

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ИНТЕРПРЕТАЦИИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ

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

В практике встречаются ситуации, когда за диагнозом идиопатических нарушений ритма прячется незнание истинной причины желудочковой аритмии (ЖА). Главным образом это происходит либо при недообследовании пациента, либо, когда полученные результаты интерпретированы не в полном объеме.

ЭКГ покоя может расширить наши представления о пациенте, если акцентировать внимание даже на минимальных изменениях. При анализе ЭКГ такие признаки как увеличение продолжительности QRS, волна эпсилон и другие могут укладываться в большие критерии аритмогенной дисплазии сердца (АДС), а появление полной блокады правой ножки пучка Гиса, сопровождающееся элевацией ST-T в правых грудных отведениях, позволит не пропустить синдром Бругада. В анализ ЭКГ следует включить оценку дисперсии интервала QT, которая является относительно новым неинвазивным риск-маркером. Увеличить информативность ЭКГ метода можно, дополнив его проведением нагрузочной пробы. Не стоит забывать и о медикаментозных тестах, которые помогают в интерпретации аритмии. Так пробы с препаратами IC класса выявляют скрытый феномен Бругада, а фармакологическая проба с β -адреноблокаторами - симпатозависимый характер аритмии. При анализе холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ необходимо судить о наличии турбулентности сердечного ритма - показателе повышенной вагусной активности и риск-стратификационном маркере, а также оценить интервал QT в разные промежутки времени. Для постановки диагноза синдрома соединительно-канальной дисплазии учитываются даже минимальные отклонения в ходе эхокардиографического (ЭхоКГ) исследования.

В настоящее время у больных с подозрением на АДС выполняется магнитно-резонансная томография миокарда, где с большой степенью достоверности выявляют участки жировых или фиброзных отложений в миокарде. В случаях, когда диагностические возможности исчерпаны, может обсуждаться проведение эндомикардиальной биопсии (ЭБ) с цитохимическим, вирусологическим и иммунологическим исследованием биоптата.

Целью нашего исследования было доказать возможность существования патологии миокарда у лиц с идиопатическими ЖА высоких градаций.

Материалы и методы. Было обследовано 80 пациентов с ранее поставленным в других лечебных учреждениях диагнозом «идиопатическая ЖА». Всем пациентам выполнялись: ЭКГ, ХМ ЭКГ и АД, проба с физической нагрузкой, ЭхоКГ, 10 пациентам - магнитно-резонансная томография (МРТ) миокарда, 9 - ЭБ, 4 - вентрикулография.

Результаты. У лиц с идиопатической ЖА в 59,0% случаев были выявлены те или иные изменения миокарда, которые могут обсуждаться как возможные причины ЖА. Из них в 20% случаев диагноз был поставлен с помощью общедоступных методов исследования: ЭКГ, пробы с физической нагрузкой, ЭхоКГ, ХМ ЭКГ и АД, причем у 15% больных это удалось сделать при проспективном наблюдении (в среднем, через $60,1 \pm 7,0$ месяцев). В 39% случаев диагноз был верифицирован с помощью: ЭБ, МРТ миокарда и вентрикулографии. Так, у 22 пациентов была диагностирована ГБ 2 ст., у 8 - ишемическая болезнь сердца, у 6 пациентов - АДС, у 4 - неспецифическая миокардиопатия, у 4 - постмиокардитический кардиосклероз, у 3 - синдром соединительно-канальной дисплазии. В 41% случаев не удалось обнаружить патологию сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Диагноз «идиопатические желудочковые нарушения ритма» должен подвергаться сомнению. В настоящее время расширяются диагностические возможности существующих методов обследования пациентов с аритмией, появляются и совершенствуются новые, которые в большинстве случаев позволяют обнаружить имеющуюся патологию миокарда. Безусловно, в поле зрения должен оставаться надежный и оправданный подход к ведению аритмологических пациентов - длительное проспективное наблюдение.