринемія та м'яка артеріальна гіпертензія. Цікавим є той факт, що результати велоергометричної проби у цих трьох пацієнтів були негативними. У зв'язку з виявленими епізодами ББІМ хворим проведено корекцію антиангінальної терапії, ефекивність якої контролювали повторним добовим моніторингом ЕКГ.

Грунтуючись на власному досвіді використання холтерівського методу ЕКГ, маємо підстави стверджувати, що вказаний метод е єдиним реально доступним для лікарської практики та ефективним методом діагностики ББІМ, яка зустічається у 5% пацієнтів, які обстежуються з приводу можливої чи достовірної ІХС. Сама ББІМ потребує призначення або корекції антиангінальної терапії, при цьому метод добового моніторування ЕКГ е найбільш ефективним методом динамічного контролю за її ефективністю.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кондратьев В.В., Бочкарева В.В., Кокурина Е.В. Безболевая ишемия миокарда. Современное состояние проблемы и клинически значимые аспекты ее развития // Кардиология. -1997. №2, с. 90-95.
2. Малая Л.Т. "Немая" ишемия миокарда. Патогенез, диагностика, лечение.(Часть 1,2)// Український кардіологічний журнал-1997,-№2, с 72-76.
3. Algra A., Tijssen J.G.P. et al. Heart rate varlebility from 24-hour electrografy and 2-year risk of sudden death // Circulation.-1993. V.88. p. 180-185.
4. Pieper S.J., Hammil S.C. Technic and investigational applications in cardiovascular medicine // Mayo Clin. Proc.-1985.:v.70. p. 955-964.
5. Rutishauser W., Roscamin H. Silent myocardial ischemia.- Munchen 1988. 250 p.

SUMMARY

SILENT MYOCARDLAL LXHEMLA AND PRIVATE EXPERLANCE OF HOLTER ECG MONITORING IN ITS EVALUATION

Seppi V.A., Kishko O.S., Nosa M.M.

Private data about the spreading of silent ishemia and the efficacy of holter ECG monitoring in its evaluation are given.

The corelation between silent ishemia and risk factors of coronary heart diseases in patients that were examined for CHD is set up. A very high diagnostic and practical value of of ECG monitorning is pointed out.