

Н.И. Лившиц, Д.С. Лебедев, В.А. Маринин, Е.В. Пармон, Т.В. Трешкур, М.А. Овечкина

ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ ЭКТОПИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ

НИИ кардиологии МЗ РФ им. В.А.Алмазова, ГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

Известно, что с помощью векторного анализа ЭКГ у больных с некоронарогенными желудочковыми аритмиями (ЖА), возможна топическая диагностика желудочковых центров с большой степенью точности. Такая характеристика ЖА помогает уже на догоспитальном этапе в постановке диагноза и прогнозировании не только эффективности планируемой радиочастотной катетерной аблации (РЧКА) очага аритмии, но и значительном сокращении времени поиска эктопического центра в ходе эндокардиального ЭФИ (эндоЭФИ). Однако во время съемки обычной ЭКГ не всегда удается зарегистрировать ЖА, а запись холтеровского монитора (ХМ) ЭКГ в 3 отведениях, как правило, неточно отражает векторную характеристику аритмии. Применение ХМ ЭКГ, позволяющего регистрировать ЭКГ в 12-ти отведениях, должно во многом решить эту проблему.

Целью исследования явилось сопоставление данных топической диагностики ЖА по ЭКГ покоя, при физической нагрузке и с помощью 8-канального ХМ ЭКГ с результатами, полученными в ходе картирования сердца при эндоЭФИ.

Материалы и методы исследования. Обследовано 46 больных (18 мужчин и 28 женщин), в возрасте от 20 до 71 года (средний возраст $46,2 \pm 3,1$ года) с некоронарогенной ЖА высоких градаций по классификации B.Lown и M.Wolf (1983). Всем больным были выполнены ЭКГ, велоэргометрия или тредмил-тест с записью в 12-ти отведениях, эндоЭФИ (по стандартной методике), 15 пациентам было проведено 8-канальное ХМ ЭКГ («Кардиотехника 4000-8», «Инкарт», Санкт-Петербург). Локализацию очага ЖА по ЭКГ проводили, используя векторное правило топической диагностики Розенбаума (1969).

Результаты. Установленная локализация очага аритмии при эндоЭФИ в 100% случаев совпали с данными поверхностной ЭКГ и ХМ ЭКГ в 12 отведениях. Оказалось, что очаг аритмии у 38 пациентов расположен в правом желудочке, у 8 - в левом. Наиболее аритмогенным участком миокарда по нашим данным является выходной тракт правого желудочка (ВТПЖ). Было выделено несколько анатомических зон: передняя стенка - у 17 (35%) больных, передне-септальная область - у 11 (24%) и перегородка - у 10 (22%). Каждой из этих зон соответствует определенная морфология желудочковых эктопических комплексов на ЭКГ. Для желудочковой эктопии, исходящей из передней стенки ВТПЖ характерно вертикальное положение электрической оси сердца (ЭОС), QS в V1-V2 с переходной зоной не позднее V3. Чувствительность совокупности этих признаков в нашем исследовании оказалась довольно высокой и составила 94%. Для очага, локализованного в перегородке ВТПЖ, на ЭКГ регистрируется комплекс с ЭОС отклоненной вправо и наличием r в V1-V3 с постепенным нарастанием его амплитуды и переходной зоной не ранее V4. Совокупная чувствительность этих критериев в нашем исследовании - 83%. Для желудочковой аритмии из передне-перегородочной области ВТПЖ характерны вертикальная ЭОС и наличие r-малого в правых грудных отведениях, с нарастанием его амплитуды быстрее, чем в случае локализации очага в перегородке. Чувствительность этих признаков, по нашим данным, составляет 71%. Для парасистолического очага в области левого синуса Вальсальвы (8 пациентов) отмечались следующие ЭКГ-критерии желудочковых комплексов: вертикальная ЭОС, зубец R в V1-V3, с переходом в R-тип ЭКГ с V4 по V6. Чувствительность совокупности этих признаков в данном случае 92%.

Выводы. При сопоставлении данных поверхностной ЭКГ, записей ХМ ЭКГ в 12 отведениях и результатов эндоЭФИ отмечается совпадение морфологии желудочковых эктопических комплексов как в стандартных, так и в грудных отведениях. Это позволяет рекомендовать ХМ ЭКГ в 12 отведениях в том числе и для топической диагностики ЖА, что прогнозировать успешность хирургического лечения аритмий, а также оценить эффективность РЧКА в ходе длительного наблюдения за больными.