

ОСОБЕННОСТИ ЭКГ ДИАГНОСТИКИ Q-И НЕ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

¹Гончарик Т.А., ¹Алексейчик С.Е., ²Кутасевич Т.В., ²Мазур В.В., ²Варава Н.К.,
²Борис Е.С.

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск,
Республика Беларусь

²УЗ «10-я городская клиническая больница», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Одним из диагностических критериев инфаркта миокарда являются данные электрокардиограммы (ЭКГ). Изменения на ЭКГ во многом влияют на тактику ведения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), определяют необходимость и метод реваскуляризации. Однако диагностические возможности ЭКГ имеют определенные ограничения. По данным ряда авторов чувствительность системы 12 общепринятых отведений у пациентов с инфарктом миокарда составляет около 50%, что обусловлено технологическими недостатками метода и анатомическими особенностями сердца.

Цель: проанализировать ЭКГ-изменения, данные эхокардиографии (ЭХОКГ), коронароангиографии (КАГ), у пациентов с ОКС с подъемом (ОКСпST) и без подъема сегмента ST (ОКСбпST), в зависимости от исхода ОКС (Q или не Q-инфаркт миокарда).

Материал и методы. В исследование включены 56 пациентов, которые поступали в 10 ГКБ г. Минска с ОКСбпST и с ОКСпST и в дальнейшем был диагностирован инфаркт миокарда. Средний возраст пациентов составил 66,1 лет, из них 34 (61%) мужчины и 22 (39%) женщины. Критериями инфаркта миокарда были: клиника, ЭКГ-изменения в динамике, повышение тропонина, КФК-МВ. Всем пациентам была выполнена ЭКГ в динамике, ЭХОКГ и КАГ. Статистический анализ проводился при помощи программного пакета Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 20.

Результаты. В ходе исследования было сформировано 2 группы. В 1-ю группу включены пациенты с ОКСп ST (n=31), во 2-ю группу пациенты с ОКСбпST (n=25). Группы были сопоставимы по полу, индексу массы тела, наличию в анамнезе артериальной гипертензии, сахарного диабета, дислипидемии.

В каждой из этих групп были выделены подгруппы с Q и не Q-инфарктом миокарда. У 19 (61%) пациентов 1-ой группы диагностирован Q-инфаркт миокарда, у 12 (39%) – не Q-инфаркт миокарда. Во 2-ой группе у 9 пациентов (36%) диагностирован Q-инфаркт миокарда, у 16 пациентов (64%) - не Q-инфаркт миокарда.

Анализ локализации инфаркта миокарда в группах показал, что в 1-ой группе в 61% (n=19) случаев сформировался Q-инфаркт, в основном локализация в бассейне передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) – переднеперегородочный, передний распространенный, в трети случаев – нижний

инфаркт миокарда. В не Q-инфаркт трансформировались 39% случаев и в основном (59%) это переднеперегородочные инфаркты, 25% - нижний инфаркт. Во 2-ой группе трансформация в Q-инфаркт произошла в 36% (n=9) случаев, из них 78% (n=7) это был нижний инфаркт миокарда, а в 22% (n=2) – боковой инфаркт миокарда. Трансформация в не Q-инфаркт – в 64% (n=12) случаев. По локализации это были примерно в равной степени переднеперегородочный, передний распространенный, чуть реже задний и у 2 пациентов боковой инфаркт миокарда.

Сравнительный анализ данных ЭКГ, ЭХОКГ, КАГ показал, что у пациентов 1-ой группы нижний инфаркт миокарда развивался при поражении правой коронарной артерии (ПКА) в 70 % случаев (n=7), а у 30 % (n=3) – огибающей ветви (ОВ), ветви тупого края (ВТК). Гипокинезы отсутствовали у пациентов при поражении менее 3 сосудов. При развитии переднеперегородочного инфаркта миокарда (n=12) инфарктсвязанной артерией являлась ПМЖВ, причем поражение локализовалось в 1 сегменте. У 2 пациентов коронарные артерии без признаков стенозирования. Гипокинез наблюдали у пациентов с мультифокальным поражением коронарных артерий. Передний распространенный инфаркт миокарда 9 (n=7) наблюдался при поражении ПМЖВ, но поражение чаще локализовалось во 2 сегменте. У всех пациентов были зоны гипокинеза. У одного пациента выявлен циркулярный верхушечный инфаркт миокарда. При этом гемодинамически значимый стеноз был в ПМЖВ и в ПКА. У пациентов 2-ой группы с Q-инфарктом миокарда (n=9), выявленные реципрокные изменения на первых ЭКГ в виде депрессии сегмента ST в грудных отведениях предшествовали подъему сегмента ST в II, III, avF и были расценены как ОКС бп ST. По данным КАГ мультифокальное поражение коронарных артерий. Практически у всех пациентов 2-ой группы с не Q-инфарктом (n=16) миокарда отсутствовали гипокинезы. По данным КАГ преобладало поражение 1-2 коронарных артерий. В 31% (n=5) случаев не были выявлены изменения коронарных артерий. По данным КАГ и в 1 и во 2 группе преобладало многососудистое поражение (65% и 68% соответственно

В 1-ой группе с подъемом ST и трансформацией в Q-инфаркт миокарда гипокинез выявлен в 58% случаев, из них в 42% случаев изменения на ЭХОКГ соответствовали локализации инфаркта миокарда на ЭКГ. В 42% случаев зон гипокинеза не выявлено. У пациентов с не Q-инфарктом миокарда только 34% пациентов имели гипокинезы и только у половины зоны гипокинеза соответствовали ЭКГ изменениям. В группе с ОКС бп ST, у пациентов с сформировавшимся Q-инфарктом миокарда, в 89% выявлены гипокинезы, но только в 22% они соответствовали локализации ЭКГ-изменений, что вероятно связано с наличием в 100% мультифокального поражения коронарных артерий в этой подгруппе.

Выводы:

1. Отсутствие подъема сегмента ST не исключает развитие Q инфаркта миокарда и требует проведения КАГ.

2. При развитии Q-инфаркта миокарда у пациентов с ОКСбпST реципрокные изменения на ЭКГ возникали раньше прямых, в 2/3 случаев инфарктсвязанной коронарной артерией являлись правая коронарная артерия, задняя межжелудочковая ветвь, огибающая ветвь (при правом типе) в сочетании с мультифокальным стенозирующим атеросклерозом коронарных артерий.

3. Зоны гипокинеза, выявляемые при ЭХОКГ не всегда отражают локализацию инфаркта миокарда и не могут служить диагностическим критерием.