

К ВОПРОСУ О ЛОЖНЫХ ХОРДАХ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Слюсар И.Б.

Городская клиническая больница № 20, г. Москва

Дальнейший целенаправленный анализ клинических наблюдений пациентов с ложными хордами левого желудочка и атипичными трабекулами (ЛХЛЖ и АТ), выявляемых при ЭхоКГ, позволяет наряду с увеличением выборки сделать некоторые обобщения о влиянии этих структур на электрокардиограмму. Обследованы 776 кардиологических больных с использованием ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭМ, суточного мониторирования ЭКГ и артериального давления. ЛХЛЖ и АТ выявлены в 147 пациентов (19%), причем чаще у лиц с артериальной гипертензией. Из них у 105 человек отмечались эхокардиографические признаки гипертрофии миокарда, представленной в 14% случаев локальной гипертрофией, обусловленной наличием ЛХЛЖ и АТ. У 30 человек имелись электрокардиографические признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, в то время как при эхокардиографии увеличения полости и утолщения стенок левого желудочка, как и нарастания индекса массы миокарда, не выявлено. У 38 пациентов обнаружено пролабирование створок атриовентрикулярного клапана. Экстрасистолия при обычной электрокардиографии регистрировалась у 29% обследованных, у 18 пациентов имелись пароксизмальные нарушения ритма. При холтеровском мониторировании ЭКГ у всех пациентов в том или ином количестве отмечались суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы. У 64 обследованных выявлен регресс зубца R с V1 по V3 на ЭКГ. При этом рубцовые изменения миокарда переднесептальной области отмечались в ЭКГ- заключениях 29 человек, среди которых лишь у 11 пациентов имелись анамнестические данные о перенесенном инфаркте миокарда. У 7 больных несмотря на анамнез, клиническую документацию, свидетельствующую о перенесенном инфаркте миокарда, и наличии зон дискинезии выявляемых эхокардиографией, электрокардиографические признаки рубцовых изменений мышцы сердца не регистрировались, вероятно, они маскировались влиянием ЛХЛЖ и АТ. Предполагается, что отсутствие адекватного прироста зубца R с V1 по V3, которые сочетаются с положительными зубцами T и отсутствием изменений сегмента ST, является проявлением ЛХЛЖ и АТ. Заслуживают внимания наблюдения, что у части пациентов с артериальной гипертензией, у которых ЛХЛЖ и АТ прикреплялись к базальному сегменту МЖП или в выносящем тракте левого желудочка, монотерапия β -адреноблокаторами по эффективности не уступала комплексному лечению с использованием современных гипотензивных препаратов. Представленные результаты свидетельствуют о том, что ЛХЛЖ и АТ часто встречаются у пациентов с пароксизмальными нарушениями ритма и экстрасистолическими аритмиями; имитируют гипертрофию миокарда, причем в большинстве случаев асимметричное утолщение МЖП; проявляются нарушениями внутрижелудочковой проводимости; присутствуют при инфарктоподобных изменениях ЭКГ и могут маскировать известные электрокардиографические признаки.