

«Диагностика болезней системы кровообращения»





Жалобы

- Боли в грудной клетке
- Одышка, удушье
- Кашель
- Кровохарканье
- Отеки
- Боли в правом подреберье
- Увеличение живота
- Сердцебиение, перебои в работе сердца
- Головная боль, головокружение



Боли в грудной клетке

- Локализация?
- Характер?
- Иррадиация?
- С чем связаны?
- Продолжительность?
- Чем купируются?

Болевой синдром при ИБС

Характеристика боли	Стенокардия	Инфаркт миокарда
Локализация	За грудиной	Чаще за грудиной
Характер	Давящие, сжимающие, жгучие	Давящие, сжимающие, жгучие
Иррадиация	В левую руку, под лопатку, в шею	В левую руку, под лопатку, в шею
С чем связаны	С ФН, эмоциями	После ФН, стрессов
Продолжительность	До 20 мин.	Более 30 мин.
Чем купируются	Нитроглицерином	Наркотическими анальгетиками

Болевой синдром при другой патологии сердца

- Боли в области сердца, без четкой связи с ФН, колющего, ноющего характера, различной продолжительности (**ИЦД, кардионевроз, миокардит**)
- Очень интенсивные с иррадиацией в позвоночник, по ходу аорты (**расслаивающая аневризма аорты**)
- За грудиной, простреливающего характера, усиливающаяся при перемене положения тела, в течение нескольких дней (**перикардит**)
- За рукояткой грудины, постоянного характера, не зависящие от движения, волнения (**аортит**)



Боли в области сердца м. б. при:

- Поражении плевры,
- заболеваниях м/р мышц,
- заболеваниях м/р нервов,
- холецистите,
- язвенной болезни,
- раке желудка,
- диафрагмальной грыже



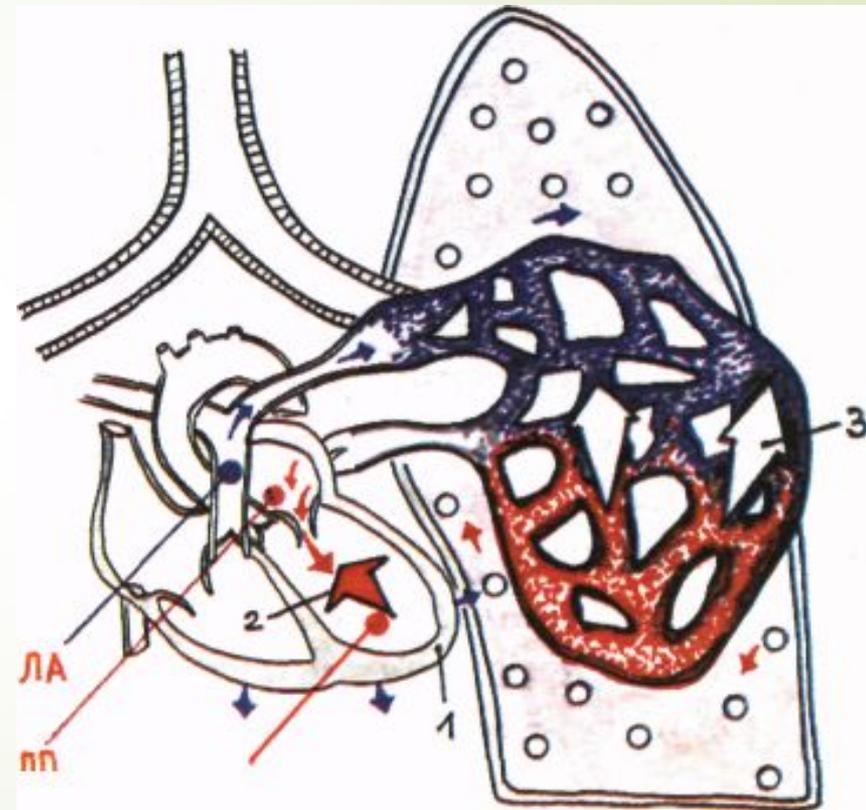
Синдром левожелудочковой сердечной недостаточности

- Инспираторная одышка
- Кашель (сухой или с выделением большого кол-ва мокроты розового цвета)
- Кровохарканье (мигральные пороки, ТЭЛА)
- Удушье (сердечная астма)

Одышка

□ Причины:

- резкое замедление тока крови через альвеолы;
- отек межальвеолярной стенки и повышение ригидности альвеол, что приводит к уменьшению их растяжимости;
- нарушение диффузии газов через утолщенную альвеолярно-капиллярную мембрану.
- Все это ведет к уменьшению газообмена в легких и раздражению дыхательного центра.



Кашель

- Возникает вследствие длительного застоя крови в легких, набухания слизистой бронхов и раздражения соответствующих кашлевых рецепторов.
- Для кардиальной одышки и кашля чрезвычайно характерно усиление (или их появление) в горизонтальном положении больного, при котором усиливается приток крови к правому сердцу, что способствует еще большему переполнению малого круга кровообращения кровью.

Удушье

- Связано с внезапно наступающей острой левожелудочковой СН, ведущей к интерстициальному или альвеолярному отеку легких.
- Для **интерстициального отека легких** (сердечная астма) характерны приступообразно наступающее удушье, положение ортопноэ, увеличение или появление в задненижних отделах легких влажных незвонких мелкопузырчатых хрипов.
- Для **альвеолярного отека легких**, сопровождающегося пропотеванием плазмы в просвет альвеол, а затем попаданием ее в бронхи и трахею, характерны внезапно наступающее удушье, клокочущее дыхание, пенистая розовая мокрота, крупнопузырчатые влажные хрипы над всей поверхностью легких.

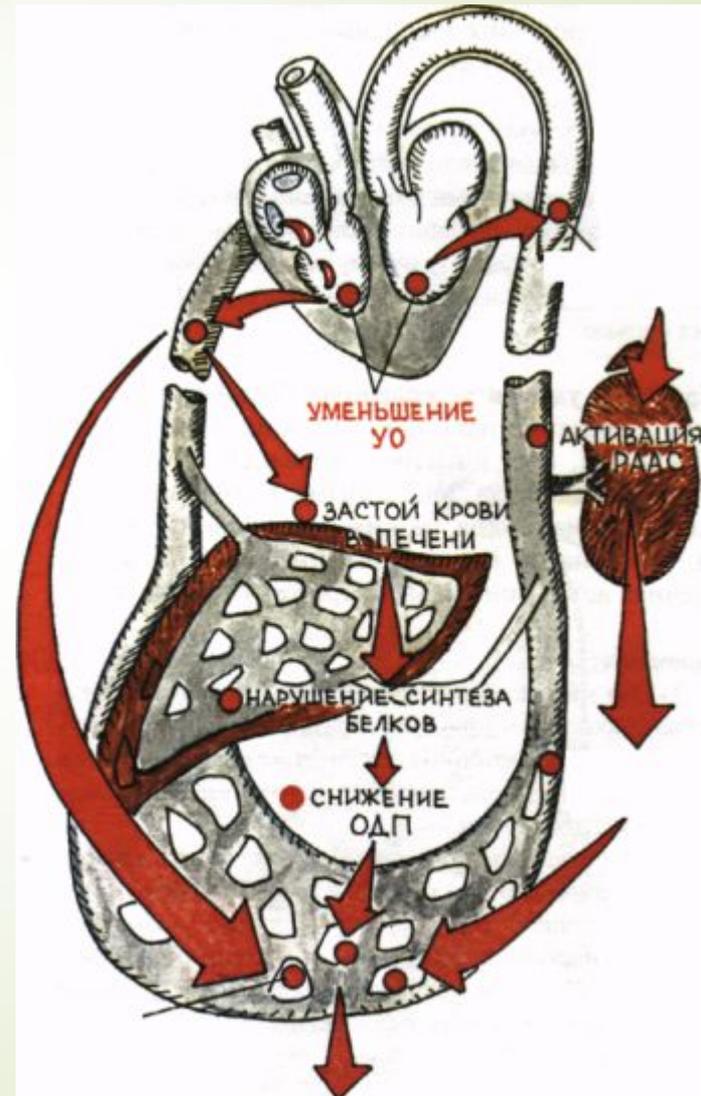


Причины синдрома левожелудочковой СН

- Аортальные пороки сердца
- Митральная недостаточность
- Артериальная гипертензия
- Коронарная недостаточность

Синдром правожелудочковой сердечной недостаточности

- Отеки (на ногах, в вечернее время)
- Боли в правом подреберье
- Увеличение живота (асцит)



Синдром правожелудочковой сердечной недостаточности

ПРИЧИНЫ:

- Митральные пороки сердца
- Недостаточность трехстворчатого клапана
- Некоторые врожденные пороки сердца
- Эмфизема легких, пневмосклероз



Синдром нарушения ритма

- Сердцебиение
- Перебои в работе сердца
- Чувство замирания, остановки сердца
- Кратковременные потери сознания

ПРИЧИНЫ:

- Миокардиты
- ИБС
- Пороки сердца

Синдром повышения АД

- Головная боль (преимущественно в затылочной области)
- Головокружение
- Мелькание «мушек» перед глазами
- Носовые кровотечения
- Тошнота, рвота

ПРИЧИНЫ:

- Гипертоническая болезнь
- Симптоматические артериальные гипертонии



ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ

- Повышение температуры тела (от субфебрильной до высокой)
- Потливость
- Озноб

ПРИЧИНЫ:

- Миокардит
- Эндокардит
- Ревматизм



Суставной синдром

- Боли, отечность, гиперемия суставов
- Поражение крупных суставов
- «Летучесть» болевого синдрома

«Ревматизм лижет суставы, но кусает сердце»



ANAMNESIS MORBI

- Время появления симптомов
- Связь с ФН, охлаждением, инфекцией
- Динамика развития симптомов
- Результаты проводимых исследований



ANAMNESIS VITAE

- Перенесенные инфекции (ангина, скарлатина, рожа, сифилис)
- Особенности питания
- Образ жизни (гиподинамия)
- Профессиональные вредности (стрессовые факторы)
- Вредные привычки
- Отягощенная наследственность
- Применение оральных контрацептивов



Осмотр

- Общий осмотр
 - Осмотр области сердца
 - Осмотр сосудов
- 

Общий осмотр

▣ Вынужденное положение:

- с приподнятым головным концом
- ортопноэ (приступ сердечной астмы)
- положение покоя, С-М «чтения афиш» (стенокардия)
- сидя, согнувшись вперед (выпотной перикардит)





Общий осмотр

□ Окраска кожных покровов

- цианоз (центральный, акроцианоз)
- бледность (аортальные пороки)
- желтушность кожи и склер
(кардиальный фиброз печени)
- «кофе с молоком» (инфекционный септический эндокардит)

Общий осмотр («маски»)

- Лицо Корвизара (выраженная СН)
- *Facies mitralis* (митральные пороки)
- Лицо гипертоника



Нарушение холестеринанового обмена

- **Ксантоматоз** – отложение холестерина в коже
- **Ксантомы**
- **Ксантелазмы**



Рис. 4. Ксантелазмы на коже век.

Общий осмотр. Отеки.

- Появляются на ногах
- В вечернее время
- Цианотичные
- Плотные



Отеки

□ Асцит

□ Гидроторакс

□ Анасарка



Отеки

□ **Воротник Стокса** – при механическом препятствии кровотоку в верхней полой вене (опухоль средостения, аневризма аорты). Отек может распространяться на голову и грудь



Осмотр области сердца

- Сердечный горб
- Верхушечный толчок
- Эпигастральная пульсация (при гипертрофии правого желудочка)
- Пульсация во 2-м м/р справа (аневризма восходящей части и дуги аорты)
- Пульсация во 2-м м/р слева при расширении легочного ствола (митральный стеноз)
- Пульсация в 3-4 м/р слева от грудины (аневризма сердца)

Осмотр сосудов

- Резко выступающие и **извитые артерии**, особенно височные (ГБ, атеросклероз)
- **«Пляска каротид», с-м Мюссе** (недостаточность аортального клапана)
- **Набухание вен шеи** (признак застоя в большом круге кровообращения и повышения ЦВД)
- **Положительный венный пульс** (недостаточность трехстворчатого клапана)
- **Капиллярный пульс Квинке** (недостаточность аортального клапана)

Набухшие вены шеи

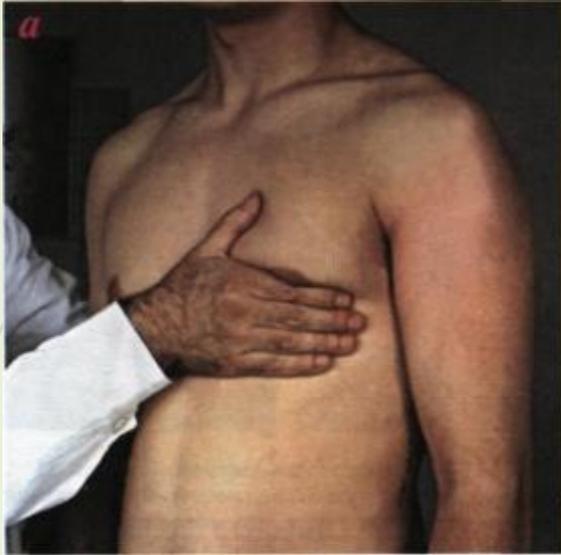




Пальпация

- Верхушечный толчок
 - Сердечный толчок
 - Феномен «кошачьего мурлыканья»
- 

Верхушечный толчок



- Локализуется в 5-м м/р на 1-1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии
- Образован левым желудочком

Смещение верхушечного толчка

□ Смещение влево

- в положении на левом боку (на 3-4 см)
- при увеличении ЛЖ (до передней подмышечной линии)
- при расширении ПЖ
- при наличии выпота или воздуха в правой плевральной полости
- при наличии плевроперикардальных спаек

слева

Смещение верхушечного толчка

□ Смещение вправо:

- в положении на правом боку (на 1-1,5 см)
- при наличии плевроперикардальных спаек справа

□ Исчезает :

- при левостороннем экссудативном плеврите
- при скоплении жидкости в полости перикарда

□ Отрицательный (слипчивый перикардит)

Характеристика верхушечного толчка

- **Ширина** (площадь грудной клетки, которая поднимается под ударом верхушки сердца)
 - **нормальный** (2 см)
 - **разлитой** (при дилатации ЛЖ, тонкой грудной стенке, смещении сердца кпереди опухолью средостения)
 - **ограниченный** (ожирение, эмфизема легких, низкое стояние диафрагмы)

Характеристика

верхушечного толчка

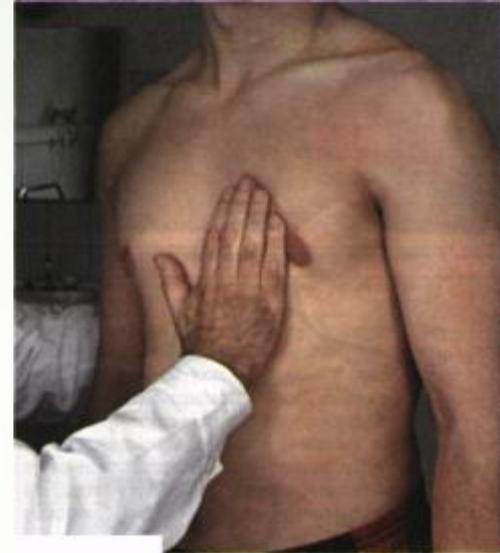
- **Высота** – амплитуда колебаний грудной стенки в области вершины сердца
 - высокий (ФН, ГЛЖ, лихорадка, волнение, тиреотоксикоз)
 - низкий
- **Сила** – давление, которое оказывает верхушка сердца на пальцы
 - усиленный (ГЛЖ)
- **Резистентность** – дает представление о плотности сердечной мышцы.



**При гипертрофии
левого желудочка
верхушечный толчок
усиленный, высокий,
резистентный**

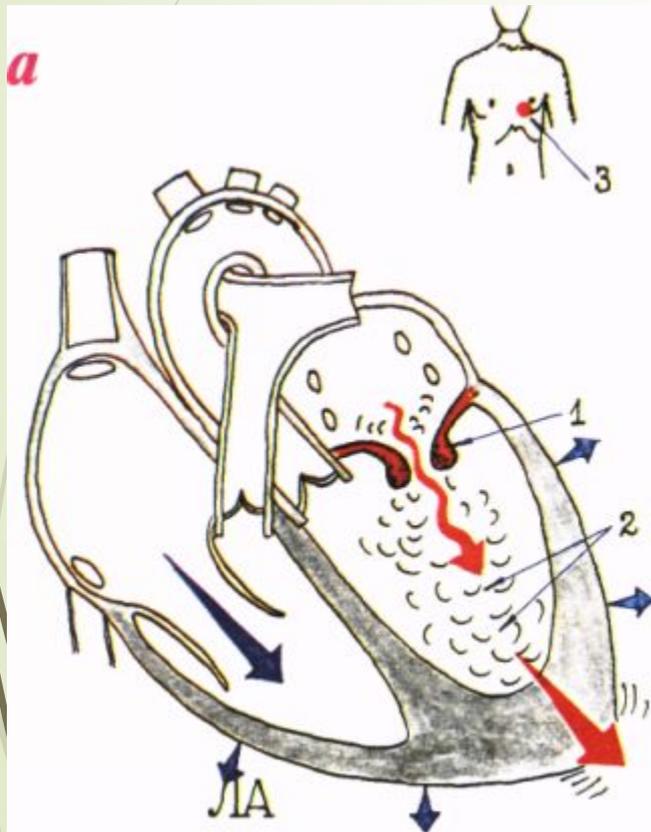
Сердечный толчок

- Пальпируется только при увеличении правого желудочка
- Определяется по левому краю грудины у мечевидного отростка



«Кошачье мурлыканье»

- **Диастолическое** (не совпадает с верхушечным толчком и пульсацией на сонных артериях) – определяется на вершучке сердца при митральном стенозе



Холтеровское мониторирование

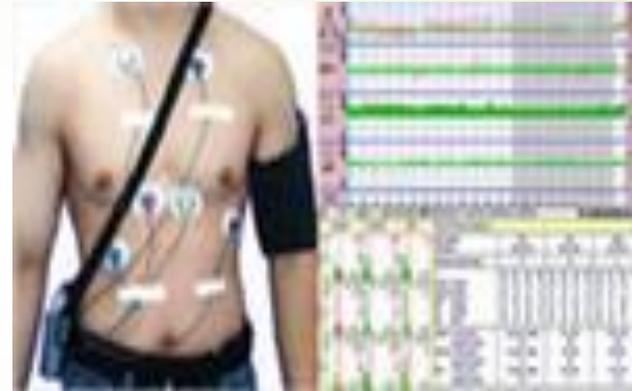




Холтеровское мониторирование

- Холтеровское мониторирование - это метод функциональной диагностики, с помощью которого осуществляется суточная запись электрокардиограммы (ЭКГ) и АД
- Запись ЭКГ проводится непрерывно в течение 24 часов
- Для этого используется носимый портативный регистратор (холтер), который производит круглосуточную запись электрокардиограммы и передачу информации о работе сердца и артериального давления за сутки в компьютер

Холтеровское мониторирование





Холтеровское мониторирование

- Специальная программа обеспечивает выявление и анализ всех видов нарушения сердечного ритма, болевых и безболевых приступов ишемии миокарда
- Этот метод позволяет не только точно поставить диагноз, но и существенно повысить эффективность лечения сердечно-сосудистых заболеваний (гипертония, инфаркт, атеросклероз, миокардиты).

Показания к холтеровскому мониторингованию

- Возможные сердечные симптомы
- Учащенное сердцебиение
- Обмороки
- Загрудинные боли
- Транзиторные явления, связанные с центральной нервной системой Больные с высоким риском
- Заболевания проводящей системы
- Синдром слабости синусового узла
- Синдром удлиненного интервала Q—T
- Синдром Вольфа—Паркинсона—Уайта
- Ишемическая болезнь сердца
- Инфаркт миокарда
- Кардиомиопатия
- Коллапс митрального клапана
- Реанимация после внезапной смерти
- Нарушения работы водителя ритма
- Оценка эффективности антиаритмических препаратов

Проведение исследования

- Перед началом обследования целесообразно познакомиться с предъявленными жалобами и анамнезом заболевания. Эти данные будут полезны при анализе полученных результатов и решении некоторых лечебно-методических вопросов.
- Накануне исследования, по возможности, отменяются принимаемые лекарства, особенно такие, как бета-блокаторы, сердечные гликозиды, нитропрепараты пролонгированного действия, препараты калия, которые могут изменять ЧСС или форму комплекса PQRS и приводить к искажению результатов исследования.
- Стационарным больным следует рекомендовать приблизить свой режим к тому, которого они придерживаются вне больницы.
- В случае, когда некоторые нарушения или неприятные ощущения возникают только в какой-либо определенной ситуации, полезно попросить больного смоделировать такую ситуацию.
- Больному следует подробно объяснить как вести дневник мониторингового наблюдения, который необходим для последующего сопоставления результатов анализа с физической активностью и ощущениями пациента.

Проведение исследования

- В дневнике отмечаются основные действия, эмоциональные и физические

нагрузки, отдых, сон, прием пищи, лекарств, а также условия, предшествовавшие появлению болей или неприятных ощущений, с указанием, если это возможно, времени всех событий с точностью до минуты. Болевые ощущения должны описываться подробно с указанием их характера, выраженности, локализации, времени появления и исчезновения или продолжительности. Обязательно отмечается прием лекарств,

применяемых для снятия боли, с указанием дозы (количества таблеток).

- В дневнике также отмечается точное время начала исследования (нажатие кнопки при запуске монитора). В необходимых случаях инструкции записываются на бумаге и выдаются пациенту на руки. При возникновении болевых или неприятных ощущений, сильной одышки, резких изменениях ритма, и т.п. испытуемый должен нажать на кнопку, отметив в памяти регистратора время данного события. Нажатие на кнопку сопровождается кратковременным звуковым и световым сигналом.

- Во время обследования пациенту не рекомендуется находиться вблизи мощных линий электропередач, трансформаторных будок, работающей бытовой и медицинской электрической аппаратуры, питающейся от сети

Проведение исследования

- Нельзя пользоваться электробритвой, принимать водные процедуры (ванна, душ), подвергаться длительным, тяжелым физическим нагрузкам, т.к. повышенное потоотделение может привести к отклеиванию электродов.
- Во время обследования лучше надевать хлопчатобумажное нижнее белье и стараться не носить одежду из электризующихся синтетических и шелковых тканей.
- Не выключать регистратор в ходе мониторингования и не вынимать флэш-карту из регистратора, в противном случае сохранятся только данные, накопленные до момента включения питания.
- Не подвергать прибор ударам, воздействию вибраций, высоких и низких температур, не эксплуатировать рядом с агрессивными средами (кислотами).

Анализ результатов холтеровского мониторинга

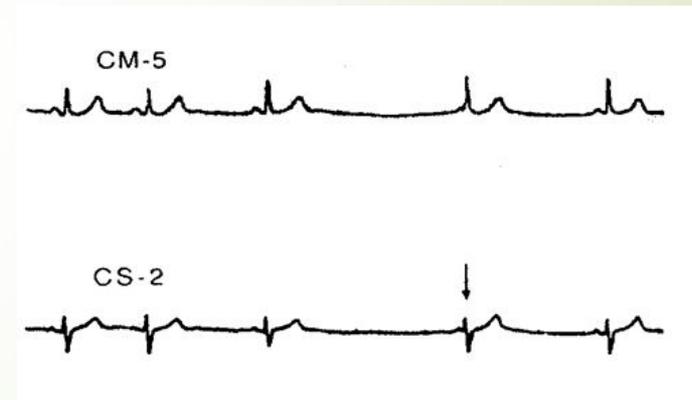
Основным показанием для выполнения холтеровского исследования является выявление нарушений ритма сердца с их классификацией. Проведение этого исследования имеет существенное значение для:

- электрокардиографической верификации клинических симптомов нарушений ритма сердца;
- выявления бессимптомных нарушений ритма в клинических ситуациях, при которых наблюдаются аритмии, например, перенесенный инфаркт миокарда, нестабильная QT
- стенокардия, кардиомиопатия, врожденное или приобретенное удлинение интервала ;
- выявления прогностические опасных аритмий, угрожающих внезапной смертью;
- оценки эффективности антиаритмического лечения.

Кратковременный отказ синусового узла или выраженная синусовая аритмия с удлинением продолжительности интервалов P-P наблюдаются у взрослых здоровых людей исключительно во время сна и по продолжительности редко превышают 2 секунды

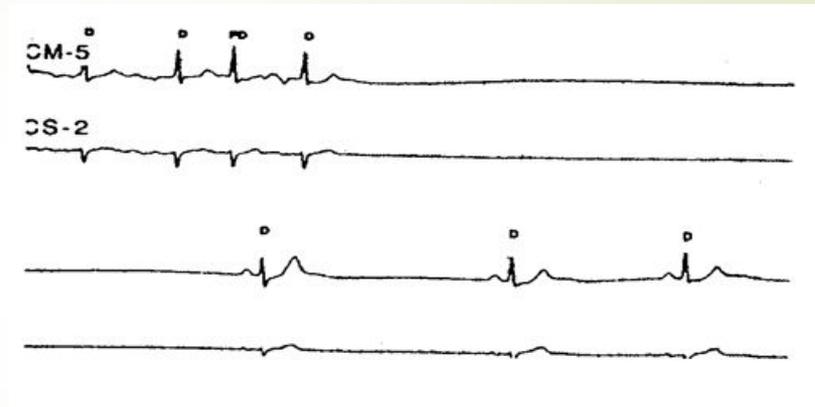
- Пауза, вызванная кратковременным отказом синусового узла (2,1 с) у 20-летнего здорового мужчины.
- Стрелкой обозначено выскальзывающее сокращение с предыдущим P зубцом синусового происхождения.
- Однако, если пауза появляется во время нормальной активности человека или ее продолжительность в ночное время превышает 3 секунды,

то следует думать о поражении синусового узла



Время восстановления функции синусового узла

Удлинение ВВФСУ **более 3 секунд** указывает на нарушение деятельности синусового узла, которое может быть вызвано угнетением функции автоматизма или нарушением синоаурикулярной проводимости.

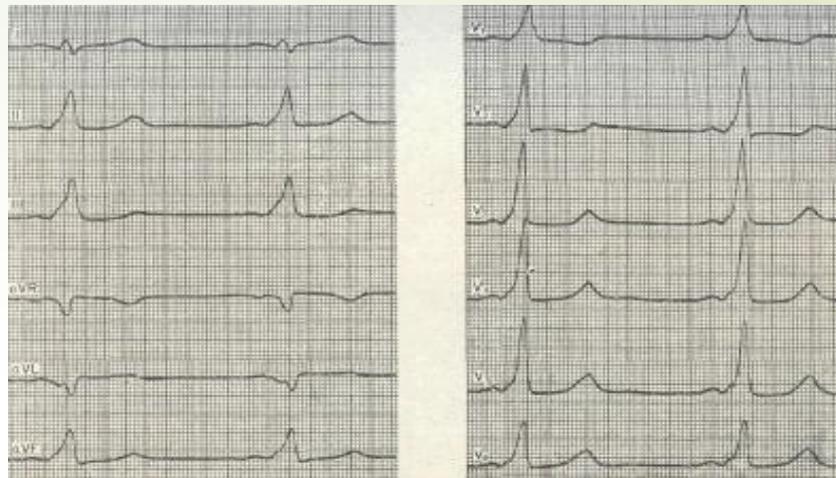


Удлинение (7, 6 с) времени восстановления функции синусового узла после прекращения пароксизма мерцания предсердий у пациента с синдромом тахикардии. Обращает на себя внимание удлинение также второго (2,5 с) и третьего (1,7 с) циклов синусового ритма.

Синдромы предвозбуждения желудочков (включая синдром WPW)

ЭКГ-критерии синдрома WPW

- Короткий интервал PQ (< 120мс)
- Расширенный комплекс QRS (> 120 мс) с деформацией его восходящей части в некоторых отведениях (δ -волна) и нормальной конечной частью
- Отклонение сегмента ST и зубца T в сторону, противоположную δ -волне и основному направлению комплекса QRS



- **Признаки предвозбуждения желудочков обнаруживаются на ЭКГ у 0,15% людей, обычно в отсутствие органического поражения сердца. У 7—10% этих больных имеется аномалия Эбштейна, дополнительные пути проведения при ней нередко множественные. Синдромы предвозбуждения желудочков чаще встречаются у мужчин, с возрастом их распространенность уменьшается, но вероятность пароксизмальных тахикардий у таких больных растет.**
- **У 50—60% больных имеются жалобы на сердцебиение, тревожность, одышку, боль или стеснение в груди и обмороки. Примерно у четверти таких больных жалобы со временем исчезают. Если жалоб нет до 40 лет, то в дальнейшем их появление маловероятно. Дополнительные пути проведения, не проявляющиеся на ЭКГ, редко вызывают симптомы.**

Нарушение ритма у пациентов с синдромом предвозбуждения желудочков

Реципрокные атриовентрикулярные тахикардии: ортодромная, антидромная

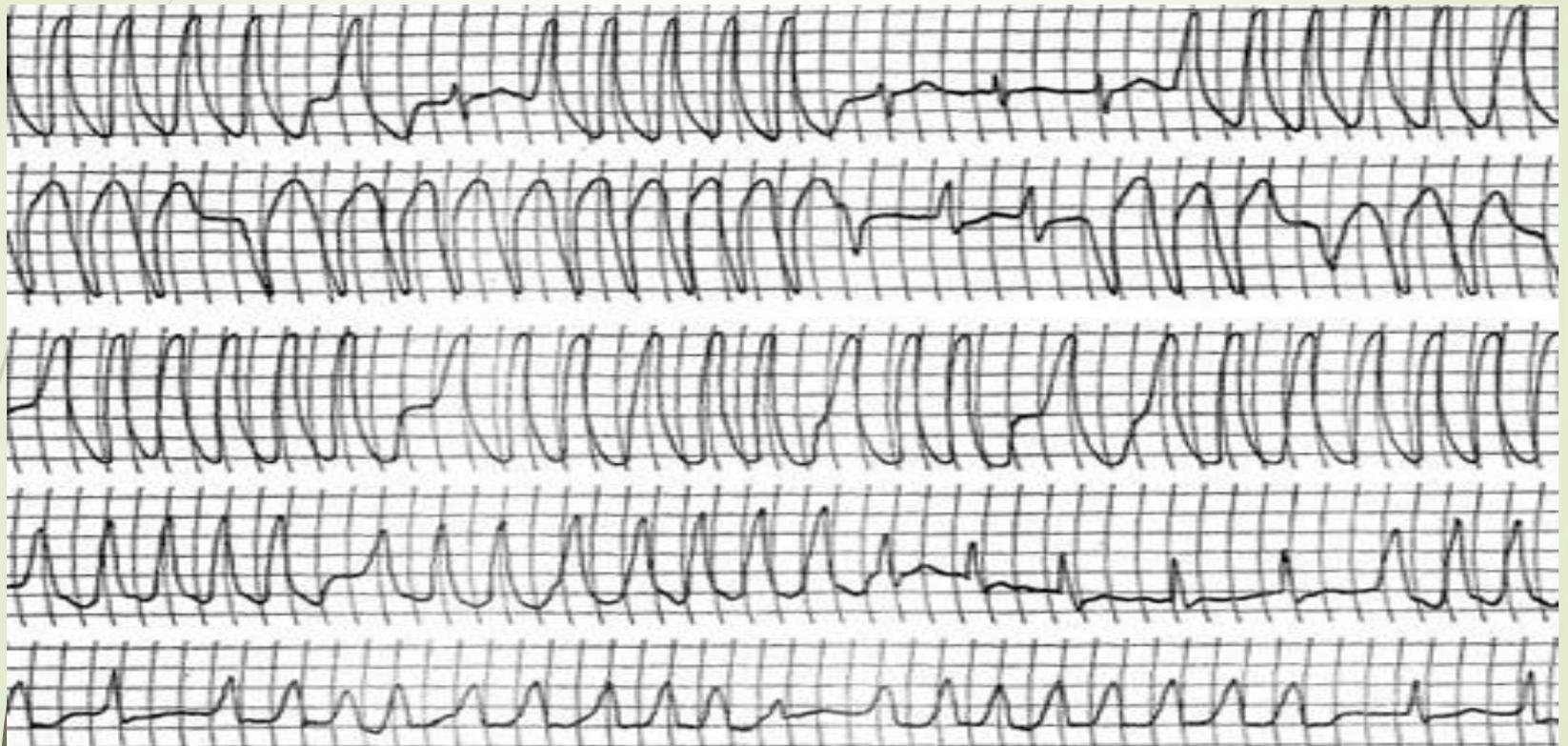
Фибрилляция предсердий – это самая опасная аритмия при синдроме WPW, способная перерождаться в фибрилляцию желудочков. Появление пароксизмов фибрилляции предсердий у больного с синдромом WPW означает неблагоприятный поворот в течении заболевания. Время появления фибрилляции предсердий может быть различным: она может быть первым приступом тахикардии у больного с синдромом WPW, возникать у пациентов с длительным анамнезом реципрокных тахикардий, или развиваться в ходе приступа реципрокной тахикардии.

Антидромная тахикардия опаснее ортодромной: она хуже переносится и чаще трансформируется в фибрилляцию желудочков.

Благодаря короткому рефрактерному периоду и высокой скорости проведения по добавочному пути, число сокращений сердца может достигать 250-300 и более в минуту. В связи с этим, ФП при синдроме WPW часто сопровождается нарушением гемодинамики, что клинически проявляется гипотензией и синкопе.

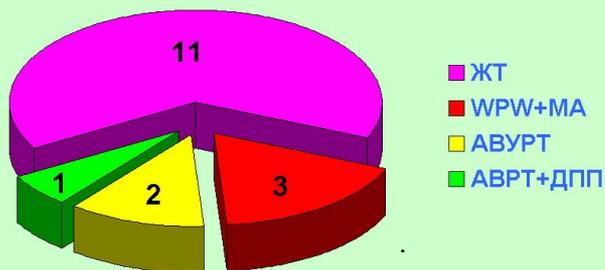
Нарушение гемодинамики во время пароксизма ФП вызывает симпатическую активацию, что дополнительно увеличивает частоту проведения по добавочному пути. Слишком высокая ЧСС может стать причиной трансформации фибрилляции предсердий в фибрилляцию желудочков

Синдром WPW, мерцательная тахикардия



ТАХИАРИТМИИ

ВИДЫ ТАХИАРИТМИИ



ЭТИОЛОГИЯ ЖТ



ТАХИАРИТМИИ, ВЕДУЩИЕ К РАЗВИТИЮ СИНКОПАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ

Желудочковые		Наджелудочковые	
Фибрилляция-трепетание	Желудочковые тахикардии	Фибрилляция / трепетание	Атрио-вентрикулярные тахикардии
<i>Чаще, опаснее</i>		<i>Реже, благоприятнее</i>	



Желудочковая экстрасистолия

Желудочковая экстрасистола — это преждевременное возбуждение и сокращение желудочков, вызываемое импульсом, который образуется в клетках проводящей системы сердца дистальнее бифуркации пучка Гиса или в волокнах сократительного миокарда желудочков.



Желудочковая экстрасистолия

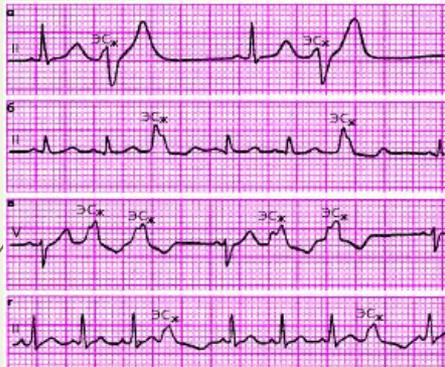
- Желудочковая экстрасистолия является наиболее распространенным нарушением сердечного ритма.
- Ее частота зависит от метода диагностики и контингента обследуемых. При регистрации ЭКГ в 12 отведениях в покое желудочковые экстрасистолы определяются примерно у 5 % здоровых лиц молодого возраста, тогда как при холтеровском мониторировании ЭКГ в течение 24 ч их частота составляет 50 %.
- Распространенность желудочковых экстрасистол значительно возрастает при наличии органических заболеваний сердца, особенно сопровождающихся поражением миокарда желудочков.
- Независимо от наличия или отсутствия патологии сердечнососудистой системы частота этого нарушения ритма увеличивается с возрастом.
- Отмечена также связь возникновения желудочковых экстрасистол со временем суток. Так, в утренние часы они наблюдаются чаще, а ночью, во время сна, — реже.
- Результаты многократного проведения холтеровского мониторирования ЭКГ показали значительную вариабельность количества желудочковых экстрасистол за 1 ч и за 1 сутки, что значительно затрудняет оценку их прогностического значения и эффективности лечения.



Градация желудочковых экстрасистол по Лауну — Вольфу

- I — до 30 экстрасистол за любой час мониторирования
- II — свыше 30 экстрасистол за любой час мониторирования
- III — полиморфные экстрасистолы
- IVa — парные экстрасистолы
- IVb — групповые экстрасистолы, триплеты и более, короткие пробежки желудочковой тахикардии
- V — ранние желудочковые экстрасистолы типа R на T

Желудочковая экстрасистолия



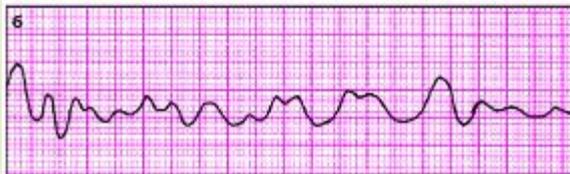
Алгоритмия — правильное чередование ЭС и нормальных (например синусовых) комплексов P-QRST (бигеминия, тригеминия, квадригеминия и т. п.)

Вставочная (интерполированная) экстрасистола — ЭС, которая как бы вставлена между двумя обычными желудочковыми комплексами QRS без какой бы то ни было компенсаторной паузы (рис. 3.60).

Желудочковая экстрасистолия

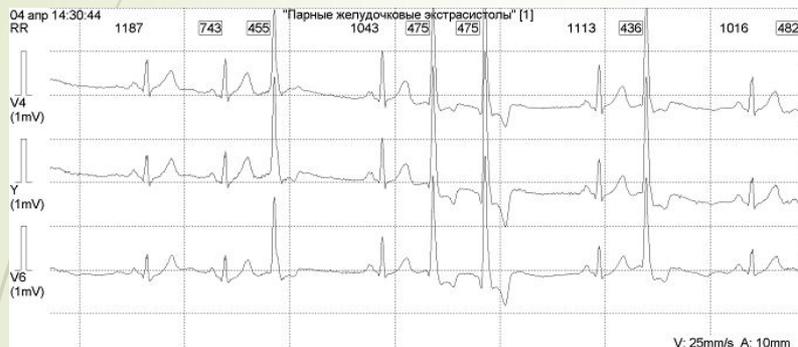


Пароксизмальная
желудочковая
тахикардия



ЭКГ при трепетании (а) и
фибрилляции (б)
желудочков

Желудочковая экстрасистолия



Пример парной
желудочковой
экстрасистолы
(по Лауну IV а класса)



Пример ранней
желудочковой
экстрасистолы
(по Лауну V класса)



Прогностическое значение желудочковых экстрасистол

- У больных без органических заболеваний сердца желудочковые экстрасистолы высоких градаций не влияют на частоту появления внезапных коронарных смертей.
- У пациентов с желудочковой экстрасистолией высоких градаций с заболеваниями сердца прогноз определяется прежде всего нозологической формой и степенью выраженности заболевания.
- Оценка зависимости между наличием желудочковой аритмии и риском внезапной коронарной смерти у пациентов с заболеванием сердца затруднена, поскольку в каждом конкретном случае больший или меньший процент обследуемых пациентов получает антиаритмические или мочегонные препараты.
- В этой ситуации частота наступления внезапной смерти зависит не только от характера аритмии, но и от антиаритмического эффекта проводимого лечения или его проаритмогенного влияния.

Прогностическое значение желудочковых экстрасистол

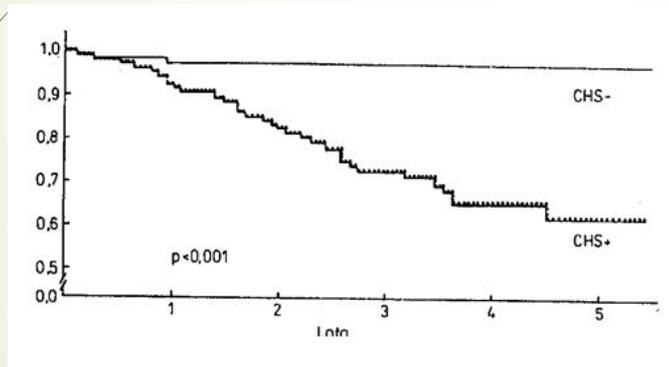


График регистрации внезапных коронарных смертей у пациентов с неустойчивой желудочковой тахикардией без органических заболеваний сердца (CHS-) и у пациентов с выявленными заболеваниями сердца (CHS+)

Ритм сердца здорового человека

Что является нормой ?



Ритм сердца здорового человека

- Анализ результатов холтеровского мониторинга у здоровых людей позволяет сделать вывод, что классические границы частоты ритма (60-90 (100) уд/мин) обязательны только при проведении исследования в статических условиях, т.е. в состоянии лежа или сидя, но не во сне.
- Однако, если в ситуации "спокойного бодрствования" существует тенденция уменьшения нижней границы нормального синусового ритма до 50 уд/мин, то нормой следует признать частоту 50-60 уд/мин, а дневной ритм меньше 50 уд/мин трактовать как патологический.
- Данные, представленные в предыдущих разделах, позволяют говорить о том, что не являются (или не всегда являются) патологическими такие нарушения ритма как: АВ-блокады I ст. и II ст. типа Самойлова-Венкебаха, суправентрикулярные и одиночные желудочковые экстрасистолы, даже полиморфные.

Нарушения ритма, регистрируемые при 24-часовом холтеровском мониторинге ЭКГ у здоровых людей

Нарушения ритма	Дети	Молодежь	Взрослые		
			31-40	41-60	>60
Ночная брадикардия >40 уд/мин	+	+	+		
30-40 уд/мин	+	+	-	-	-
Синусовая аритмия	+++	++	+	+	+
АВ-блокада I степени	+	+	+	+	-
II степени типа Венкебаха*	+	+	-	-	-

Нарушения ритма, регистрируемые при 24-часовом холтеровском мониторинге ЭКГ у здоровых людей

Нарушения ритма	Дети	Молодежь	Взрослые		
			31-40	41-60	>60
Паузы между <i>R-R</i> <2 с*	+	+	+	+	+
<3с*	+	+	-	-	-
Желудочковая экстрасистолия					
10 50/24 часа		+	+	+	+
50-100/24 часа	-	-	+	+	+
100 500/24 часа	-	-	-	-	+
полиморфные	?	+	+	+	+
парные		-	-	-	+
Суправентрикулярная экстрасистолия					
50-100/24 часа	-	-	-	+	+
100-1000/24 часа	-	-	-	-	+
Наджелудочковая тахикардия	-	-	-	-	+

Диагностика ишемической болезни сердца

**Как оценить диагностическое
значение тестов ?**



Как оценить диагностическое значение тестов ?

□ Холтеровское исследование как самостоятельный тест ?

□ Холтеровское мониторирование как первый этап последовательной диагностики ?

Холтеровское исследование как самостоятельный тест ?

- Положительный результат холтеровского исследования указывает на незначительную (25,7 %) вероятность болезни у женщин и значительно большую (58,5 %) у мужчин.
- Отрицательный результат холтеровского исследования указывает незначительную вероятность ишемической болезни сердца у женщин. У мужчин однако отрицательный результат не имеет диагностического
- значения.
- **Вывод: холтеровское мониторирование как самостоятельный метод, диагностически значим только при исключении ишемической болезни сердца, и то только у женщин.**

Холтеровское мониторирование как первый этап последовательной диагностики ?

Следует однако помнить, что холтеровское мониторирование можно считать значимым этапом в последовательной диагностике ИБС, если выполняются 3 условия:

- холтеровское мониторирование как самостоятельный тест не представляет возможность выявления вероятности заболевания в диапазоне значений, признанных за диагностически значимые меньше 15% или и больше 85%**
- выполнение холтеровского мониторирования на 1-ом этапе последовательной диагностики является основой для более точного диагностического заключения (распознавания или исключения заболевания) на 2-ом этапе, в данном случае изотопного**
- исследования;**
- то же самое изотопное исследование, выполненное при исключении 1-го этапа не дает возможности распознать или исключить заболевание (если дает возможность, то "первый отсев", выполняемый с помощью холтеровского мониторирования, является лишним).**



Как оценить диагностическое значение тестов ?

- В заключительной части, касающейся использования холтеровского мониторинга для оценки ишемии миокарда, необходимо признать, эксперты согласны, что выполнение холтеровского исследования в диагностических целях безусловно целесообразно у больных с жалобами, характерными для стенокардии типа Принцметала.
- Дискуссионным является вопрос о проведении холтеровского мониторинга вместо нагрузочной пробы у пациентов с жалобами на боли в грудной клетке, которым эти пробы показаны, но они не могут ее выполнить (заболевания респираторной системы, скелетно-мышечной системы, суставов и т.д.). Результаты такого исследования имеют диагностическое значение тогда, когда значительное снижение сегмента ST будет зарегистрировано во время жалоб больного.

Критерии оценки сегмента ST

Клиническая интерпретация изменений сегмента, зарегистрированных в течение суток, должна проводиться с учетом определенных критериев. Проводится анализ следующих параметров:

- величина депрессии
- тип смещения ST
- продолжительность изменения сегмента ST

Факторы, влияющие на морфологию сегмента ST, регистрирующегося во время холтеровского мониторинга

Технические причины

- ▣ подготовка кожи исследуемого;*
- ▣ особенности передающей системы от электрода до регистратора;*
- ▣ характеристика сигналов;*
- ▣ диапазон переносимых частот;*
- ▣ показатель отношения амплитуды сигналов к шумам;*
- ▣ стабильность изоэлектрической линии*

Факторы, влияющие на морфологию сегмента ST, регистрирующегося во время холтеровского мониторинга

Недостаточность кровоснабжения миокарда

- ▣ **заболевания коронарных артерий;**
- ▣ **заболевания мелких сосудов;**
- ▣ **синдром X;**
- ▣ **стенокардия типа Принцметала.**

Факторы, влияющие на морфологию сегмента ST, регистрирующегося во время холтеровского мониторинга

Вероятная недостаточность кровоснабжения миокарда

- гипертрофия левого желудочка / повышенное артериальное давление;
- увеличение внутрижелудочкового давления / пороки сердца,
- кардиомиопатия;
- синдром пролапса митрального клапана;
- внезапная высокая нагрузка

Факторы, влияющие на морфологию сегмента ST, регистрирующегося во время холтеровского мониторирования

Другие причины

- ▣ **нарушение деятельности вегетативной нервной системы;**
- ▣ **электролитные нарушения;**
- ▣ **нарушение проводимости, синдром ранней (преждевременной) реполяризации,**
- ▣ **лекарственные препараты (сердечные гликозиды, производные фенотиазина, трициклические**
- ▣ **антидепрессанты, цитостатики),**
- ▣ **прием пищи**

Критерии оценки сегмента ST

Для проведения холтеровского анализа были приняты выраженные формулой 1x1x1 следующие критерии значимого смещения сегмента ST

- ▣ депрессия > 1 мм (на расстоянии 60 мс от точки);
- ▣ смещение по горизонтальному или косо нисходящему типу;
- ▣ время продолжительности изменений - >1 минуты;
- ▣ минимальное время нормализации изменений сегмента ST, позволяющее признать эпизод законченным - > 1 мин.
- ▣ В настоящее время методы оценки продолжительности эпизода точно не определены, поэтому используются 2 варианта:
- ▣ время, измеряемое от момента появления изменения сегмента ST до его нормализации, т.е. возвращение к изолинии;
- ▣ время, измеряемое от момента смещения сегмента ST на 1 мм ниже исходного уровня до момента его возвращения на уровень смещения меньший, чем на 1 мм.

Критерии оценки сегмента ST

Оценка недостаточности кровоснабжения миокарда у пациентов с ИБС

- большинство эпизодов бессимптомные, время их продолжительности бывает
- достаточно большим (более 10 с);
- для них характерна суточная изменчивость (пик между 6:00 и 10:00);
- регистрируются на фоне обычной жизнедеятельности;
- появляются при частоте ритма меньшей, чем та, которая провоцирует ишемию миокарда во время нагрузочной пробы;
- имеют прогностическое значение.

Изменения сегмента ST и частота ритма

- Эпизоды ишемии миокарда появляются во время различной жизненной активности.
- Большинство эпизодов появляется во время умеренной активности. Бывают, однако, эпизоды ишемии во время незначительной физической активности, например, во время автомобильной езды, еды, психоэмоциональных стрессов, а также во время отдыха или сна.
- Появление большинства эпизодов ишемии миокарда связано с разного рода степенью увеличения потребности сердечной мышцы в кислороде. В части случаев различную роль играет нарушение коронарного кровотока. В результате частота ритма, предшествующая появлению ишемии миокарда, достаточно различна, как и различно время продолжительности изменения частоты ритма до появления недостаточности кровоснабжения сердечной мышцы (от нескольких секунд до десятков минут).



Варианты изменения сегмента ST

- Изменение сегмента ST при давящих болях
- Бессимптомные и симптоматические изменения сегмента ST
- Бессимптомные изменения сегмента ST
- Немая недостаточность кровоснабжения у "бессимптомных" пациентов
- Немая недостаточность кровоснабжения у больных после ИМ
- Немая недостаточность кровоснабжения при стабильной ИБС
- ИБС
- Бессимптомная недостаточность кровоснабжения миокарда при нестабильной
- Немая недостаточность кровоснабжения у больных сахарным диабетом
- Анализ сегмента ST при нарушениях ритма
- Стенокардия Принцметала

Стенокардия Принцметала

- Изменения недостаточности кровоснабжения, появляющиеся чаще всего внезапно, в ранние утренние часы (03.00-06.00), короткой продолжительностью (до нескольких минут), часто сопровождаются болью и/или желудочковыми нарушениями сердечного ритма, но не сопровождаются синусовой брадикардией. Эти изменения сохраняются после пробуждения больного, исчезают после приема нитратов или препаратов, блокирующих кальциевые каналы.
- Физиологические изменения нарастают медленно, иногда в течение нескольких часов, и не имеют связи с болью и желудочковыми нарушениями сердечного ритма, сопутствующая им брадикардия исчезает самостоятельно во время пробуждения больного.

Во время приступов стенокардии типа Принцметала приблизительно у 40% исследуемых регистрируются желудочковые нарушения сердечного ритма. Они существуют в 2-х вариантах:

- в фазе нарастания или на пике коронарной недостаточности ("аритмия с нарушением перфузии");
- в фазе исчезновения недостаточности кровоснабжения миокарда ("реперфузионная аритмия").

БЛАГОДАРИМ ЗА ВНИМАНИЕ!!!

