Ф.Х.Галяутдинова, Р.Н.Садретдинова, Ф.Х.Халитова, О.В.Булашова, С.Ю.Ахунова

СОПОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ И ПРОБ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ.

Межрегиональный клинико-диагностический центр, г. Казань

Холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ является широко распространенным методом функциональной диагностики, который всё чаще применяется в клинической практике. В настоящее время появились новые методики, позволяющие расширить диагностические возможности метода. Так, если в протокол ХМ ЭКГ включить физические нагрузки, по которым может быть рассчитан объём выполненной работы (ОВР), то ХМ может дополняться определением толерантности к физической нагрузке (ТФН).

Цель работы: выявление корреляционной связи между определением толерантности к физической нагрузке при холтеровском мониторировании и при пробах с дозированной физической нагрузкой.

Материал и методы исследования. Обследовано 44 пациента с предполагаемым диагнозом стабильной стенокардии напряжения. Всем им первоначально проводилось холтеровское мониторирование на системе «SCHILLER» МТ-200. В протокол исследования включались стандартизированные лестничные нагрузки, когда пациент отмечает время начала и окончания подъёма по лестнице в привычном для него темпе до 3 раз в сутки. По выполненной нагрузке определялся объём выполненной работы (ОВР) по формуле: ОВР = вес больного х высота ступени в метрах х число ступеней. В расчёт принимался наименьший ОВР, определённый за время мониторирования. ТФН и функциональный класс стенокардии определялись согласно рекомендациям НИИ кардиологии г. Санкт-Петербурга: ОВР < 200 кг∗м соответствует IV ФК, ОВР от 200 до 400 кг∗м - III ФК, ОВР от 400 до 1000 кг∗м - II ФК, ОВР > 1000 кг∗м соответствует I ФК. Этим же больным проводилась проба с дозированной физической нагрузкой на велоэргометре, аппарат «SCHILLER» МТ-100, по беспрерывно ступенеобразно возрастающей методике. ТФН определялась по пороговой мощности, при которой возникали приступ стенокардии и изменения на ЭКГ.

Результаты. У 28 пациентов (63,4%) не отмечено изменений ЭКГ как при ХМ, так и при проведении пробы с дозированной физической нагрузкой. У 16 пациентов при выполнении лестничных проб при ХМ выявлены ишемические изменения ЭКГ. По результатам ХМ I ФК стенокардии определён у 3 пациентов (18,7%), II ФК - у 8 пациентов (50%), III ФК - 3 пациентов (18,7%), IV ФК - у 2 пациентов (12,5%). По результатам ВЭМ проб ТФН, соответствующая I ФК, определена у 3 пациентов (18,7%), толерантность к физической нагрузке, соответствующая II ФК, определена у 9 пациентов (56%), толерантность к физической нагрузке, соответствующая III ФК, определена у 4 пациентов (25%). У 1 пациента (6,25%) с 3 ФК по результатам ХМ на ВЭМ пробе выявилась средняя ТФН, соответствующая 2 ФК и у 2 пациентов (12,5%) с 4 ФК по результатам ХМ на ВЭМ пробе определена ТФН, соответствующая 3 ФК. Таким образом, у 3 пациентов (18,8%) толерантность к физической нагрузке, определенная по результатам ВЭМ, оказалась на один функциональный класс выше, чем толерантность, определённая по результатам ХМ. Совпадение результатов двух методов исследования имело место у 13 пациентов в 81,2% случаев.

Таким образом определение толерантности к физической нагрузке при проведении холтеровского мониторирования позволяет оценить её, особенно в тех случаях, когда проведение проб с дозированной физической нагрузкой по каким-либо причинам затруднительно. В дальнейшем, сравнивая толерантность к физической нагрузке при холтеровском мониторировании на фоне терапии с исходной толерантностью, можно определить эффективность антиангинальной терапии.

Н.Н.Долгушина, Э.Г.Волкова.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования, Челябинск

Гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) является самостоятельным фактором риска развития сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, а также основным структурным изменением сердечно-сосудистой системы, которое повышает риск ишемической болезни сердца (ИБС) и инфаркта миокарда (ИМ), инсульта и застойной сердечной недостаточности, внезапной смерти и общей смертности [9]. Частота выявления гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) во многом зависит от используемого метода. ЭХО КГ является наиболее информативным и чувствительным методом ранней диагностики ГЛЖ. Известно, что маркером ГЛЖ является увеличение массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ). В настоящее время все больше уделяется внимание исследованию взаимосвязей между параметрами суточного профиля АД и поражением органов-мишеней при артериальной гипертензии (АГ), в частности с ГЛЖ.

Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) применяется в клинической практике для диагностики АГ и оценки эффективности проводимого лечения [1]. СМАД является единственным методом исследования, который позволяет получить наиболее полную информацию об уровне и колебаниях АД в течение суток, во время бодрствования и сна, выявить больных с недостаточным снижением АД в ночные часы, которые являются группой высокого риска развития поражения органов-мишеней [3].

Среди всех больных с повышенным уровнем АД большой процент составляют пациенты с наличием сопутствующей ИБС, именно эта категория лиц представляет собой основную группу пациентов высокого и очень высокого риска. В этой связи изучение роли ГЛЖ и ее влияние на суточные ритмы АД у лиц с сочетанием АГ и ИБС