

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Смоленская медицинская академия, санаторий-профилакторий Смоленского отделения Московской железной дороги

Метод динамического наблюдения за витальными физиологическими параметрами - электрокардиограммой (ЭКГ) и изменениями уровня артериального давления (АД) за последние десятилетия стал широко распространенным и прочно закрепился в условиях амбулаторно-поликлинических, врачебно-спортивных и санаторных учреждений, давно переключавшись из отделений интенсивной терапии. Этому способствовало наличие доступных портативных холтеровских мониторов как зарубежного, так и отечественного производства. На протяжении 6 лет в санатории-профилактории Смоленского отделения Московской железной дороги проводится холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ у пациентов с различной сердечно-сосудистой патологией и заболеваниями других систем, проходящих курс реабилитационного лечения в этом учреждении.

В представленной работе мы оценивали параметры ХМ ЭКГ и эффективность антигипертензивной терапии у 70 больных обоего пола с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) без анамнестических и клинико-лабораторных признаков наличия ИБС. Средний возраст наблюдаемых составлял $53,4 \pm 1,2$ года с колебаниями от 27 до 73 лет. Длительность АГ 1-2 степени насчитывала $13,0 \pm 2,0$ лет. Большинство пациентов (72,8%) трудились в различных сферах железнодорожного транспорта, среди них 14,6% - машинистами поездов. Среди обследованного контингента 32 человека (45,7%) составляли курильщики с длительным (более 10 лет) стажем привычной интоксикации (28 мужчин и 4 женщины). Во время ХМ ЭКГ все обследуемые регистрировали в своих анкетах виды физиологической активности. Наблюдаемые были распределены на 4 группы в зависимости от типа проводимой им 1,5-месячной антигипертензивной терапии: больным 1-й группы (20 чел.) назначали атенолол в высшей суточной дозе (ВСД) 25-100 мг; во 2-й группе (20 чел.) - ренитек ВСД 5-15 мг; в 3-й группе (10 чел.) - норваск 5 мг и лаципил ВСД 2-4 мг. В качестве контроля 20 пациентов получали рутинное лечение с использованием нифедипина 30 мг/сут или верапамила гидрохлорида 120 мг/сут. Исходно и после 1,5-месячного лечения обследуемым проводили ХМ ЭКГ 3-канальным (в отведениях V_1 , V_3 и V_5) прибором фирмы «DRG International» (США, программная версия «Премьера 4.0»). Некоторые показатели ХМ ЭКГ исследуемых больных приведены в табл.

После проведенного 6-недельного лечения у всех наблюдаемых больных был достигнут положительный антигипертензивный эффект без значимых межгрупповых различий, выражавшийся в снижении уровней систолического АД на 28,4% ($p < 0,05$) и диастолического АД на 19,7% ($p < 0,01$) от исходных величин. На холтерограммах пациентов 1-й группы назначение кардиоселективного в-адреноблокатора атенолола привело к статистически достоверному урежению суточных эпизодов депрессии сегмента ST, то есть к его нормализации. Аналогичная тенденция отмечена и в 3-й группе больных, получавших пролонгированные антагонисты кальция. С учетом практически одинаковой степени гипертрофии миокарда левого желудочка у пациентов всех четырех групп (анализируемой по заключениям доплерэхокардиограмм, проводимых ранее в стационаре), можно предположить, что такой позитивный эффект объясняется не только уменьшением систолической перегрузки ремоделированного миокарда, но и снижением эпизодов безболевой ишемии сердечной мышцы в ответ на антигипертензивную терапию больных 1-й

Таблица.

Показатели холтеровского мониторирования ЭКГ у больных артериальной гипертензией

Параметры ХМ ЭКГ	Группы больных							
	1		2		3		4 (контроль)	
	исходно	после	исходно	после	исходно	после	исходно	после
Макс. ЧСС, (уд./мин.)	140,9±6,4	137,4±5,2	130,0±5,0	132,6±4,7	132,0±5,4	133,5±5,5	145,8±6,2	134,2±3,6
Длительность депрессии ST, (мин.)	15,7±10,8	2,0±1,6*	2,2±0,9	2,6±1,5	22,0±9,5	2,5±1,8*	20,6±9,3	14,7±9,8
Амплитуда максимальной депрессии ST, (мм)	0,7±0,2	0,2±0,2*	0,5±0,2	0,5±0,2	1,6±0,5	0,5±0,3*	0,9±0,2	0,6±0,3

и 3-й групп. Теоретически ожидаемого регрессирования систолической перегрузки, а также степени гипертрофии миокарда у гипертоников 2-й группы, получавших ингибитор ангиотензинпревращающего фермента - ренитек, подтвердить не удалось, возможно, вследствие малого срока наблюдения. Очевидно, для этого необходима и более тщательная рандомизация исследуемой когорты. После анализируемого срока на холтеровграммах лиц 4-й группы сохранялась депрессия сегмента ST, сравнимая с исходными регистрациями. Это послужило поводом в последующем дополнить их лечение пролонгированными нитратами - кардикс и/или кардикет либо трансформировать антигипертензивную терапию, переводя пациентов для применения вышеописанных препаратов первых трех групп. Учитывая важное для клинического ведения соотношение риск/польза, в данном случае подтверждается описанное в проспективных исследованиях неблагоприятное воздействие короткодействующих форм блокаторов кальциевых каналов дигидропиридиновых производных и усугубление ишемизации миокарда в ответ на их пероральное применение даже в течение не более 2 месяцев.

Выводы. 1. ХМ ЭКГ наряду с ХМ уровня АД является ведущим методом амбулаторного исследования, дифференцированного подбора и анализа эффективности антигипертензивных препаратов у больных АГ. 2. Лучшая комбинированная антигипертензивная терапия при эссенциальной гипертензии у работников железнодорожного транспорта, по нашим данным, состоит в назначении им кардиоселективных β -адреноблокаторов и пролонгированных форм антагонистов кальция. 3. ХМ ЭКГ у больных АГ помогает достоверно распознать скрытую, безболевую ишемию миокарда, что позволяет своевременно назначить адекватную антигипертензивную и кардиопротективную терапию.