



и 21 (21,6% ( $\chi^2=51,634$ ,  $p=0,000$ )) соответственно. Удельный вес больных по шкале CHADS2 с высоким риском составил 19 (19,6% ( $\chi^2=64,687$ ,  $p=0,000$ )), тогда как по новой шкале удельный вес больных с высоким риском составил 76 (78,4%).

### **Заключение**

Использование новой шкалы CHA2DS2VASc (2010 ESC) для оценки риска тромбоземболических осложнений у больных с ИБС и/или ГБ, осложненными ФП, увеличивает число больных, нуждающихся в обязательном назначении оральных антикоагулянтов в 4,0 раза.

Шпак Н.В., Снежицкий В.А.,

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

## **1.15. Клинико-электрокардиографическая классификация синдрома брадикардии-тахикардии**

### **Введение (цели/задачи)**

Цель – разработать классификацию синдрома брадикардии-тахикардии с учетом этиологии, течения, клинических и электрокардиографических (ЭКГ) проявлений для постановки диагноза у данной категории пациентов.

### **Материал и методы**

С помощью клинических и инструментальных методов, включая чреспищеводную электрокардиостимуляцию и Холтеровское мониторирование ЭКГ, обследовано 93 пациента с синдромом брадикардии-тахикардии (средний возраст –  $64,81 \pm 8,82$  года, мужчин – 30, женщин – 63).

### **Результаты**

Синусовая брадикардия (СБ) была выявлена у 26 (28%) пациентов, у 20 (22%) – выявлены длительные паузы, у 47 пациентов (51%) регистрировались как СБ, так и паузы. Пароксизмы фибрилляции предсердий (ПФП) были выявлены у 56 пациентов (60%), у 9 (10%) – пароксизмы наджелудочковой тахикардии (ПНЖТ) и/или эпизоды непароксизмальной наджелудочковой тахикардии (НПНЖТ), у 1 пациента пароксизмы желудочковой тахикардии (ПЖТ), у 27 (29%) обследуемых выявлено несколько видов тахикардий одновременно. Предложена классификация синдрома брадикардии-тахикардии: А. По происхождению: 1) первичный; 2) вторичный. Б. По виду аритмий: I) Преобладающий тип брадиаритмий: 1) СБ; 2) паузы, обусловленные синоатриальной (СА) блокадой II степени, остановками синусового узла (СУ), постэкстрасистолическим угнетением СУ, посттахикардальным угнетением СУ; 3) сочетание СБ и пауз; 4) сочетанное нарушение автоматизма СУ и/или СА проводимости с нарушением атриовентрикулярной и/или внутривентрикулярной проводимости (бинодальная болезнь); II) преобладающий тип тахикардий: 1) ПФП; 2) ПНЖТ и/или эпизоды НПНЖТ; 3) ПЖТ и/или эпизоды НПЖТ; 4) сочетание нескольких видов тахикардий. В. Степень компенсации (тяжести) синдрома: 1) компенсация; 2) субкомпенсация; 3) декомпенсация.

### **Заключение**

Разработанная клинико-электрокардиографическая классификация синдрома брадикардии-тахикардии может использоваться при постановке диагноза у данной категории пациентов.