

УДК 616.12-008.318-036.882-08-073.97-092

СЛУЧАЙ СИНДРОМА УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT, ОСЛОЖНЕННОГО ЧАСТЫМИ ЭПИЗОДАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ

В.А. Снежицкий¹, Г.А. Мадекина², Л.С. Скробко²,
Е.А. Снежицкая²

1 – УО «Гродненский государственный медицинский университет»

2 – УЗ «Гродненский областной кардиологический диспансер»

Приводится случай диагностики синдрома удлиненного интервала QT, осложненного частыми пароксизмами желудочковой тахикардии, трепетания и фибрилляции желудочков. Лечение сопровождалось успешной реанимацией, а впоследствии имплантацией кардиовертера.

Ключевые слова: синдром удлиненного интервала QT, фибрилляция желудочков, имплантация кардиовертера.

The case of the prolonged interval QT syndrome complicated by frequent paroxysms of ventricular tachycardia, ventricular flutter and fibrillation is described. The treatment was accompanied by successful reanimation and further by cardioverter implantation.

Key words: prolonged interval QT syndrome, ventricular fibrillation, cardioverter implantation.

Внезапная сердечная смерть (ВСС) развивается в результате многих причин [2]. Большинство из них этиологически связано с ишемической болезнью сердца. В то же время, ВСС может быть вызвана и более редкими заболеваниями, связанными с генетическими нарушениями, приводящими к возникновению жизненно опасных аритмий. Одним из таковых является синдром удлиненного интервала QT (СУИ QT) [1, 3, 4].

В данном сообщении мы приводим случай диагностики и лечения больной с СУИ QT, выявленный у молодой женщины, перенесшей эпизод ВСС и успешную реанимацию.

Приводим данное наблюдение.

Больная В., 41 года, поступила в кардиологическое отделение Гродненского областного кардиологического диспансера 31 декабря 2007 года (история болезни №4181) с жалобами на синкопальные состояния, перебои в работе сердца, эпизодически беспокоящие боли в области сердца.

Из анамнеза известно, что у больной с 10-летнего возраста эпизодически развиваются синкопальные состояния. До последнего времени это были кратковременные потери сознания. С лета 2007 года синкопе участились. Последний случай синкопе развился 9 декабря 2007 года, был длительный. Приехавшей по вызову бригадой скорой медицинской помощи была диагностирована пароксизмальная желудочковая тахикардия (ПЖТ), трансформировавшаяся в фибрилляцию желудочков (ФЖ). В результате проведенных мероприятий, включающих сердечно-легочную реанимацию и трансторакальную электрическую дефибрилляцию, больной был восстановлен синусовый ритм. Больная была выведена из состояния клинической смерти и доставлена в реанимационное отделение 1-й городской клинической больницы г. Гродно.

При поступлении был выставлен диагноз: ПЖТ, ФЖ, клиническая смерть. Больная находилась в реанимационном отделении 3 суток, и еще 21 сутки в кардиологическом отделении этой больницы.

Электрокардиограмма (ЭКГ) от 9.12.07: ритм синусовый нерегулярный, ЧСС 75, уд/мин., сменяющийся трепетанием желудочков с частотой 300 имп/мин., дважды (23:10 и 23:19) признаки разрядов дефибриллятора, с последующим восстановлением синусового ритма. Нормальное положение электрической оси сердца. P=0,08 с, P-Q=0,12 с, QRS=0,14 с, Q-T=0,42 с, Q-Tc=0,39 с.

Электрокардиограмма (ЭКГ) от 10.12.07: ритм несинусовый – нижнепредсердный нерегулярный, ЧСС 85, уд/мин., сменяющийся ФЖ (7 эпизодов), с последующим восстановлением синусового ритма. Нормальное положение электрической оси сердца. P=0,08 с, P-Q=0,12 с, QRS=0,14 с, Q-T=0,52 с, Q-Tc=0,56 с.

Электрокардиограмма (ЭКГ) от 28.12.07: ритм синусовый регулярный, ЧСС 70 уд/мин., нормальное положение электрической оси сердца. P=0,1 с, P-Q=0,18 с, QRS=0,09 с, Q-T=0,38 с, Q-Tc=0,4 с, нарушения реполяризации в правых прекардиальных отведениях (отрицательный зубец T V1-V3).

Ультразвуковое исследование сердца (от 10.12.07): Аорта – 28 мм, левое предсердие – 29 мм. Толщина межжелудочковой перегородки – 7 мм, толщина задней стенки левого желудочка – 11 мм, конечно-систолический размер левого желудочка – 30 мм, конечно-диастолический размер левого желудочка – 48 мм. Фракция выброса – 54%, правый желудочек – 22 мм. Клапаны и кровотоки через клапаны не изменены. Заключение: Небольшое снижение фракции выброса левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки (от 10.12.07): в легких инфилтративных изменений не выявлено. Корни структурны. В правом корне – кальцинат. Сердце – гипертрофия левого желудочка.

Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ) от 18.12.07: частота сердечных сокращений (ЧСС) днем – 76 уд/мин., ночью – 70 уд/мин. Циркадный индекс – 1,08. Ишемические изменения ЭКГ, аритмии не зарегистрированы.

На основании проведенного лечения был выставлен диагноз: Постмиокардитический кардиосклероз. Сложное нарушение ритма сердца. Желудочковая экстрасистолия (ЖЭС). ПЖТ. ФЖ. СУИ QT. Состояние после ЭИТ (9.12.07).

Проводилось лечение: аспирин, индометацин, амиодарон, клексан, дипиридамо, преднизолон, супрастин.

31 декабря 2007 года больная была переведена в Гродненский областной кардиологический диспансер для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики ведения.

Объективные данные: общее состояние удовлетворительное, правильного телосложения, рост 155 см, вес 50 кг. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. В легких прослушивается везикулярное дыхание. Размеры сердца не увеличены. Тоны ритмичные, звучность 1-го тона сохранена, 2-й тон не изменен, шумов нет. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 64 уд/мин. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

Данные лабораторного и инструментального обследования:

Общий анализ мочи: светло-желтая, удельный вес – 1012, белок – следы, сахар – отрицательный, лейкоциты – 4-6 в поле зрения, эпителий – 2-3 в поле зрения.

Общий анализ крови (от 2.01.08): эритроциты: $5,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 122 г/л, лейкоциты – $3,7 \cdot 10^9/л$, формула: с – 56%, л – 39%, п – 1%, м – 3%, э – 1%. СОЭ 8 мм/час.

Биохимический анализ крови (от 2.01.08): глюкоза – 3,8 ммоль/л, мочевина – 5,6 ммоль/л, холестерин – 4,9 ммоль/л, АСТ – 0,48 ммоль/ч л, АЛТ – 0,34 ммоль/ч л, K^+ – 3,8 ммоль/л, Na – 143 ммоль/л.

Ультразвуковое исследование сердца (от 4.01.08): Аорта – 30 мм, левое предсердие – 31 мм. Толщина межжелудочковой перегородки – 10/16 мм, толщина задней стенки левого желудочка – 9/16 мм, конечно-систолический размер левого желудочка – 33 мм, конечно-диастолический размер левого желудочка – 48 мм. Фракция выброса – 57%, правый желудочек – 22 мм. Клапаны и кровотоки через клапаны не изменены. Заключение: Структурной патологии сердца не выявлено.

ЭКГ от 01.01.08: ритм синусовый нерегулярный, частые ранние ЖЭС, ЧСС 82 уд/мин., нормальное положение электрической оси сердца. $P=0,11$ с,

$P-Q=0,22$ с, $QRS=0,1$ с, $Q-T=0,39$ с, $Q-Tc=0,37$ с, нарушения реполяризации в правых прекардиальных отведениях (отрицательный зубец T V1-V3).

ХМ ЭКГ (2.01.08): длительность наблюдения 23 часов 37 минут, частота сердечных сокращений (ЧСС) средняя днем – 72 уд/мин., мин. – 60, макс. – 92; ЧСС средняя ночью – 64 уд/мин., мин. – 60, макс. – 68. Циркадный индекс – 1,12. На фоне синусового ритма с ЧСС от 44 до 107 (средняя 54) зарегистрированы – одиночных ранних желудочковых экстрасистол – 48, днем – 22, ночью – 26. Ишемические изменения ЭКГ не зарегистрированы.

ЭКГ от 10.01.08: ритм синусовый нерегулярный, ЧСС 75 уд/мин., нормальное положение электрической оси сердца. $P=0,11$ с, $P-Q=0,19$ с, $QRS=0,08$ с, $Q-T=0,36$ с, $Q-Tc=0,34$ с.

Больной был выставлен диагноз: Синдром удлиненного интервала QT, ранняя желудочковая экстрасистолия, пароксизмальная желудочковая тахикардия, трепетание и фибрилляция желудочков. состояние после ЭИТ (9.12.07 и 10.12.07).

За время нахождения в стационаре ОКД у больной ПЖТ и ФЖ не наблюдались.

При выписке (10.01.08) больной были рекомендованы для лечения прием анаприлина по 20 мг 3 раза в день и имплантация кардиовертера.

04.03.08 в РНПЦ «Кардиология» больной была выполнена операция имплантации кардиовертера-дефибриллятора (ICD Alto 2 DR 624).

В июне 2008 года больная обследована повторно.

Электрокардиограмма (ЭКГ) от 10.06.08: ритм синусовый регулярный, ЧСС 75 уд/мин., нормальное положение электрической оси сердца. $P=0,11$ с, $P-Q=0,19$ с, $QRS=0,08$ с, $Q-T=0,35$ с, $Q-Tc=0,33$ с.

За прошедший промежуток времени ПЖТ и ФЖ, синкопе не наблюдались, самочувствие больного удовлетворительное, продолжает принимать анаприлин в той же дозе.

Особенность данного случая наблюдения состоит в том, что, у больной синкопе возникали уже длительный период (30 лет), перед пароксизмом трепетания желудочков наблюдалось расширение QRS (0,14 с), впоследствии отмечены преходящие нарушения реполяризации в правых прекардиальных отведениях, удлинение интервала QT зарегистрировано только на одной ЭКГ, на фоне приема анаприлина ПЖТ, ФЖ не рецидивируют.

Литература

1. Бокерия, Л.А. Синдром удлиненного интервала QT – клиника, диагностика и лечение / Л.А. Бокерия, А.Ш. Ревитшвили, И.В. Проницева // *Анналы аритмологии*. – 2005. – №4. – С. 7-17.
2. Кушаковский, М.С. Аритмии сердца. Руководство для врачей. / М.С. Кушаковский. – СПб.; ИКФ «Фолиант», 1999. – С. 347-356.
3. Modell, S.M. The long QT syndrome family of cardiac ion channelopathies: a HuGE review / S.M. Modell, M.H. Lehman // *Genet. Med.* – 2006. – Vol. 8(3). – P. 143-155.
4. Poelzing S., Rosenbaum D.S. Cellular mechanisms of torsade de pointes / S. Poelzing, D.S. Rosenbaum // *Novartis Found Symp.* – 2005. – Vol. 266. – P. 204-217.

Поступила 28.08.08