

Экспертное заключение

Суточное мониторирование ЭКГ показало в целом благоприятную картину: устойчивый синусовый ритм, нормальный циркадный индекс, нормальная вариабельность ритма — это маркеры здоровой вегетативной регуляции сердца. Основные находки требуют разбора, но не являются угрожающими: 3 эпизода АВ-блокады II степени Мобитц 1 во сне (физиологичный феномен у молодых людей с высоким тонусом блуждающего нерва), 24 наджелудочковые экстрасистолы за сутки (значительно меньше 1% — клинически незначимо) и сомнительная депрессия ST в отведениях II, III, aVF на пике быстрой ходьбы перед снятием монитора, которую сам врач функциональной диагностики связывает с дрейфом изолинии. Главный вопрос для очной консультации кардиолога — оценить депрессию ST, поскольку артефакт и истинная ишемия по записи различаются плохо. У женщины 36 лет без факторов риска вероятность истинной ишемии низкая, но формально требует уточнения.

Клинические индексы и расчётные показатели

ИНДЕКС	ЗНАЧЕНИЕ	НОРМА	ЧТО ЭТО ЗНАЧИТ
Циркадный индекс	1.34	1.24–1.44	Нормальная разница день/ночь, сохранён вегетативный баланс
Субмаксимальная ЧСС достигнута	163 при пороге 139	≥85% от максимальной	Хронотропный резерв сердца достаточный
SDNN (общая BPC)	234 мс	143±32	Высокая общая вариабельность — признак хорошей вегетативной регуляции
rMSSD (парасимпатика)	62 мс	35±11	Высокий парасимпатический тонус — типично для молодых, физически активных
PNN50	31%	13±9%	Подтверждает высокий вагусный тонус
QTc среднесуточный	0.43 сек	до 0.46	В пределах нормы при ручном подсчёте
Slope QT/RR	0.18	0.13–0.24	Адаптация QT к ЧСС физиологичная

Стратификация рисков

Риск значимых аритмических событий по данным холтера — низкий. Аргументы: устойчивый синусовый ритм 99.3% времени, отсутствие желудочковых экстрасистол, отсутствие пауз более 1.8 сек, отсутствие истинного удлинения QT при ручном подсчёте,

нормальная ВРС, нормальный циркадный индекс. Наджелудочковая эктопия в количестве 24 за сутки у здорового человека — фоновая активность, не требующая лечения (порог клинической значимости — обычно более 1000–5000 в сутки или симптомные пробежки).

Сердечно-сосудистый риск по SCORE2 для возраста 36 лет формально не рассчитывается (шкала применяется с 40 лет), но при отсутствии в комментарии сведений об артериальной гипертензии, дислипидемии, курении и семейном анамнезе он оценивается как очень низкий.

Значимые отклонения

ПОКАЗАТЕЛЬ	РЕЗУЛЬТАТ	НОРМА	СТАТУС
АВ-блокада II степени Мобитц 1	3 эпизода во сне, макс RR 1.75 сек	у молодых во сне допустимо	ПОГРАНИЧНОЕ
Депрессия ST в II, III, aVF	до -1.8 мм 4 мин 20 сек при ЧСС 128	элевация/депрессия не более 1 мм	ПОГРАНИЧНОЕ
Отрицательный зубец Т (III, aVL, V4)	до -3.6 мм, общая длительность 5 мин 20 сек	изменчивость Т допустима	ПОГРАНИЧНОЕ
Эпизод PQ 0.23 сек (1 раз)	при автоматическом подсчёте	до 0.21 сек	ПОГРАНИЧНОЕ

Расшифровка находок по системам.

АВ-блокада Мобитц 1 во сне. Появление транзиторной АВ-блокады II степени типа Мобитц 1 (с периодикой Венкебаха) исключительно во сне у молодого человека — феномен повышенного тонуса блуждающего нерва. Блуждающий нерв замедляет проведение импульса в АВ-узле, и во сне это может проявляться эпизодами, в которых один импульс не доходит до желудочков. Все 3 эпизода зарегистрированы в 18:05 — то есть в одном временном промежутке, в фазе короткого дневного сна. Максимальная пауза 1.75 сек — ниже клинически значимого порога 2 сек. У спортсменов и физически активных людей такие находки описаны как вариант нормы. Тревожно АВ-блокада II степени выглядит при появлении в дневное время, при нагрузке, при увеличении степени до Мобитц 2 или АВ-блокады III степени, а также при паузах более 2.5–3 сек.

Депрессия ST в нижних отведениях. Это самая неоднозначная находка. Сам врач функциональной диагностики прямо пишет: "не исключается выраженный дрейф изолинии" — то есть депрессия может быть артефактом записи, а не реальным изменением сегмента ST. Эпизод единичный, 4 минуты 20 секунд, возник на пике ЧСС 128 уд/мин при быстрой ходьбе непосредственно перед снятием монитора. У женщины 36 лет без факторов риска ИБС вероятность истинной ишемии низкая. Однако формально такая депрессия с амплитудой 1.8 мм при ЧСС, превышающей пороговую, требует дообследования — стресс-эхокардиографии или нагрузочной пробы под контролем кардиолога.

Отрицательные зубцы Т в III, aVL, V4. Изолированный отрицательный Т в III отведении —

частый вариант нормы у худощавых женщин (позиционный феномен). aVL и V4 — менее типичные для нормы локализации, но эпизоды коротки (до 1 минуты 40 секунд) и составляют менее 1% записи.

Удлинение PQ до 0.23 сек однократно. При ручном перепроверочном подсчёте врач указал максимум PQ 0.20 сек — то есть истинного удлинения нет, автоматический алгоритм дал ложноположительный результат на фоне дрейфа изолинии.

Что в норме

Синусовый ритм 99.3% времени, отсутствие желудочковых экстрасистол и пробежек тахикардии, отсутствие пауз более 1.8 сек, нормальный циркадный индекс, нормальная вариабельность ритма во всех показателях (а по rMSSD и PNN50 — выше популяционной нормы), достижение субмаксимальной ЧСС, нормальный QTc при ручном подсчёте, нормальная адаптация QT к ЧСС. Это означает, что проводящая система сердца, автоматизм синусового узла, реполяризация желудочков и вегетативная регуляция работают согласованно.

Системный анализ

Картина холтера в совокупности характерна для здорового молодого человека с выраженным парасимпатическим (вагусным) преобладанием. Об этом одновременно говорят несколько независимых маркеров: высокие SDNN, rMSSD и PNN50, ночная брадикардия до 38 уд/мин, появление АВ-блокады Мобитц 1 исключительно во сне, миграция водителя ритма по предсердиям в покое (10 минут за сутки) — все это проявления одного механизма, а не разных проблем.

Эпизод миграции водителя ритма — переключение источника импульса с синусового узла на соседние участки предсердий — у молодых людей в покое, на фоне глубокого замедления ритма, считается вариантом нормы и не требует лечения.

Жалобы пациентки на усталость, покалывание в области сердца и сердцебиение в 12:20–12:45 — на графике ЧСС в это время виден кратковременный подъём до 110–150 уд/мин. Скорее всего, эти ощущения связаны с физической или эмоциональной нагрузкой, а не с аритмией: на записи в этот период не зарегистрировано ни экстрасистол, ни пароксизмов, ни ишемических изменений. Субъективное "сердцебиение" при синусовой тахикардии с ЧСС 130–150 — нормальное явление.

Главный остающийся вопрос — депрессия ST на пике нагрузки. Здесь нужна аккуратность: с одной стороны, врач прямо указал на дрейф изолинии как возможную причину, с другой — глубина 1.8 мм в нескольких отведениях формально превышает порог. Для возрастной группы и пола без факторов риска вероятность ишемической болезни сердца очень низкая, но окончательно её исключить может только нагрузочная проба с одновременной визуализацией (стресс-ЭхоКГ).

Многоспециалистский взгляд

Кардиолог: холтер в целом благоприятный, фокус очной консультации — оценка эпизода депрессии ST. Учитывая описание ("выраженный дрейф изолинии"), артефакт более вероятен. Целесообразно дообследование: стресс-ЭхоКГ или ВЭМ, плюс эхокардиография для оценки структуры сердца.

Терапевт: молодая женщина без значимых нарушений ритма и проводимости. Симптомы (усталость, покалывания) могут иметь внекардиальные причины — оценить уровень железа, ферритин, ТТГ, общий анализ крови.

Дифференциальный диагноз

ВЕРСИЯ	АРГУМЕНТЫ ЗА	АРГУМЕНТЫ ПРОТИВ	ЧТО ПОДТВЕРДИТ ИЛИ ИСКЛЮЧИТ
Первая версия: нормальный холтер с проявлениями ваготонии	Все находки укладываются в высокий тонус блуждающего нерва, ВРС высокая, циркадный индекс норма, нет жалоб в момент находок	Депрессия ST формально превышает порог	Нагрузочная проба или стресс-ЭхоКГ — отсутствие ишемии при контролируемой нагрузке
Альтернативная версия: артефакт записи на участке депрессии ST	Прямое указание врача на дрейф изолинии, единственный эпизод, перед снятием монитора	Глубина 1.8 мм в нескольких отведениях	Повторный холтер с лучшей фиксацией электродов, либо стресс-тест
Маловероятно, но исключить: ранние формы ИБС	Депрессия ST на пике ЧСС	Возраст 36 лет, женский пол, нет указаний на факторы риска, единственный эпизод	Стресс-ЭхоКГ, липидный профиль, КТ-коронарография при сохранении вопросов
Редкая, но возможная: микрососудистая дисфункция, вегетативная дистония с кардиалгиями	Жалобы на покалывания и сердцебиение	Объективных коррелятов на холтере в момент жалоб нет	Оценка щитовидной железы, ферритина, при сохранении симптомов — кардиоваскулярный тест

Динамика

Бланк один, динамика не оценивается.

Детальный план действий

СРОК	ДЕЙСТВИЕ	ЗАЧЕМ
В течение 2 недель	Очная консультация кардиолога с оригиналом холтера	Оценить депрессию ST в клиническом контексте, решить вопрос о дообследовании
По назначению кардиолога	Эхокардиография	Оценить структуру сердца, исключить кардиомиопатии и пороки
По назначению кардиолога	Стресс-ЭхоКГ или велоэргометрия	Прицельная оценка ST под контролируемой нагрузкой, разрешение вопроса об ишемии

В течение месяца	Общий анализ крови, ферритин, ТТГ, глюкоза	Исключить анемию и тиреоидные причины усталости и сердцебиений
Постоянно	Вести дневник симптомов с привязкой к времени	Помогает связать ощущения с возможными аритмиями при будущих обследованиях

Что можно изменить без лекарств

Регулярная аэробная активность 150 минут в неделю умеренной интенсивности — поддерживает текущий благоприятный профиль ВРС. Достаточный сон 7–8 часов — снижает вегетативную лабильность. Ограничение кофеина и энергетиков, особенно во второй половине дня, при ощущениях сердцебиения. Отслеживать связь симптомов с нагрузкой, стрессом, циклом, питанием.

Вопросы для врача

— Спросите кардиолога: насколько вероятно, что депрессия ST до -1.8 мм в III отведении на 14:51 — артефакт дрейфа изолинии, и нужна ли стресс-ЭхоКГ для окончательного исключения ишемии?

— Спросите кардиолога: эпизоды АВ-блокады Мобитц 1 во сне с максимальной паузой 1.75 сек — требуют ли они какого-то контроля в динамике, или это вариант нормы при моих данных ВРС?

— Спросите кардиолога: жалобы на сердцебиение и покалывания в 12:20–12:45 без объективных изменений на ЭКГ — нужно ли искать внекардиальную причину (анемия, щитовидная железа, тревожность)?

Для лечащего врача

Пациентка 36 лет, женщина. Суточное мониторирование ЭКГ (29–30.03.2026): преобладающий ритм синусовый 99.3%, эпизоды миграции водителя ритма 0.7%. ЧСС: мин 38, средн 65, макс 163 уд/мин, субмакс достигнута. Циркадный индекс 1.34. ВРС: SDNN 234, rMSSD 62, PNN50 31% — высокая, с признаками парасимпатического преобладания.

Эктопия: 24 одиночные НЖЭС, ЖЭС не зарегистрированы. Зарегистрировано 3 эпизода АВ-блокады II степени Мобитц 1 в фазе короткого дневного сна (18:05), макс RR 1.75 сек.

Реполяризация: эпизод депрессии ST 4 мин 20 сек до -1.8 мм в II, III, aVF при ЧСС 128 уд/мин на пике быстрой ходьбы (трактван врачом ФД как возможный дрейф изолинии). QTc при ручном подсчёте 0.43 сек, Slope QT/RR 0.18 — адаптация QT к ЧСС в норме.

Рекомендуется оценить эпизод депрессии ST клинически, при сохранении вопросов — стресс-ЭхоКГ. Параллельно целесообразно исключить латентный дефицит железа и тиреоидную дисфункцию (ОАК, ферритин, ТТГ) с учётом жалоб на усталость и сердцебиения.

Красные флаги

Обратиться экстренно при появлении: обмороков, предобморочных состояний с потерей мышечного тонуса, длительного сердцебиения с ЧСС более 150 в покое, более за грудиной с иррадиацией в руку или челюсть, одышки в покое, эпизодов "замирания" сердца с головокружением. Вызов скорой — при болях в грудной клетке более 15–20 минут или при потере сознания.

Прогноз и динамика

При подтверждённом отсутствии ишемии (после стресс-теста) прогноз благоприятный. Текущие находки — фоновая вариация в пределах нормального для молодой женщины с ваготоническим типом регуляции. Контрольный холтер обычно не требуется при отсутствии новых симптомов; при сохранении или нарастании жалоб — повторное мониторирование через 6–12 месяцев. Если стресс-тест выявит ишемические изменения — план ведения определит кардиолог индивидуально.

Расшифровка носит информационный характер и не заменяет консультацию врача. HelpScanner.ru

HelpScanner.ru · support@helpscanner.ru

Расшифровка носит информационный характер и не является медицинским диагнозом. Для постановки диагноза обратитесь к врачу.