

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С ЖИЗНЕСПОСОБНЫМ МИОКАРДОМ

Доброхотова Е.С.*¹,
Новожилов А.Е.²,
Солнышков С.К.³, кандидат медицинских наук

¹ Кафедра терапии и амбулаторной медицины ФДППО ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 8

² ГУЗ «Кардиологический диспансер», 153012, Иваново, Ф. Энгельса, 22

³ Кафедра внутренних болезней педиатрического факультета, физиотерапии и военно-полевой терапии ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

* Ответственный за переписку (*corresponding author*): тел.: (4932) 32-51-48.

У многих пациентов с перенесенным инфарктом миокарда в зоне поражения выявляется так называемый «спящий» (гибернирующий) миокард. Важно, что гибернирующий миокард является жизнеспособным, может восстанавливать свою сократительную способность под влиянием реваскуляризации и, возможно, оптимальной консервативной терапии. С другой стороны, пациенты с жизнеспособным миокардом (ЖМ) в зоне поражения имеют определенные особенности: у них чаще развивается стенокардия напряжения, повторные инфаркты миокарда и нестабильная стенокардия, жизнеугрожающие желудочковые нарушения ритма, чаще требуется проведение реваскуляризации миокарда. В то же время установлено, что у больных постинфарктным кардиосклерозом чаще отмечается электрическая неоднородность миокарда, увеличивающая риск аритмической смерти.

Целью настоящего исследования явилась оценка клинических и электрофизиологических особенностей (дисперсии интервала QT и поздних потенциалов желудочков) пациентов с постинфарктным кардиосклерозом в зависимости от наличия ЖМ в зоне поражения.

Исследование проводилось на базе ГУЗ «Кардиологический диспансер». В исследование включены 28 больных (24 мужчины и 4 женщины) с перенесенным инфарктом миокарда, имеющие нарушение локальной сократимости левого желудочка по данным эхокардиографии (ЭхоКГ). Средний возраст обследованных составил 56 лет (от 39 до 72 лет).

Инструментальное исследование включало электрокардиографию (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, ЭхоКГ на аппарате «LOGIQ-500» с определением параметров нарушения ло-

кальной и глобальной сократимости миокарда, стресс-ЭхоКГ с добутамином по стандартной методике, определение дисперсии интервала QT и ЭКГ высокого разрешения для оценки сигнал-усредненной ЭКГ на аппарате «Полиспектр 12» (ООО «Нейрософт») с применением программной обработки.

Обследованные характеризовались следующим образом: 19 пациентов перенесли передний Q-инфаркт миокарда, 9 – нижний Q-инфаркт миокарда. Фракция выброса (ФВ) в среднем составила 60%. У 5 пациентов обнаружена систолическая дисфункция миокарда (ФВ < 50%). По результатам стресс-ЭхоКГ установлено, что у 16 больных имелся ЖМ в зоне поражения. Индекс нарушения локальной сократимости составил от 1,13 до 1,75 балла (в среднем 1,40 балла). При изучении электрофизиологических параметров выявлено, что дисперсия интервала QT у больных с наличием ЖМ в среднем составила $63 \pm 10,5$ мс, тогда как при его отсутствии – $34 \pm 16,4$ мс ($p < 0,05$); ширина фильтрованного желудочкового комплекса на сигнал-усредненной ЭКГ – 121 ± 14 мс у пациентов с ЖМ против 112 ± 11 мс у лиц без него ($p = 0,08$).

Таким образом, имеется тенденция к появлению различий в дисперсии интервала QT и ведущего показателя сигнал-усредненной ЭКГ (фильтрованного комплекса QRS) у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом в зависимости от наличия ЖМ в зоне поражения. У больных с ЖМ отмечена более выраженная неоднородность процессов реполяризации желудочков в виде удлинения дисперсии интервала QT и фильтрованного комплекса QRS. Полученные данные могут свидетельствовать о большей вероятности аритмогенного субстрата в присутствии гибернирующего миокарда.