

ПРЕХОДЯЩАЯ БЛОКАДА СРЕДИННОЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА У БОЛЬНОГО С ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ.

КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Хабаровск

Рассматривается клинический случай больного с транзиторной блокадой срединной ветви левой ножки пучка Гиса на фоне вазоспастической стенокардии.

Ключевые слова: блокада срединной ветви, левая ножка пучка Гиса, вазоспастическая стенокардия.

A clinical case report is given of a patient with transient left median fascicular block at the background of vasospastic angina.

Key words: left median fascicular block, left branch of His bundle, vasospastic angina. Известно, что для

левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ) характерно многовариантное строение. Еще в начале 70-х годов прошлого столетия группой зарубежных ученых было установлено, что не менее чем в 2/3 случаев возбуждение левого желудочка (ЛЖ) осуществляется с участием не двух, а трех разветвлений ЛНПГ: передней, задней и срединной [1, 2]. Однако мнение о безусловности ее двухпучковой архитектоники до сих пор нередко является преобладающим среди клиницистов. Срединная ветвь может брать свое начало из угла, образованного двумя другими разветвлениями, либо отходить от одного из них. При двухпучковой организации ЛНПГ данная ветвь или отсутствует как морфологическое образование, или имеет дискретный характер строения [3].

Срединно-перегородочное разветвление направляется вперед и вниз, деполяризуя среднюю часть межжелудочковой перегородки и ограниченную область передней стенки ЛЖ.

Изменения электрокардиограммы (ЭКГ) при блокаде срединно-перегородочной ветви обычно появляются в горизонтальной плоскости. Деполяризация передней стенки ЛЖ идет с запаздыванием, волна возбуждения приходит со стороны задней и боковой стенок, то есть результирующий вектор направлен вперед, поэтому в отведениях V2, V3, (иногда и в V1), регистрируется высокий немного уширенный зубец R (комплексы qR, R или Rs) [4]. Преобладающей является органическая причина блокады срединной вет-

ви [5]. Хотя она и может быть изолированной, чаще сочетается с блокадой передне-верхнего разветвления (ПВР) [6].

Пациент 53 лет был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в отделение неотложной кардиологии 30.12.2017 с жалобами на приступы интенсивных загрудинных болей, сопровождающихся слабостью и потливостью. Боли возникали вне связи с физической нагрузкой и проходили спонтанно в течение 15-20 минут. Больной госпитализирован с диагнозом ишемическая болезнь сердца (ИБС), впер-

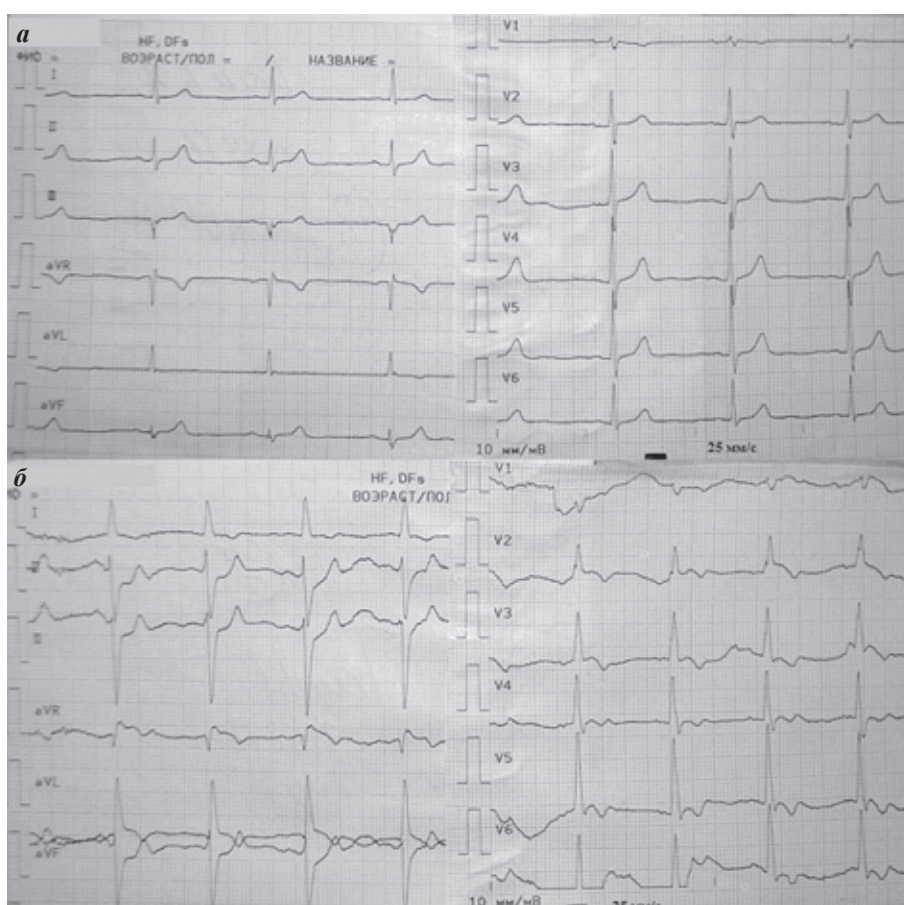


Рис. 1. ЭКГ больного при поступлении (а), на фоне приступа стенокардии (б). Объяснения в тексте.

© А.Г.Еремеев 2018

Цитировать как: А.Г.Еремеев Преходящая блокада срединной ветви левой ножки пучка Гиса у больного с вазоспастической стенокардией // Вестник аритмологии, 2018, №93, с. 49-50; DOI: 10.25760/VA-2018-93-49-50.

вые возникшая стенокардия. На ЭКГ снятой при поступлении: синусовый ритм, горизонтальное положение электрической оси сердца (угол α составляет 0°), смещение переходной зоны вправо к отведениям V1, V2, сегмент S-T на изолинии, «коронарных» зубцов T нет (рис. 1а).

При проведении эхокардиографии: камеры сердца не увеличены, зоны локального гипо- и акинеза не визуализируются, систолическая и насосная функция ЛЖ сохранены, диастолическая дисфункция ЛЖ по I-му типу, патологической регургитации на клапанах нет. Больному была назначена антикоагулянтная, антиагрегантная и антиангинальная терапия.

Учитывая стабильное состояние пациента и отсутствие «ишемических» изменений на ЭКГ, коронарографию решено было провести в отсроченном порядке. Однако к концу первых суток пребывания в стационаре у больного развился очередной, типичный для него, приступ сильной загрудинной боли. На снятой в этот момент ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм, блокада срединной ветви ЛНПП, блокада ПВР (угол α составляет -60°); косонисходящая элевация сегмента S-T в отведениях aVL, V2, V3, переходящая в отрицательный зубец T (рис. 1б).

С клинко-электрокардиографическими признаками острого ишемического повреждения миокарда больной в экстренном порядке был доставлен в рентгеноперационную для проведения коронарографии. На коронарограмме выявлена субокклюзия передней нисходящей артерии в средней трети. При интракоронарном введении нитратов субокклюзия исчезла; ангинозный приступ купировался. Остальные коронарные

артерии оказались интактными; показаний для ангиопластики со стентированием не было.

Таким образом, у больного имела место вазоспастическая стенокардия [7]. После болевого приступа ЭКГ-картина вернулась к исходной (см. рис. 1). К лечению добавлен блокатор кальциевых каналов из группы дигидропиридинов. Через 7 дней в удовлетворительном состоянии пациент был выписан из стационара под амбулаторное наблюдение кардиолога.

Особенность представленного клинического случая в том, что приступы стенокардии сопровождалась транзиторным появлением, редко встречающейся, блокады срединной ветви ЛНПП. Трансмуральная ишемия передне-перегородочного сегмента ЛЖ привела к нарушению проводимости и изменению направления электрического вектора во фронтальной и горизонтальной плоскости. У конкретного больного преходящая блокада срединной ветви оказалась одним из манифестирующих симптомов ИБС. Вполне возможно, что в некоторых случаях данное нарушение проводимости может предстать единственным ЭКГ-проявлением субклинического атеросклеротического поражения передней нисходящей артерии.

Актуальным является вопрос дифференциальной диагностики блокады срединного разветвления. Следует помнить, что высокоамплитудные зубцы R в отведениях V1-V3 могут встречаться в следующих клинических ситуациях: синдром WPW; задне-базальный инфаркт миокарда; гипертрофия правого желудочка; нормальная ЭКГ детей первых лет жизни, когда по естественным причинам преобладают потенциалы правого желудочка [4, 8].

ЛИТЕРАТУРА

1. Demoulin JC, Kulbertus HE. Histopathological examination of the concept of left hemiblock, *British Heart Journal* 34:807, 1972.
2. Durrer D. et al. Total excitation of the isolated human heart. *Text. // Circulation.* -1970. Vol. 41, № 6. - P. 899-912.
3. Massing G.K., James T.N. Anatomical configuration of the His bundle and bundle branches in the human heart // *Circulation.* - 1976. - 53, 609-621.
4. Кушаковский М. С. Аритмии сердца. Нарушения сердечного ритма и проводимости. С. Петербург: Фолиант, 2014. 640 с.
5. Перес А., Самесина Н., Рамирес Ж.Ф. и др. Новые электро- и векторкардиографические показатели для диагностики сочетанной блокады передневерхнего и задне нижнего разветвления левой ножки пучка Гиса при кардиомиопатиях // *Вестник Аритмологии*, 1999, № 13, с. 28-32.
6. Kulbertus H., Demoulin J. Pathological basis of concept left hemi-block. // *The Conduction System of the Heart.* Lea and Febiger, Philadelphia. - 1976. - P.287.
7. Боровкова Н.Ю., Боровков Н.Н., Ловцова Л.В., Голицына Н.А. Вазоспастическая стенокардия. Современная диагностика и лечение. Н.Новгород: НижГма. - 2015. 43 с.
8. Гутхайль Х., Линдингет А. ЭКГ детей и подростков. Перевод с немецкого под редакцией профессора М.А. Школьниковой. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 255 с.