

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И СЛОЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СИНДРОМА РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ

М.И. Исабекова

КГКП «Зайсанское Районное медицинское объединение», г. Зайсан

Синдром ранней реполяризации желудочков (РРЖ) относится к сравнительно редким вариантам нормальной электрокардиограммы. К синонимам этого синдрома относятся (по данным различных авторов):

- «синдром преждевременной реполяризации» – Дощицин В.Я.

- «высокое отхождение сегмента ST= Джон Хэмптон.

- «изолированная элевация точки J – феномен ранней реполяризации желудочков» - Франклин Циммерман.

Синдром РРЖ встречается как у здоровых, так и у больных с различными заболеваниями сердца

Распространенность этого синдрома в популяции, по данным разных авторов колеблется в пределах от 1% до 7%. Впервые синдром РРЖ был описан в 1936 году R.Shipley и W.Hallgren - как вариант нормальной ЭКГ. Этот синдром встречается в 2 раза чаще у мужчин, чем у женщин. Замечено также, что этот синдром чаще выявляется у молодых мужчин негритянского происхождения = (Chou.T.C, Coldberger). По данным Яковлева В.М. (2007г) - характерна частая встречаемость синдрома РРЖ у детей и взрослых при синдроме соединительно-тканной дисплазии сердца, в частности, при наличии аномально расположенных хорд в левом желудочке, пролапса митрального клапана.

Основные ЭКГ – критерии этого синдрома: (по данным Мурашко В.В, Струтынский А.В):

1. Подъем сегмента RS-T выше изолинии с выпуклостью обращенной книзу который может переходить в высокоамплитудный, заостренный зубец \underline{T} , или в отрицательный зубец \underline{T}

2. Высокое расположение на нисходящем колене зубца- R, или на конечной части зубца S, в месте перехода зубца S в нисходящий сегмент ST – точки соединения J, представленной за зубриной или узловатости, или псевдозубца -г'

3. Уменьшение или исчезновение зубца.S в левых грудных отведениях (поворот сердца вокруг продольной оси против часовой стрелки зубца с формированием в отведениях V5-V6 комплекса QRS типа qR. ЭКГ – признаки синдрома РРЖ наиболее отчетливо выявляются в грудных отведениях V1-V3, несколько реже в V4-V6

Электрогенез синдрома ранней реполяризации желудочков. Большинство авторов считают, что в основе синдрома РРЖ лежат:

- врожденные или приобретенные особенности электрофизиологических свойств сердца, которые обуславливают преждевременную реполяризацию субэпикардальных отделов миокарда;

- вегетативная дисфункция с преобладанием вагусного влияния;

- функционирование дополнительных путей проведения ,

- ускорением проведения к передневерхнему разветвлению левой ножки п.Гисса;

- либо более поздним чем при W-P-W-синдроме, проведением по дополнительному пути (Яковлев В.М., 2007г), (Мурашко В.В, Струтынский А.В. 2008г).

Клиническое и электрофизиологическое значение синдрома РРЖ – заключается, прежде всего, в том, что он может трактоваться, как признак острого ишемического повреждения.

Дифференциальная диагностика проводится на основании отсутствия при синдроме РРЖ клинических признаков, характерных для ишемической болезни сердца. Сложность дифференциации синдрома РРЖ обусловлена тем, что он может регистрироваться на ЭКГ как у здоровых, так и у больных с различными заболеваниями сердца, в том числе с ишемической болезнью сердца (ИБС), острым инфарктом миокарда.

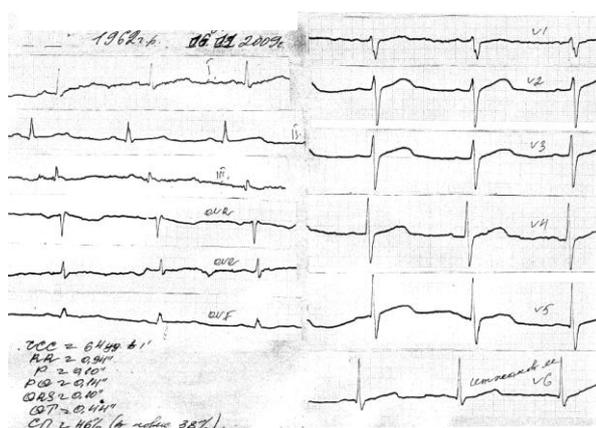
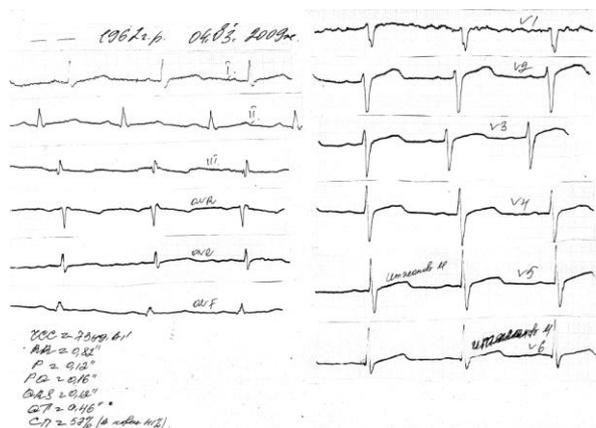
В отличие от ЭКГ при ИБС, у практически здоровых лиц с синдромом РРЖ, при пробах с физической нагрузкой сегмент RS-T, как правило, приближается к изоэлектрической линии. Также необходимо дифференцировать синдром РРЖ с перикардитом. При перикардите - наличие характерной клинической картины и выслушивание шума трения перикарда в оптимальном для этого положении больного – лежа; изменения на ЭКГ - подъем сегмента ST – будет выявляться почти во всех отведениях, кроме aVR; нет типичной зазубрины, характерной при синдроме РРЖ – эти признаки позволяют поставить диагноз перикардита. У большинства здоровых лиц с синдромом РРЖ отмечается на разных электрокардиограммах - изменение уровня подъема сегмента S-T над изоэлектрической линией.

Привожу случай из практики: Больной И. 1962 г.р. житель с. Даирово, Зайсанского района, работает сторожем в школе. Страдает артериальной гипертонией 5 лет, с максимальным подъемом до 160/100 мм.ртутного столба. Больному при проведении обследования в декабре 2007 года снята ЭКГ, где выявлен косовосходящий подъем сегмента ST- выше изолинии в грудных отведениях V2-V5. Больной предъявлял жалобы на неприятные ощущение в области сердца, периодические боли за грудиной колющего характера, одышку при физической нагрузке. Учитывая изменения на ЭКГ, больной с подозрением на инфаркт миокарда госпитализирован в терапевтическое отделение райбольницы и пролечен.

В 2008 году больной обследован в областной консультативной поликлинике у кардиолога, поставлен диагноз: ИБС, стабильная стенокардия, ИФК, ПИК(от 12.2007г-без зубца Q) Артериальная гипертония - IIст. Риск –IV. ХСН-I.ФК-II. У больного на серии ЭКГ в динамике за эти годы сохранялись подъемы сегмента=ST в грудных отведениях в V1-V5. С целью дообследования и проведения коронарографии, решения вопроса дальнейшей тактики лечения, больной госпитализирован в областное кардиологическое отделение. Объективные данные при поступлении: Состояние больного удовлетворительное, кожа и слизистые чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, ЧДД –в 1мин-20. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС-60 в 1 мин. Пульс -60 в 1 мин, АД-140/90 мм.рт.столба. Печень пальпируется по краю реберной дуги, периферические отеки не определяются. Проведены обследования: клинические анализы крови, мочи, биохимические анализы - в пределах нормы. ЭКГ-Синусовая брадикардия, ЧСС -54 в 1 мин. Нормальное положение ЭОС. Гипертрофия левого желудочка. Изменение миокарда переднебоковой стенки левого желудочка (гипокалиемия-?). Увеличение электрической систолы желудочков. Эхокардиография - незначительно увеличена полость левого предсердия. Небольшая гипертрофия

левого желудочка. Створки аортального клапана, митрального клапана уплотнены. Митральная регургитация I ст, объем незначительный. Сократительная способность левого желудочка сохранена, диастолическая не нарушена. ФВ 66%. Коронарография-отмечается извитость коронарных артерий. Флюорография органов грудной клетки - Признаки хронического бронхита. ФГДС-хронический атрофический гастрит. Консилиум и клинический разбор от 29.12.2009года. Заключение: Учитывая данные клинической картины детализированные данные анамнеза, данных обследований ЭхоКГ – отсутствие зон гипокинеза, гипертрофии левого желудочка; отсутствие рубцовых изменений на ЭКГ; результаты коронароангиографии-коронарные артерии проходимы. В настоящее время данных за ИБС-нет. При изучении архивных – ЭКГ от 12. 2007 года, отмечается

косо-восходящий подъем сегмента ST в грудных отведениях в V1-V5, без динамики, характерной для острого инфаркта миокарда. Изменение на ЭКГ расценены как проявление синдрома ранней реполяризации желудочков, а не как ишемическое повреждение миокарда. Ранее поставленный диагноз от 20.03. 2008года – ИБС, стабильная стенокардия IФК, ПИК(от 12.2007 года без зубца Q) Артериальная гипертензия IIст. Риск IV. ХСН-I (II ФК) – изменен - Диагноз: Артериальная гипертензия – II ст. (умеренная АГ), III степень риска. Гипертоническое ремоделирование миокарда левого желудочка. Синдром ранней реполяризации желудочков. ХСН-I, IФК. Данный случай из практики является примером гипердиагностики инфаркта миокарда у лиц с синдромом РРЖ на ЭКГ.



Выводы:

По литературным данным, синдром ранней реполяризации желудочков (РРЖ) относится к сравнительно редким вариантам нормальной Электрокардиограммы, распространенность которого среди популяции составляет 1-7%. Синдром РРЖ – встречается как у здоровых, так и у больных с различными заболеваниями сердца.

Клиническое значение синдром РРЖ заключается в том, что он может трактоваться как ЭКГ – признак острой коронарной недостаточности. Поэтому, для исключения ИБС, и гипердиагностики ИБС – необходимо

тщательное клинико-инструментальное обследование лиц с синдром РРЖ.

Литература:

1. Яковлев В.М. Клиническая электрокардиография - 2007г., - Ростов-на Дону, Феникс Москва «Медпресс-информ».
2. Мурашко В.В, Струтынский А.В. – Электрокардиография – 2008 год.
3. Доцицин В.П Клинический анализ электрокардиограммы. – Москва, - «Медицина» - 1982г.

Clinical relevance and differentiation complexity of syndrome of early ventricular repolarization

M.I. Issabekova

According to the literature, syndrome of early ventricular repolarization (EVR) relates to the comparatively rare variants of physiologic electrocardiogram, prevalence of which among the population is 1-7%. Syndrome of EVR occurs in both healthy and sick people with different heart disease.

Clinical relevance of syndrome of EVR means that it can be treated as electrocardiogram – sign of coronary failure. That's why, for exclusion of coronary heart disease (CHD) and CHD overdiagnosis it is necessary a meticulous clinical and instrumental examination of persons with EVR syndrome. A case report is given.

Қарыншалардың ерте реполяризациясы синдромының клиникалық мағынасы мен саралау қиындығы

М.И. Исабекова

Әдебиет деректері бойынша, қарыншалардың ерте реполяризациясы синдромы (ҚЕР) дұрыс Электрокардиограмманың салыстырмалы сирек нұсқасына жатады. Оның популяциядағы таралушылығы 1-7% құрайды. ҚЕР (қарыншалардың ерте реполяризациясы) синдромы сау адамдар мен жүректің әр түрлі ауруларымен ауратын адамдарда да кездеседі.

ҚЕР синдромының клиникалық мағынасы келесіде: ол ЭКГ (электрокардиограмма), қан тамыр ауруының асқынған белгісі ретінде түсіндірілуі мүмкін. Сондықтан, ЖИА (жүрек ишемиялық ауруының) гипердиагностикасын болдырмас үшін ҚЕР (қарыншалардың ерте реполяризациясы) синдромы бар адамдарды мұқият клиникалық және инструменталдық қаралудан өткізу керек. Тәжірибеден алынған оқиға мысалға келтірілген.