

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра кардиологии, функциональной и клинико-лабораторной
диагностики ИПО

Зав.кафедрой: ДМН, Профессор Матюшин Г. В.

Ответственный за ординатуру: КМН, доцент
Кузнецова О.О.

РЕФЕРАТ на тему:

«ИНФАРКТОПОДОБНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ИХ ОСОБЕННОСТИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. Синдром
Бругада, аллергический и инфекционно-токсический шок, опухоли сердца, посттахикардальный
синдром»

Выполнила: Ординатор 1 года обучения,

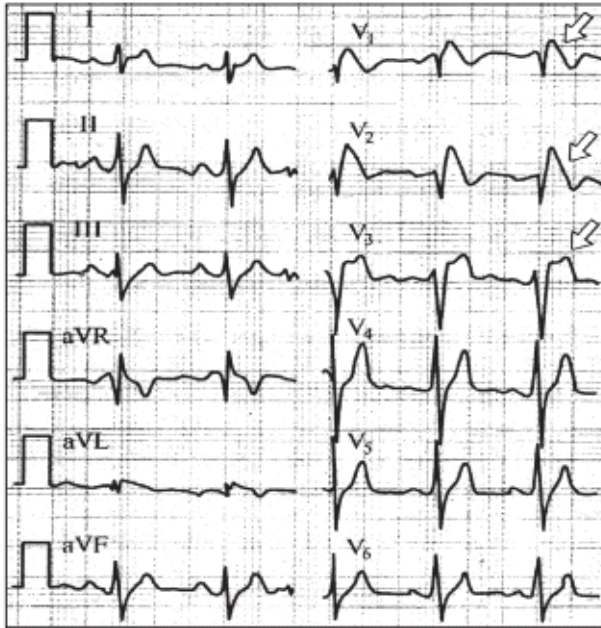
Федорова А.С

Проверила: КМН, доцент Савченко Е.А.

Красноярск, 2022 г.

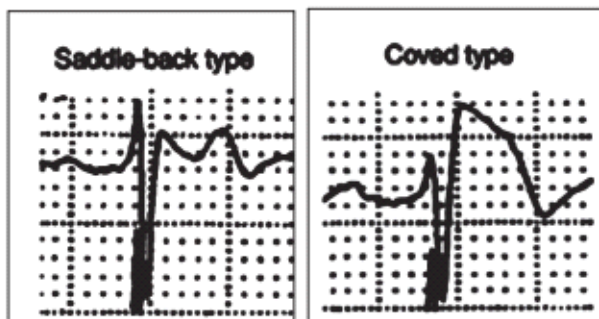
Синдром Бругада (СБ).

В 1992 году испанские кардиологи Педро и Джозеф Бругада опубликовали наблюдение за 8 пациентами (6 мужчин и 2 женщины) с эпизодами клинической смерти в анамнезе. Инструментальные методы исследования (эхокардиография, ангиография, электрофизиологическое исследование, биопсия миокарда у 4 пациентов) не выявили какое-либо органическое заболевание сердца. Единственной особенностью у этих пациентов было наличие на ЭКГ особой формы блокады правой ножки пучка Гиса (БПНПГ) с подъемом сегмента ST. Синкопальные состояния сопровождались регистрацией на ЭКГ полиморфной желудочковой тахикардии «torsade de pointes» (TdeP), возникавшей после ранних парных желудочковых экстрасистол и при программированной стимуляции. Таким образом, братья Бругада впервые подробно описали характерный паттерн ЭКГ, позволяющий определить высокий риск возникновения жизнеугрожающих желудочковых аритмий у лиц без органической патологии сердца.



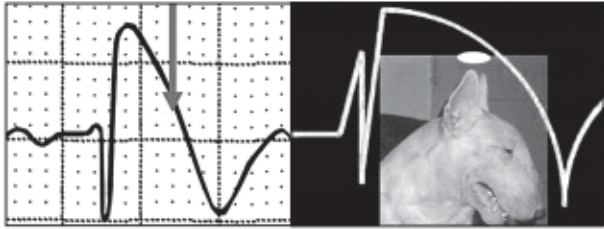
ЭКГ пациента с СБ: стрелками отмечен подъем сегмента ST в отведениях V1-V3, отличающийся от подъема сегмента ST при ИМ, также наблюдается БПНПГ

В настоящее время СБ – это клинико-электрокардиографический синдром, характеризующийся синкопальными состояниями и эпизодами внезапной смерти (ВС) у пациентов без органических изменений сердца и проявляющийся на ЭКГ постоянной или транзиторной БПНПГ с подъёмом сегмента ST в правых грудных отведениях (V1-V3). Также в этих отведениях может регистрироваться инвертированный зубец Т. Описаны два типа подъёма сегмента ST при СБ: «saddle-back type» («седло») и «coved type» («свод»)



Два типа подъема сегмента ST при синдроме Бругада (а – saddle back type; б – coved type)

Наибольшей диагностической значимостью обладает ЭКГ типа Бругада Ia (или тип «бультерьера»)

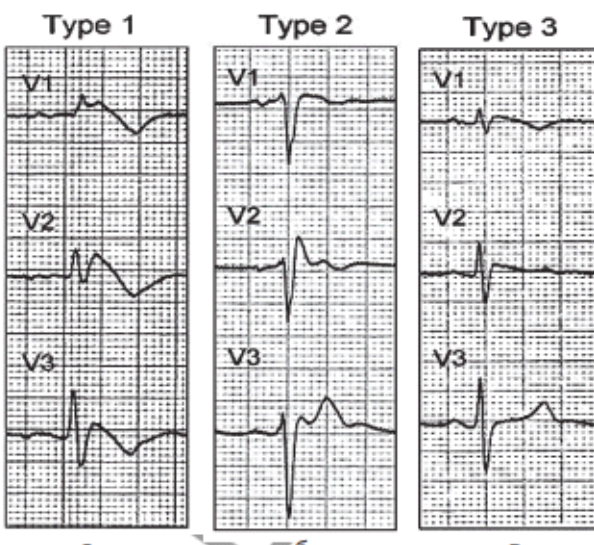


ЭКГ типа Бругада 1a (или тип «бультерьера»)

Характерная электрокардиографическая картина – деформация QRS комплекса по типу БПНПГ и элевация ST сегмента в правых грудных отведениях.

Кроме типичной клинической картины, при СБ выделяют специфический электрокардиографический паттерн. Он включает БПНПГ, специфический подъем сегмента ST в отведениях V1-V3, периодическое удлинение интервала PR, приступы полиморфной желудочковой тахикардии во время синкопе. Выделяются следующие электрокардиографические формы СБ :

- тип 1 характеризуется подъемом точки J на 2 мм и более, сводчатым (coved) типом подъема сегмента ST и инвертированными Т зубцами в отведениях V1 и V2;
- тип 2 также характеризуется подъемом точки J на 2 мм и более, подъемом сегмента ST более чем на 1 мм с седловидной (saddle-back) формой ST сегмента и положительными или двухфазными Т зубцами;
- тип 3 схож с типом 2 СБ, за исключением того, что подъем ST сегмента минимальный – меньше, чем 1 мм.

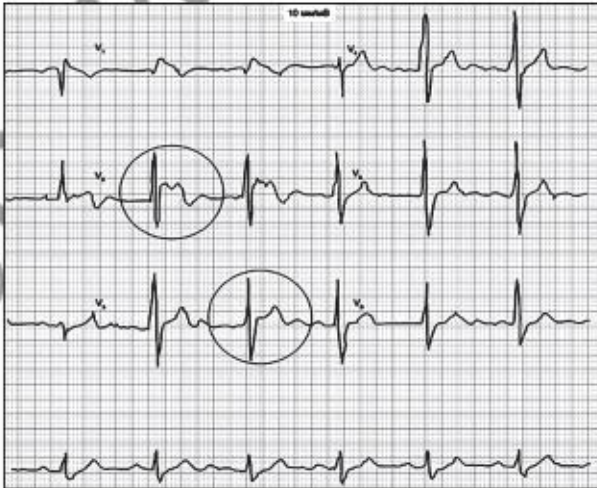


Электрокардиографические варианты синдрома Бругада.

В настоящее время считается, что только тип 1 является истинным СБ.

На рисунке представлена ЭКГ пациента с атипичным СБ. В отведении V1 подъем сегмента ST типа

«свод», в отведении V2 – типа «седло»

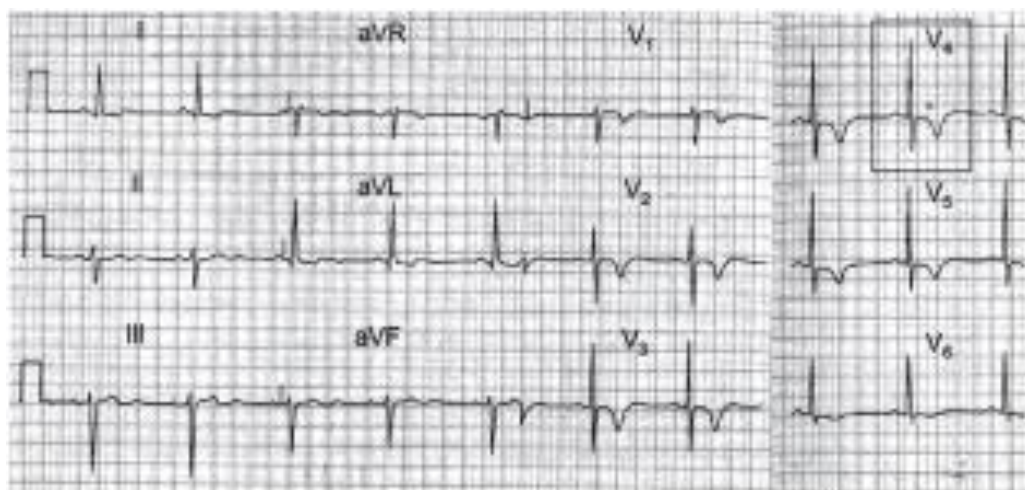


Атипичный СБ.

Аллергический и инфекционно-токсический шок.

Сильная загрудинная боль, одышка, падение артериального давления – симптомы, возникающие при анафилактическом и инфекционно-токсическом шоке. Анафилактический шок может возникать при любой лекарственной непереносимости. Начало болезни острое, четко приурочено к причинному фактору (инъекция антибиотика, прививка с целью профилактики инфекционного заболевания, введение противостолбнячной сыворотки и др.). Иногда болезнь начинается через 5-8 дней от момента ятрогенного вмешательства, развивается по типу феномена Артюса, в котором сердце выступает в роли шок-органа. Инфекционно-токсический шок с поражением миокарда может возникнуть при любом тяжелом инфекционном заболевании (пневмония, ангина и др.)

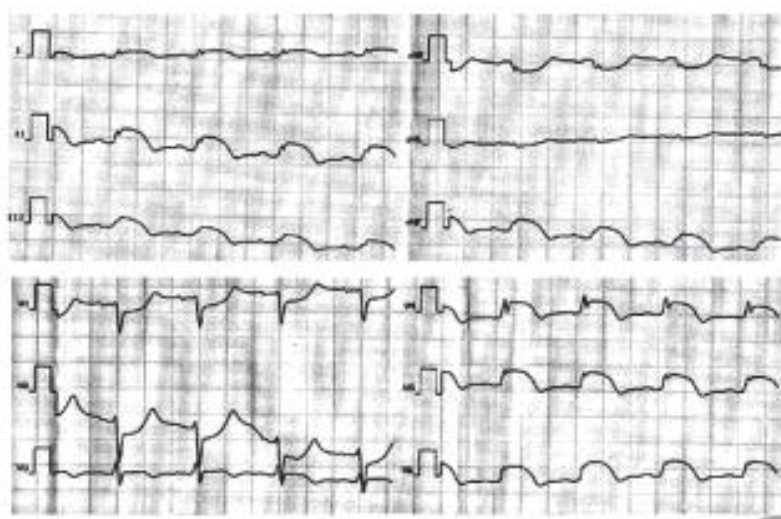
Клинически заболевание очень напоминает ИМ, отличаясь от него по этиологическим факторам, приведенным выше. Дифференциальный диагноз тем более труден, что при аллергическом и инфекционноаллергическом шоке могут возникать некоронарогенные некрозы миокарда с грубыми изменениями ЭКГ, лейкоцитозом, увеличением СОЭ, гиперферментемией (АсАТ, ЛДГ, ГБД, КФК и даже МВ КФК). В отличие от типичного инфаркта миокарда, у таких больных на ЭКГ не бывает глубокого зубца Q и тем более комплекса QS, дискордантности изменений конечной части.



ЭКГ пациентки Т., 52 лет, с анафилактическим шоком, развившимся на введение. Антибиотика (Синусовый ритм. Отклонение ЭОС влево. Нормальные комплексы QRS. Инверсия зубцов Т во всех грудных отведениях.)

Опухоли сердца (первичные и метастатические).

При опухолях сердца могут появляться упорные интенсивные боли в прекардиальной области, резистентные к нитратам, сердечная недостаточность, аритмии. На ЭКГ – патологический зубец Q, элевация интервала ST, отрицательный зубец Т. В отличие от ИМ при опухоли сердца не бывает типичной эволюции ЭКГ, она малодинамична. Сердечная недостаточность, аритмии рефрактерны к лечению. Диагноз уточняется при тщательном анализе клинико-рентгенологических и эхокардиографических данных .



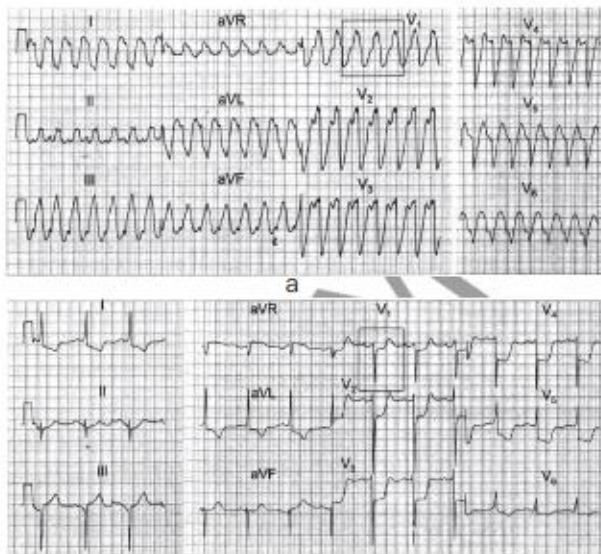
ЭКГ пациентки В., 26 лет, с диагнозом: Неходжкинская лимфома споражением лимфоузлов средостения, шейных лимфоузлов слева.

Вторичный перикардит. Миокардиодистрофия. Н1. ХСН ФК1 (NYHA)

ЭКГ-картина, характерная для острого трансмурального повреждения миокарда и не соответствующая жалобам пациентки и клинико-лабораторным данным. По данным коронарографии: левая коронарная артерия, передняя межжелудочковая ветвь, огибающая ветвь, правая коронарная артерия – без признаков стенозирования; тип кровоснабжения смешанный. Тропонин составил менее 0,5.

Посттахикардальный синдром.

Посттахикардальным синдромом называется ЭКГ-феномен, выражающийся в преходящей ишемии миокарда (депрессия интервала ST, негативный зубец Т) после купирования тахикардии.



Данный симптомокомплекс необходимо оценивать очень осторожно. Во-первых, тахикардия может быть началом ИМ, и ЭКГ после ее купирования зачастую лишь выявляет инфарктные изменения. Во-вторых, приступ тахикардии такой степени нарушает гемодинамику и коронарный кровоток, что он может приводить к развитию миокардиальных некрозов, особенно при изначально дефектном коронарном кровообращении у больных со стенозирующим коронарным атеросклерозом. Следовательно, диагноз посттахикардального синдрома достоверен после тщательного наблюдения за больным с учетом динамики клинических, эхокардиографических, лабораторных данных.