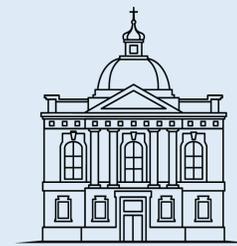




АНАЛИЗ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ТАКОЦУБО В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ



Евдокимов Д.С., Реснянская Е.Д., Болдуева С.А.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Источник финансирования отсутствует

Все чаще выявляющийся благодаря современным методам диагностики, синдром такоцубо (СТ) – это заболевание миокарда, которое приходится дифференцировать прежде всего с острым инфарктом миокарда, однако данных об электрокардиографических особенностях при СТ в настоящее время мало.

Цель исследования: выявить особенности электрокардиограммы (ЭКГ) у пациентов с СТ при поступлении в стационар.

Материалы и методы. Синдром такоцубо был верифицирован на основании лабораторно-инструментальных данных, согласно последним клиническим рекомендациям 2018 года у 60 пациентов (средний возраст – 65,5±13,4 лет). Выполнено ретроспективное исследование данных ЭКГ больных СТ при поступлении. Распределение больных по анатомическому варианту СТ было следующим: апикальный тип – 56 (93,4%) человек, среднежелудочковый – 2 (3,3%) человека, базальный – 2 (3,3%) человека (таблица 1).

Табл. 1. Данные ЭКГ, полученные у больных с разными анатомическими вариантами СТ при поступлении.

	Всего n=60	Апикальный n=56	Средне-желудочковый n=2	Базальный n=2
Синусовый ритм, n (%)	58 (96,7)	54 (96,4)	2 (100)	2 (100)
Частота сердечных сокращений (ЧСС), уд/мин.	79,6±16,8	79,9±16,8	62,0±1,4	88,0±16,9
Корригированный QT, мс. (формула Базетта)	471,9±48,4	472,9±48,6	432,5±45,9	484,0±50,9
Подъем сегмента ST, n (%)	35 (58,3)	32 (57,1)	2 (100)	1 (50)
Подъем сегмента ST ≥1,0 мм в отведении II	16 (26,7)	15 (26,8)	0	1 (50)
Отсутствие подъема сегмента ST в отведении V1 и амплитуда подъема сегмента ST <2 мм в отведении V2	11 (18,3)	10 (17,9)	1 (50)	0
Подъем ST в V4–6 / V1–3 ≥1	23 (38,3)	21 (37,5)	1 (50)	1 (50)
Реципрокные изменения ST, n (%)	0	0	0	0
Депрессия сегмента ST в анализируемых отведениях, n (%)	3 (5,0)	2 (3,6)	0	1 (50)
Отрицательные зубцы T в анализируемых отведениях, n (%)	20 (33,3)	20 (35,7)	0	0
Максимальный отрицательный зубец T, мм	3,1±2,2	3,1±2,2	-	-
Патологический Q, n (%)	1 (1,7)	1 (1,7)	0	0

Результаты. Нормальная ЭКГ при поступлении была только у 4 (6,7%) пациентов. Синусовый ритм был при поступлении у 58 (96,7%) пациентов, у остальных была фибрилляция предсердий. Элевация сегмента ST была зарегистрирована у 35 (58,3%) пациентов. Чаще всего подъем сегмента ST (рис. 1) при апикальном варианте СТ наблюдался в отведениях V2–V6, тогда как при среднежелудочковом с явным преимуществом отмечался в отведении V3, а в единственном случае с базальным типом СТ элевация сегмента ST была во всех отведениях, кроме III, aVF, aVR. Депрессия сегмента ST встречалась всего у 2 пациентов с апикальным вариантом СТ и у 1 больного с базальным вариантом в отведениях V3–V6. В одном случае при апикальном варианте заболевания депрессия сегмента ST наблюдалась и в других отведениях, за исключением aVR.

Результаты. Что касается отрицательных зубцов T (рис. 2), в анализируемой нами группе больных они наблюдались только при апикальном варианте СТ и преимущественно в грудных отведениях (V4–V6). Отрицательные зубцы T встречались только при апикальном варианте СТ, в 35,7% случаев. Значения QTc >500 мс считаются патологическими, имеющими высокий аритмогенный потенциал, как для мужчин, так и для женщин. В анализируемой группе больных при поступлении у 24 (40%) человек наблюдалось удлинение интервала QTc, при этом у 11 (18,3%) из них его продолжительность составила >500 мс. Патологический зубец Q был выявлен только у 1 пациента при поступлении.

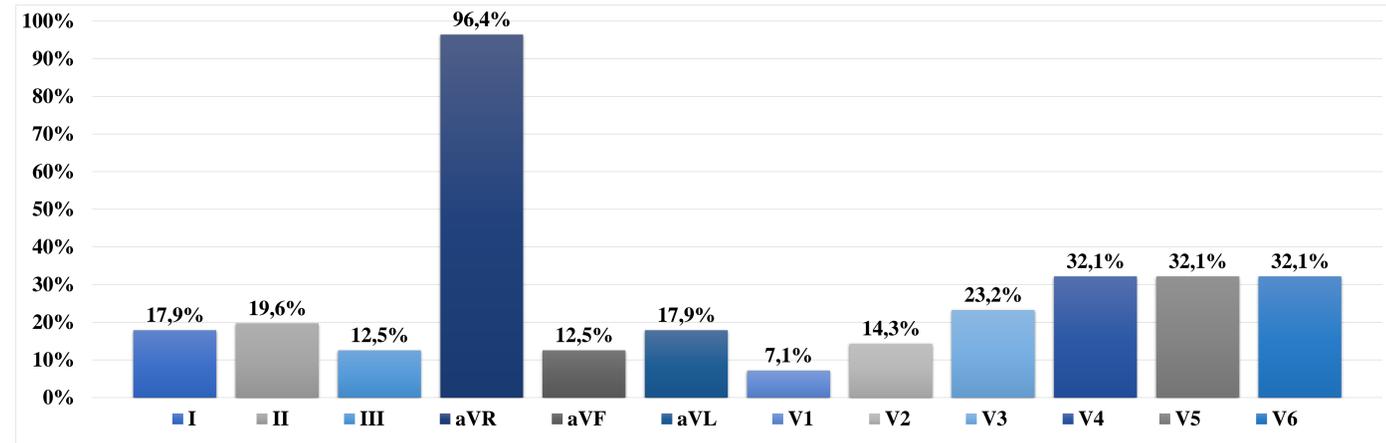
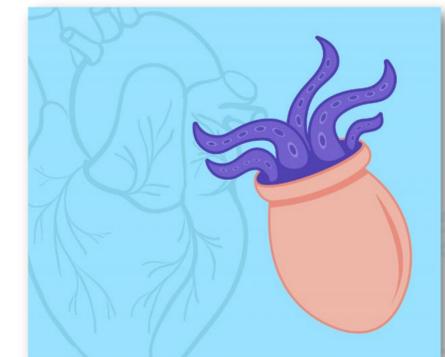


Рис. 2. ЭКГ при поступлении. Частота встречаемости отрицательного зубца T в соответствующих отведениях ЭКГ при апикальном варианте СТ



Рис. 1. ЭКГ при поступлении. Частота встречаемости элевации сегмента ST в зависимости от анатомического варианта СТ



Выводы. Согласно полученным нами данным, у пациентов с СТ в острый период заболевания чаще всего на ЭКГ встречались такие изменения, как удлинение интервала QTc и наличие глубокого отрицательного зубца T преимущественно в отведениях V4–V6.