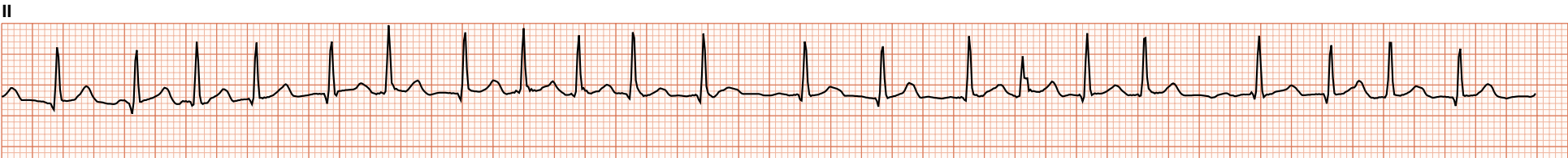
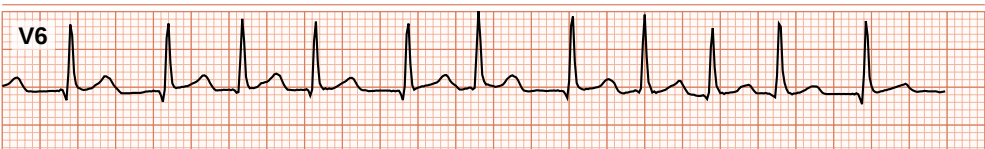
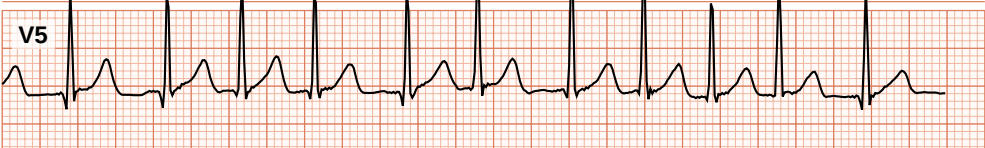
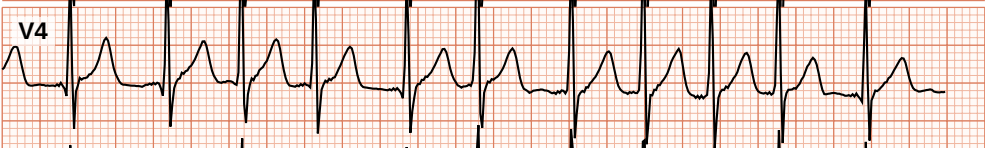
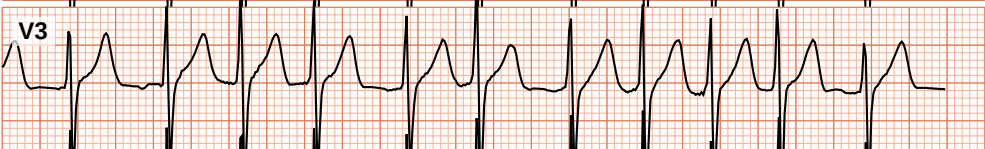
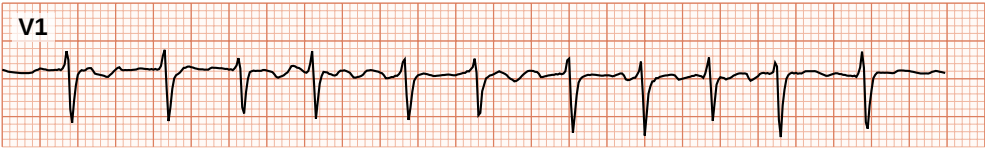
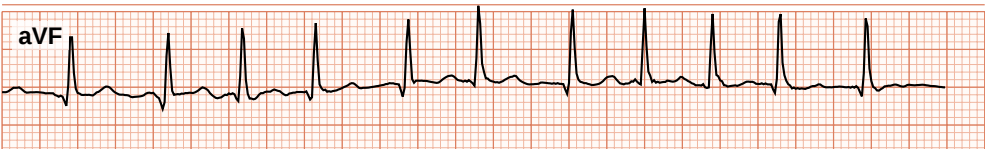
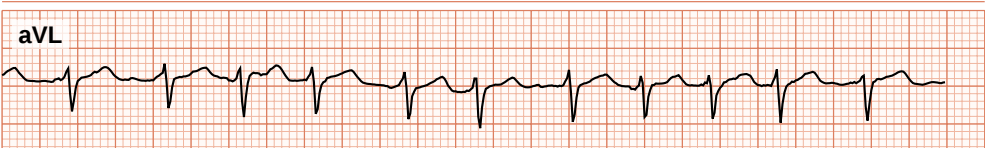
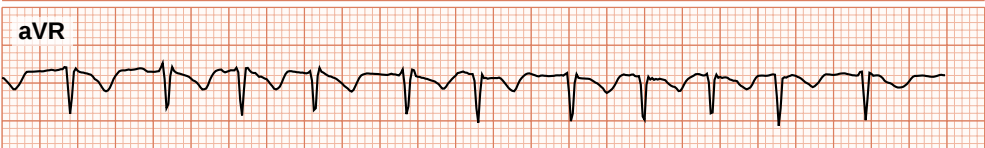
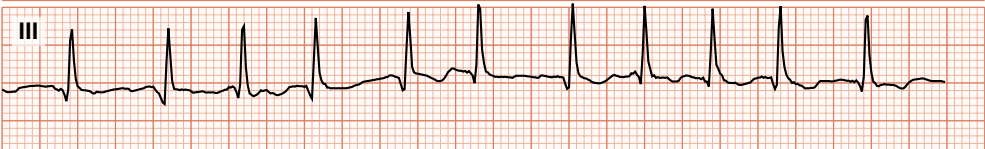
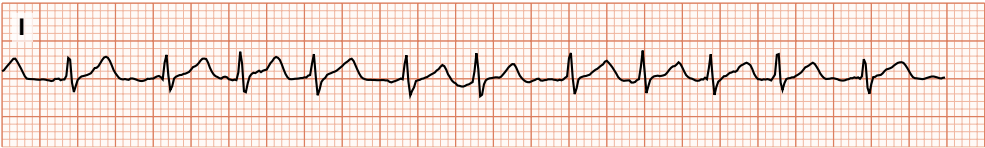


Демонстрационная запись — Фибрилляция предсердий

ЭКГ покоя 10с. Записано: 12.09.2026 19:18:15



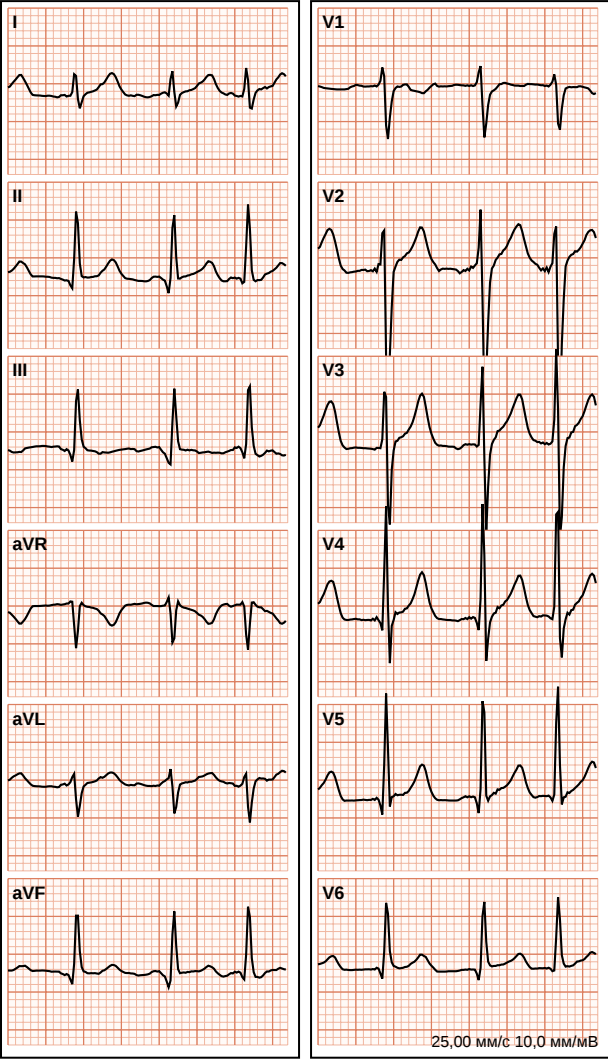
ЧСС	137уд/мин	P	120мс	P ось	-5°	Sokolow	21мм	● ЭКГ с отклонениями — нужна плановая консультация (автоматическая интерпретация, не подтверждена врачом) Расчётный диагноз (ИИ): • Фибрилляция предсердий — 99%	Пациент: Иванов Иван Иванович Врач: Петров Иван Сергеевич
RR	437мс	PQ (PR)	165мс	QRS ось	78°	Cornell	14мм		
АД		QRS	80мс	T ось	12°	Romhilt	0		
		QT	284мс	QTc (Baz)	429мс				



10,0 мм/мВ 5,00с 1с 2с 25,00 мм/сек

Блок 1 Пригодность записи

можно ли доверять числам этого отчёта



Базовые интервалы

137 уд/мин
частота сокращений

P	120 мс
PQ	165 мс
QRS	80 мс
QTc Базетт	429 мс

Норма: ЧСС 60–100 уд/мин, P до 120 мс, PQ 120–200 мс, QRS до 110 мс, QTc до 450 мс. Интервал за безопасной границей: ЧСС ниже 40 или выше 120, QRS от 120 мс, QTc от 500 мс. Начните разбор с него. Медианы по всем комплексам записи.

Положение электродов

в порядке

признаков перестановки нет

проверка	полярность I, II, aVR
при смене рук	весь комплекс в I переворачивается
последствие	читается как боковой инфаркт

Норма: полярность комплексов в I, II и aVR обычная. Признаков перестановки электродов нет. АНА рекомендует такую проверку во всех приборах: перестановка — самая частая причина ложного диагноза на скрининге.

Маршрут по отчёту

каждая страница отвечает на один вопрос

стр. 1 · Двенадцать отведений, 10 секунд

стр. 2 · Пригодность записи

стр. 3 · Измерения по отведениям

стр. 4 · Ритм и проводимость

стр. 5 · Ишемия и инфаркт

стр. 6 · Камеры сердца

стр. 7 · Реполяризация и риск аритмий

стр. 8 · Пространственный вектор

стр. 9 · Заключение

кружок — худший статус показателей страницы: зелёный отклонений не нашёл, жёлтый — пограничные значения, красный — признак, требующий решения врача. Прочерк стоит там, где страница показывает исходные кривые и измерения, а вердикта не выносит

Запись и калибровка

10 с

длительность записи

скорость / усиление **25 мм/с · 10 мм/мВ**

частота записи **100 Гц**

комплексов QRS **21**

границы QRS / конец T **вектор 8 отведений / касательная**

Норма: развёртка 25 мм/с, усиление 10 мм/мВ, запись от 10 секунд. Частота записи ниже 250 Гц: границы волн грубее, короткие детали не оцениваются. Интерполяция до 500 Гц даёт шаг измерения 2 мс вместо 10 мс.

Данные пациента

40 лет

мужской · 185 см / 90 кг

ИМТ **26,3 кг/м²**

площадь тела **2,14 м²**

АД **130/85**

спортсмен **нет**

берутся из анкеты при загрузке: в самой записи ЭКГ их нет. От них зависят пороги Корнелла, ST в V2-V3 и QTc

Размах QRS по отведениям

aVR, V1, V6	0,57 мВ
I	1,00 мВ
II	0,93 мВ
III	0,34 мВ
aVR	0,67 мВ
aVL	0,94 мВ
aVF	0,92 мВ
V1	2,65 мВ
V2	2,25 мВ
V3	2,25 мВ
V4	1,61 мВ
V5	0,97 мВ
V6	

Норма: размах QRS от 0,5 мВ в конечностных отведениях и от 1,0 мВ в грудных. Размах мал в отдельных отведениях. Само по себе это почти всегда норма: в отведении, перпендикулярном оси сердца, комплекс и должен быть маленьким. Насторожить должно только то, которое выглядит плоским на фоне соседних — там мог отойти электрод. Все вольтажные критерии гипертрофии считаются по этим же амплитудам: при низком вольтаже они дают ложно отрицательный результат.

Качество записи

21/21

пригодных комплексов

шум **0,031 мВ**

дрейф изолинии **0,27 мВ**

наводка 50 Гц **0,00**

отключённые отведения **нет**

Норма: шум до 0,03 мВ, дрейф изолинии до 0,3 мВ, наводка 50 Гц до 0,5, отключённых отведений нет. Качество среднее. Шум и дрейф прежде всего портят измерение сегмента ST и конца зубца T — к смещениям ST и к QT относитесь осторожнее. Без этой оценки непонятно, чему верить: числа прикладываются к записи, а не к отчёту.

Кардиостимулятор

не оценивается

причина **исходная частота записи ниже 500 Гц**

длительность импульса **0,5–2 мс**

нужно **запись от 500 Гц**

Норма: импульсы стимулятора нет. По этой записи не оценивается. Импульс стимулятора длится 0,5–2 мс, а при частоте 100 Гц один отсчёт равен 10 мс: в такую сетку импульс не попадает, и интерполяция его не восстановит. Нужна запись от 500 Гц.

Ритм и частота

137 уд/мин

ритм нерегулярный · разброс RR 23%

RR средний **437 мс**

RR мин / макс **348 / 744 мс**

наибольшая пауза **744 мс**

комплексов в записи **21**

Норма: ЧСС 60–100 уд/мин, разброс RR до 15 %, пауза до 2000 мс. Частота ниже 40 или выше 120 уд/мин: оценивайте гемодинамику и ищите причину сразу.

Оси зубцов P, QRS, T

78°

электрическая ось сердца

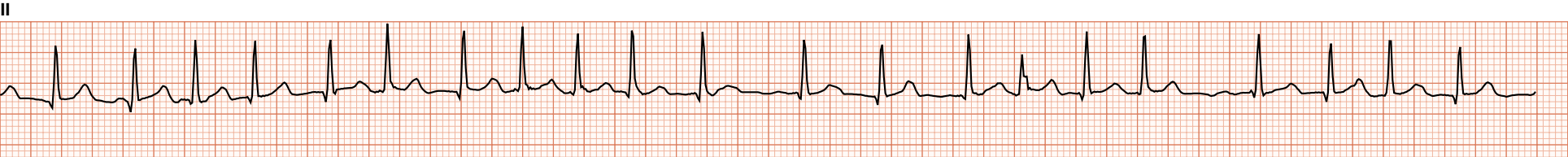
ось P **-5°**

ось QRS **78°**

ось T **12°**

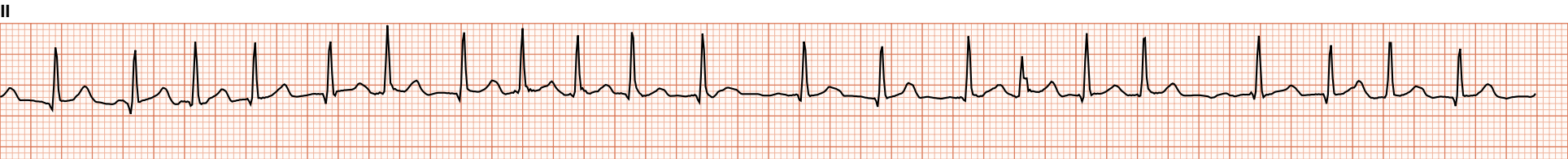
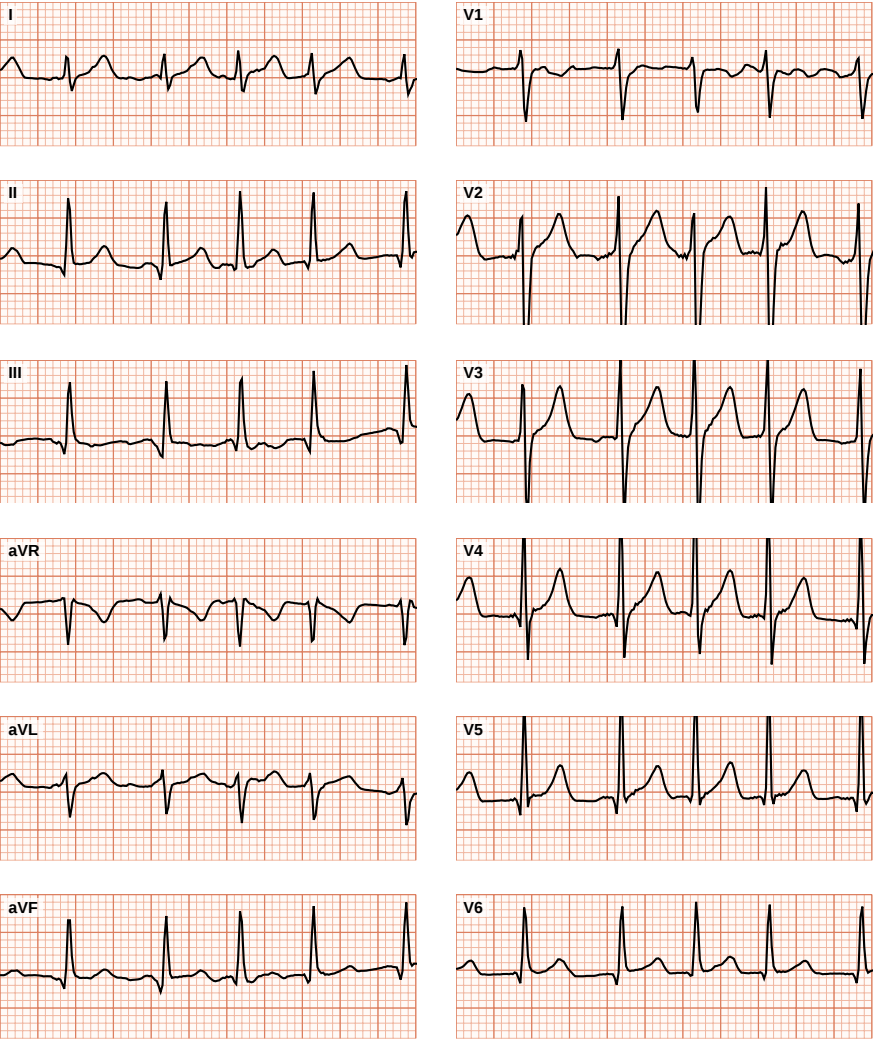
норма QRS **от -30° до +90°**

Норма: ось P от 0° до 75°, ось QRS от -30° до +90°, ось T в пределах 90° от оси QRS. Все три оси в нормальном положении.



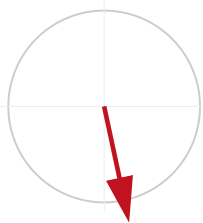
Блок 2 Измерения по отведениям

какие амплитуды и интервалы измерены в каждом отведении



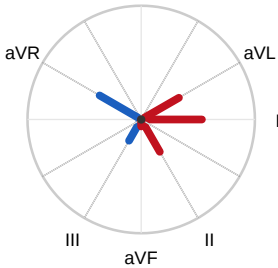
Амплитуда [мВ]	P+	P-	Q	R	R'	S	T+	T-	J	ST	J+80мс
I	0,04	-0,02	-0,01	0,37	0,02	-0,20	0,25	-0,03	0,02	0,09	0,12
II	0,03	-0,02	-0,10	0,98	0,02	-0,02	0,20	-0,01	0,03	0,04	0,07
III	0,02	-0,05	-0,17	0,91		-0,02	0,02	-0,09	0,01	-0,05	-0,05
aVR	0,02	-0,03	-0,67	0,05	0,04	-0,29	0,02	-0,21	-0,02	-0,06	-0,09
aVL	0,05	-0,02	-0,02	0,19	0,02	-0,48	0,16	-0,01	0,01	0,07	0,08
aVF	0,02	-0,03	-0,12	0,93		-0,01	0,07	-0,03	0,02	0,01	0,01
V1	0,03	-0,04		0,26	0,01	-0,67	0,04	-0,06	-0,02	0,01	
V2	0,07	-0,03		0,77	0,05	-1,87	0,58	-0,02	0,05	0,22	0,30
V3	0,07	-0,02	-0,04	1,04	0,05	-1,21	0,66	-0,05	0,03	0,22	0,31
V4	0,05	-0,03	-0,09	1,59	0,04	-0,65	0,54	-0,04	0,03	0,15	0,22
V5	0,02	-0,02	-0,11	1,48	0,05	-0,13	0,40	-0,02	0,03	0,10	0,15
V6	0,02	-0,01	-0,09	0,96		-0,01	0,17	-0,02	0,03	0,04	0,06

Электрическая ось QRS



78°

Карта ST отклонений

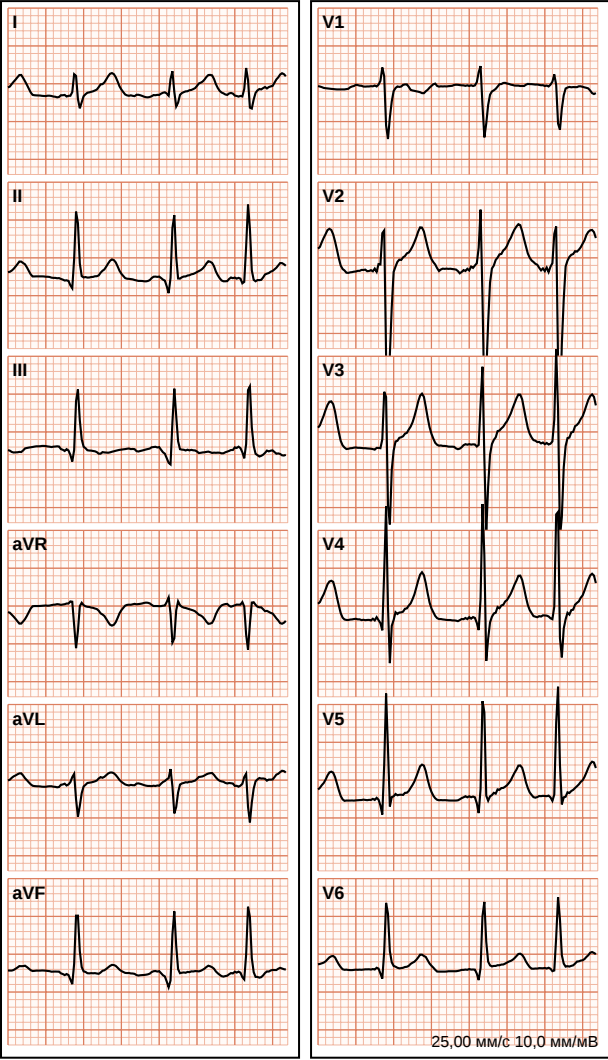


I +0,12 мВ

ЧСС	137уд/мин
RR	437мс
АД	
Sokolow	21мм
P	120мс
PQ (PR)	165мс
QRS	80мс
QT	284мс
Cornell	14мм
P ось	-5°
QRS ось	78°
T ось	12°
QTc (Baz)	429мс
Romhilt	0

Блок 3 Ритм и проводимость

откуда идёт импульс и как он проходит по сердцу



Ритм и частота

137 уд/мин

ритм нерегулярный · разброс RR 23%

RR средний

437 мс

RR мин / макс

348 / 744 мс

наибольшая пауза

744 мс

комплексов в записи

21

Норма: ЧСС 60–100 уд/мин, разброс RR до 15 %, пауза до 2000 мс. Частота ниже 40 или выше 120 уд/мин: оценивайте гемодинамику и ищите причину сразу.

Зубец Р и предсердия

ритм нерегулярный, Р не оценивается

разброс RR23%

Норма: ширина Р до 120 мс, индекс Морриса до 0,04 мм·с. При нерегулярном ритме зубец Р не измеряется: начало комплекса плавает, и усреднять нечего. Ансамбль: AF 99%, AFL 0%, LAE 0%

Время активации по отведениям

в пределах нормы

I

28 мс

II

36 мс

III

40 мс

aVR

48 мс

aVL

22 мс

aVF

38 мс

V1

16 мс

V2

18 мс

V3

28 мс

V4

32 мс

V5

34 мс

V6

36 мс

Норма: время активации до 50 мс в правых грудных (V1–V3) и до 60 мс в левых (V5–V6). Время активации в пределах нормы во всех грудных отведениях. Время активации — от начала QRS до вершины последнего зубца R: показывает, сколько импульс шёл до стенки под электродом. В конечностных отведениях величина справочная, критерия для них нет.

Предсердная эктопия и тахикардии

3

преждевременных узких комплексов

разброс RR23%

частота137 уд/мин

картинанерегулярная

Норма: разброс RR до 15 %, преждевременных узких комплексов нет. Разброс RR больше 20 % без зубца Р — фибрилляция предсердий: оцените риск инсульта по CHA₂DS₂-VASc. Ансамбль: AF 99%, AFL 0%, PAC 1%, STACH 0%

AV-проводимость

ритм нерегулярный, PQ не оценивается

Норма: PQ 120–200 мс. При нерегулярном ритме PQ не измеряется: без устойчивого зубца Р начало интервала не определить. Ансамбль: 1AVB 0%

Внутрижелудочковая проводимость

92 мс

наибольшая ширина QRS

QRS медиана80 мс

QRS максимум92 мс

время активации в V636 мс

Норма: ширина QRS до 110 мс. Проведение по желудочкам не замедлено.

Блокады ветвей левой ножки

нет

блокад ветвей нет

передняя ветвьось −45...−90°, qR в I и aVL

задняя ветвьось +90...+180°, qR в II, III, aVF

условиеQRS короче 120 мс

Норма: блокад ветвей левой ножки нет. Ось и форма комплексов признаков блокады ветви не дают.

Желудочковая эктопия

0

преждевременных широких комплексов

самая длинная серия0

критерийRR < 85% и QRS > 120 мс

всего комплексов21

Норма: желудочковых экстрасистол нет. Широких преждевременных комплексов не найдено. Ансамбль: PVC 0%

AV-блокада 2 степени

0

выпадения желудочкового комплекса

типнет выпадений

изменение PQ перед паузой— мс

критерийпауза от 1,8 медианных RR

Норма: выпадений желудочкового комплекса нет. Все зубцы Р проведены на желудочки. Пауза считается значимой от 1,8 медианного RR.

Блокады ножек пучка Гиса

92 мс

блокад не выявлено

вершина R в V116 мс

вершина R в V5–V636 мс

R' в V1 / S в V60,01 / -0,01 мВ

Норма: вершина R до 50 мс в V1 и до 60 мс в V5–V6 при QRS до 110 мс. Блокад ножек нет. Ансамбль: RBBB 0%, LBBB 0%, LAFB 0%

Кардиостимулятор

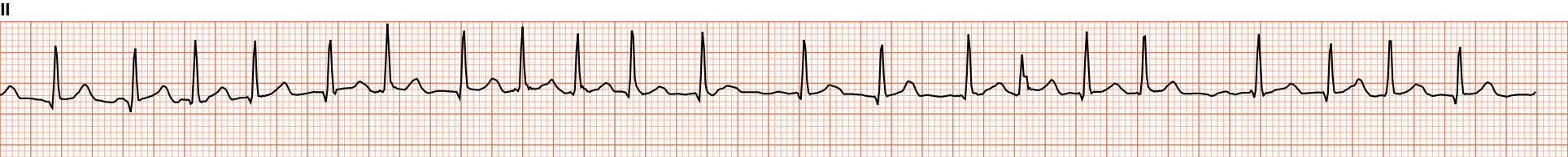
не оценивается

причинаисходная частота записи ниже 500 Гц

длительность импульса0,5–2 мс

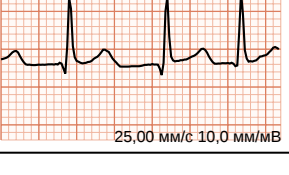
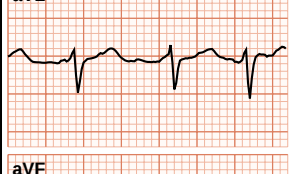
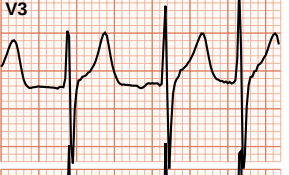
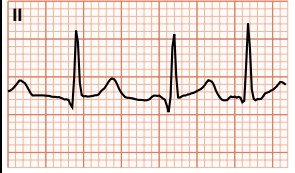
нужнозапись от 500 Гц

Норма: импульсов стимулятора нет. По этой записи не оценивается. Импульс стимулятора длится 0,5–2 мс, а при частоте 100 Гц один отсчёт равен 10 мс: в такую сетку импульс не попадает, и интерполяция его не восстановит. Нужна запись от 500 Гц.



Блок 4 Ишемия и инфаркт

есть ли повреждение миокарда, где оно и насколько значимо



25,00 мм/с 10,0 мм/мВ

Локализация находок по стенкам

нет

стенки с двумя смежными признаками

нижняя ПКА/ОА

перегородка ПМЖВ прокс.

передняя ПМЖВ

боковая ОА/ДВ

задняя ОА/ПКА

Норма: признаков повреждения ни в одной стенке нет. Ни в одной стенке находок нет.

Специфические паттерны

нет

картины, требующие немедленного решения

Бругада 1 типа

нет

de Winter

нет

Беленса

нет

не оценивается

эпсилон-волна

Норма: ни один из специфических паттернов не выявлен. Картин, требующих немедленного решения, нет.

Зубец Q: ширина

патологических нет - широкий Q вне критерияльных отведений:

aVR

I 4 мс

II 20 мс

III 26 мс

aVR 48 мс

aVL 4 мс

aVF 22 мс

V1 — мс

V2 — мс

V3 16 мс

V4 18 мс

V5 18 мс

V6 20 мс

Норма: зубец Q уже 30 мс и мельче 0,1 мВ; в V2–V3 патологичен любой Q от 20 мс. В III и aVR критерий не применяется — там глубокий Q бывает позиционным. Патологический Q в одном отведении. Для рубца нужны два смежных; одиночный чаще позиционный или связан с гипертрофией перегородки. Ансамбль: ANTERIOR_MI 0%, INFERIOR_MI 0%, LATERAL_MI 0%

Прогрессия зубца R

V4

переходная зона обычная

R в V3 1,04 мВ

V1 0,38

V2 0,41

V3 0,86

норма переход в V3–V4

Норма: переходная зона (R становится выше S) в V3–V4. Зубец R нарастает от V1 к V6 обычным образом.

Фрагментированный QRS

0

отведений с зазубринами в комплексе

отведения

нет

критерий ≥4 заметных вершины в QRS

значимо два смежных отведения

Норма: зазубрин внутри комплекса QRS нет. Фрагментации нет. Признак неспецифичен: при блокаде ножки зазубренность объясняется самой блокадой.

Сегмент ST: точка J / J+80 мс [мВ]

смещений нет

I 0,02 / 0,12

II 0,03 / 0,07

III 0,01 / -0,05

aVR -0,02 / -0,09

aVL 0,01 / 0,08

aVF 0,02 / 0,01

V1 -0,02 / -0,00

V2 0,05 / 0,30

V3 0,03 / 0,31

V4 0,03 / 0,22

V5 0,03 / 0,15

V6 0,03 / 0,06

Норма: элевация в точке J до 0,1 мВ, в V2–V3 до 0,20 мВ по полу и возрасту пациента; депрессия через 80 мс после точки J до 0,1 мВ. В aVR пороги не применяются: это отведение смотрит в полость желудочка. Смещений сегмента ST нет. Ансамбль: ST_ELEVATION 0%, ST_DEPRESSION 0%, ISCHEMIA 0%

Критерии Сгарбоссы

не применимы

применяются при

блокаде левой ножки

а также при

навязанном ритме

в этой записи

картины левой ножки нет

Норма: критерии применяются только при блокаде левой ножки или навязанном ритме. В этой записи нет ни картины блокады левой ножки, ни навязанного ритма: смещение ST читается обычным образом.

Мнение ансамбля моделей

1%

Неспецифические изменения ST-T

Неспецифические изменения ST-T 1%

Ишемия 0%

Подъем сегмента ST 0%

Передний инфаркт миокарда 0%

моделей в ансамбле 15%

Норма: ишемических кодов выше 20% нет. Сеть ишемии не заподозрила. Оценка получена по форме сигнала и не использует измерения этой страницы. Совпадение с ними усиливает вывод, расхождение — повод

Зубец T [мВ]

инверсий нет

I 0,25

II 0,20

III -0,09

aVR -0,21

aVL 0,16

aVF 0,07

V1 -0,06

V2 0,58

V3 0,66

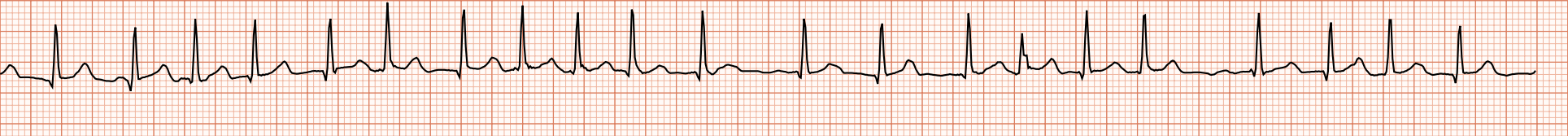
V4 0,54

V5 0,40

V6 0,17

Норма: зубец T положительный во всех отведениях, кроме aVR и V1; инверсий считается T глубже -0,1 мВ. Инверсий зубца T нет. Ансамбль: NST_CHANGES 1%

II



25,00 мм/сек

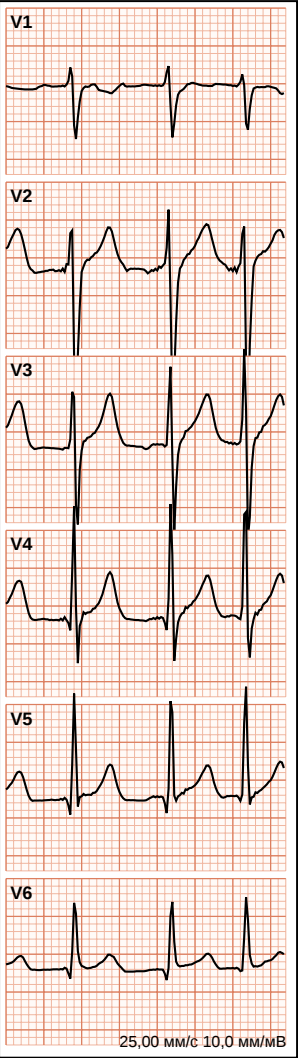
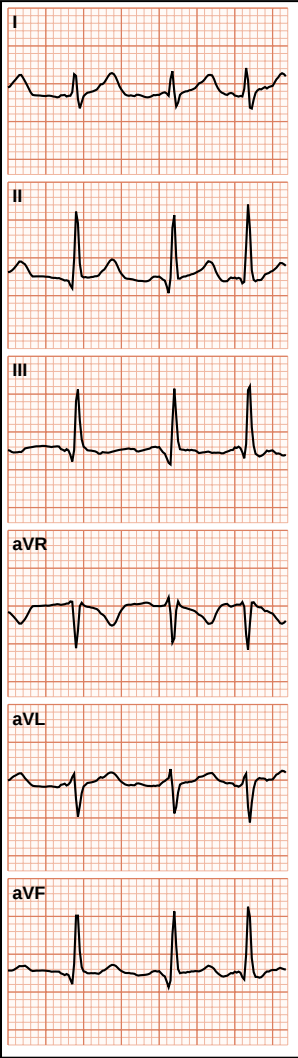
Демонстрационная запись — Фибрилляция предсердий

Записано: 12.09.2026 19:18:15



Блок 5 Камеры сердца

не увеличены ли предсердия и желудочки



25,00 мм/с 10,0 мм/мВ

Гипертрофия и вольтаж

0 балла Ромхилта

критерии гипертрофии

Соколов SV1+RV5-6

Корнелл RaVL+SV3 *

RV1+SV5-6

размах QRS конечн./грудн.

21,5 мм

14,0 мм

3,9 мм

1,00 / 2,65 мВ

Норма: Соколов до 35 мм, Корнелл до 28 мм*, Ромхилт до 4 баллов. Признаков гипертрофии и низкого вольтаж нет. * порог Корнелла по полу пациента. ансамбль: LVH 1%, RVH 0%, LOW_VOLTAGE 0%

Индекс Льюиса

-7,0 мм

(R1+SIII) – (RIII+S1)

индекс

-7,0 мм

выше +17 мм

ниже -14 мм

гипертрофия левого желудочка

гипертрофия правого желудочка

Норма: индекс Льюиса от -14 до +17 мм. Перевес желудочков по этому критерию не выявлен.

Зубец R по отведениям

амплитуда положительной фазы

I

II

III

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

0,37 мВ

0,98 мВ

0,91 мВ

0,05 мВ

0,19 мВ

0,93 мВ

0,26 мВ

0,77 мВ

1,04 мВ

1,59 мВ

1,48 мВ

0,96 мВ

Норма: зубец R нарастает от V1 к V6, в V1 он меньше зубца S. На этих амплитудах построены все вольтажные критерии гипертрофии: R в aVL — для Корнелла, R в V5–V6 — для Соколова, R в V1 — для правого желудочка. Высокий R в V1 бывает при гипертрофии правого желудочка, блокаде правой ножки и заднем инфаркте; низкий R в грудных — при рубце передней стенки.

Произведение Корнелла

1122 мм·мс

вольтаж × ширина QRS

произведение

1122

порог

2440 мм·мс

вольтаж Корнелла

14,0 мм при пороге 28

ширина QRS

80 мс

Норма: произведение Корнелла до 2440 мм·мс. По этому критерию гипертрофии левого желудочка нет. Точнее чистого вольтаж: учитывает и амплитуду, и время проведения через утолщенную стенку.

Индекс Макруза

2,67

длительность P / сегмент PQ

индекс

2,67

норма

1.0–1.6

выше нормы

ниже нормы

перегрузка левого предсердия

перегрузка правого предсердия

Норма: индекс Макруза от 1.0 до 1.6. Выше 1.6 — перегрузка левого предсердия, ниже 1.0 — правого. Индекс оценивает предсердия по времени, а не по амплитуде, поэтому дополняет P-pulmonale и индекс Морриса.

Зубец S по отведениям

амплитуда отрицательной фазы

I

II

III

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

-0,20 мВ

-0,02 мВ

-0,02 мВ

-0,29 мВ

-0,48 мВ

-0,01 мВ

-0,67 мВ

-1,87 мВ

-1,21 мВ

-0,65 мВ

-0,13 мВ

-0,01 мВ

Норма: зубец S глубокий в V1–V2 и почти исчезает к V6. S в V1 входит в критерий Соколова, S в V3 — в критерий Корнелла, самый глубокий S — в критерий Peguero–Lo Presti. Сохранившийся глубокий S в V5–V6 — признак поворота сердца или блокады правой ножки.

Критерий Peguero–Lo Presti

25,3 мм

самый глубокий S + S в V4

сумма

25,3 мм

самый глубокий S

18,7 мм

порог

23,0 мм (зависит от пола)

Норма: сумма самого глубокого S и S в V4 до 23,0 мм. Критерий положителен. Он самый чувствительный из вольтажных — около 70 % против 30–40 % у Соколова, — поэтому срабатывает первым; подтвердите эхокардиографией. Порог зависит от пола: 2,3 мВ у мужчин и 1,9 мВ у женщин.

P-pulmonale

0,03 мВ

наибольший P в II, III, aVF

амплитуда

0,03 мВ

порог

0,25 мВ

значение

перегрузка правого предсердия

Норма: амплитуда P в II, III и aVF до 0,25 мВ. Правое предсердие не перегружено.

Оси зубцов P, QRS, T

78°

электрическая ось сердца

ось P

ось QRS

ось T

-5°

78°

12°

норма QRS

от -30° до +90°

Норма: ось P от 0° до 75°, ось QRS от -30° до +90°, ось T в пределах 90° от оси QRS. Все три оси в нормальном положении.

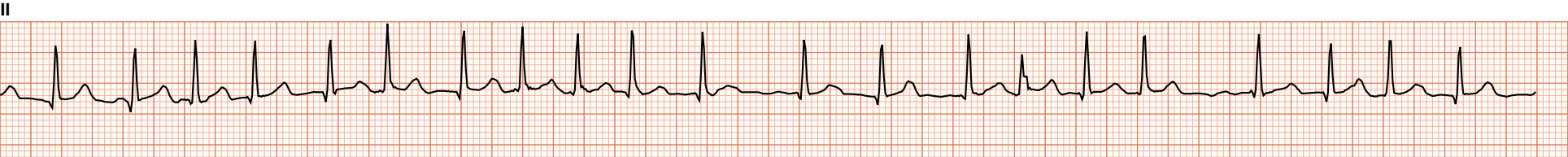
Зубец P и предсердия

ритм нерегулярный, P не оценивается

разброс RR

23%

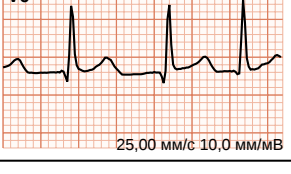
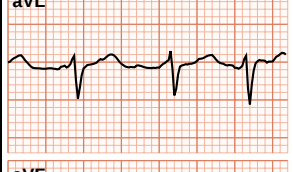
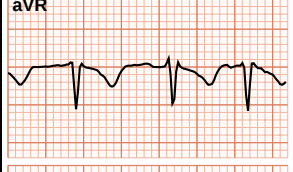
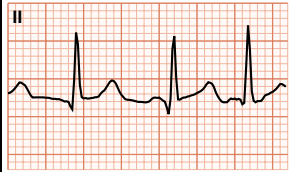
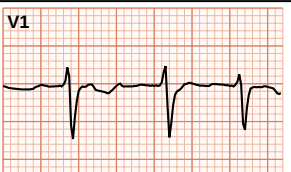
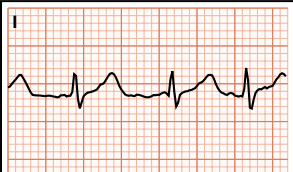
Норма: ширина P до 120 мс, индекс Морриса до 0,04 м·с. При нерегулярном ритме зубец P не измеряется: начало комплекса плавает, и усреднять нечего. Ансамбль: AF 99%, AFL 0%, LAE 0%



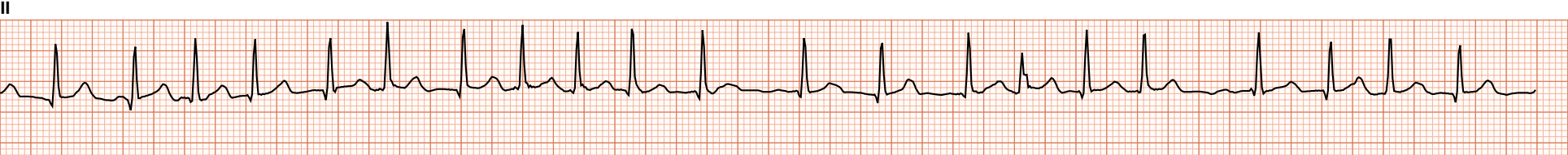
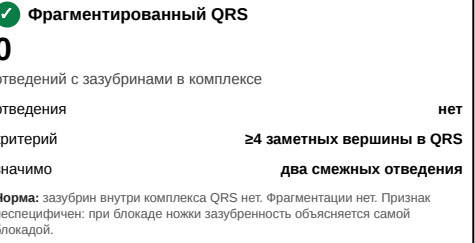
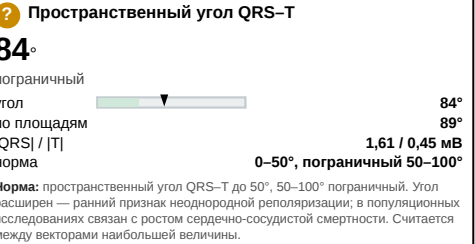
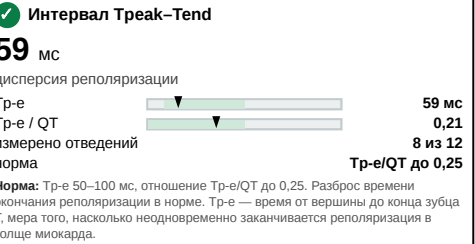
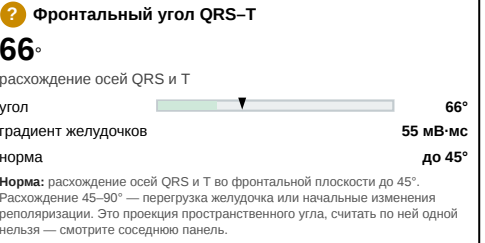
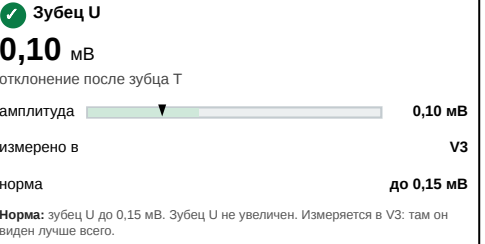
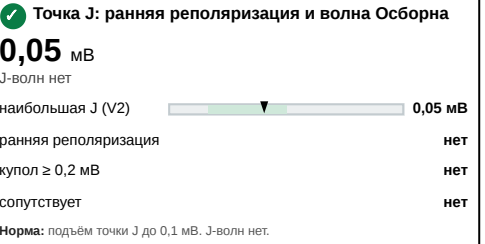
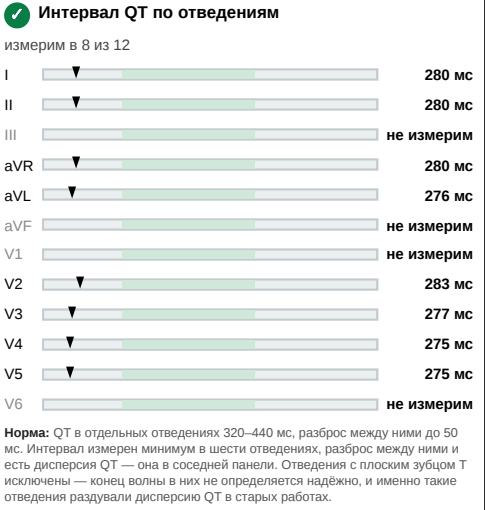
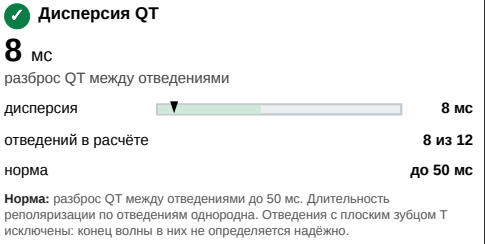
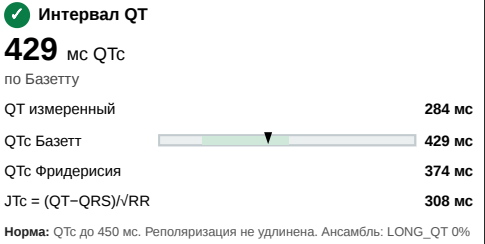
25,00 мм/сек

Блок 6 Реполяризация и риск аритмий

насколько вероятна желудочковая аритмия



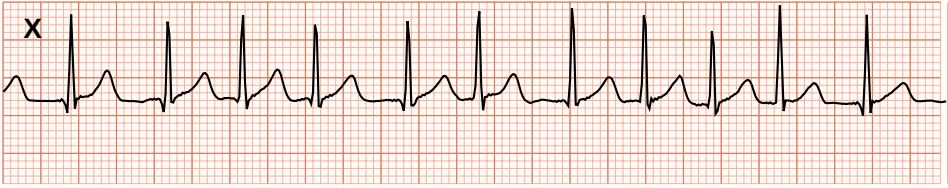
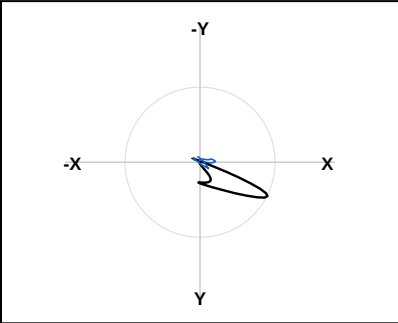
25,00 мм/с 10,0 мм/мВ



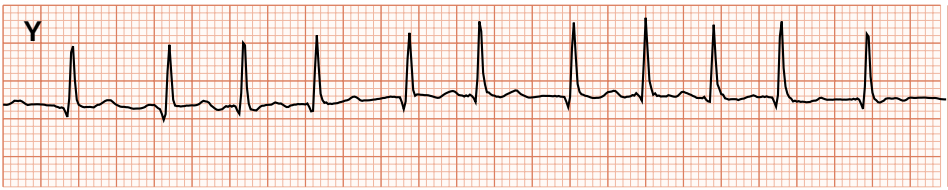
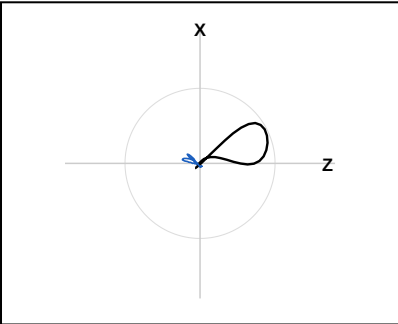
25,00 мм/сек

Блок 7 Пространственный вектор

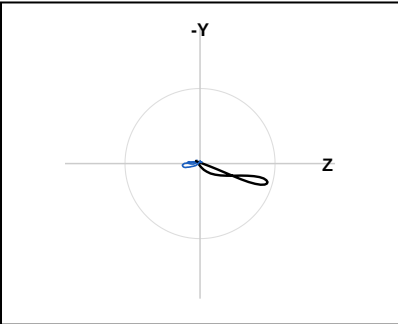
как направлены петли QRS и Т в трёх плоскостях



-X



-Y



-Z

ВКГ: обратное преобразование Дауэра
Комплекс с типичным RR; чёрным — QRS,
синим — Р и Т

Числа к петлям

пространственный угол QRS-T	84°	пограничный
он же по площадям	89°	до 50°
фронтальный угол QRS-T	66°	выше 45°
градиент желудочков	55 мВ·мс	
наибольший вектор QRS	1,61 мВ	
наибольший вектор Т	0,45 мВ	
ось Р / QRS / Т	-5° / 78° / 12°	

Норма пространственного угла QRS-T — до 50°, пограничный 50–100°: это самый сильный электрокардиографический предиктор сердечной смертности. Подробные шкалы — на странице 7.

Направление векторов

	QRS	Т
азимут (0° влево, +90° назад)	44°	-43°
элевация (+ вниз)	35°	6°

Так направлен вектор наибольшей величины: азимут — поворот в горизонтальной плоскости, элевация — наклон к ней. В норме QRS смотрит влево, вниз и назад: азимут 20–70°, элевация 0–60°. С электрической осью из таблицы выше эти углы не совпадают и не должны: ось считается по суммарным амплитудам в I и aVF, а здесь взято направление одного мгновенного вектора.

Как читать петли

фронтальная X-Y	вид спереди: вправо-влево и вверх-вниз
горизонтальная Z-X	вид сверху: вперёд-назад и вправо-влево
сагитальная Z-Y	вид сбоку: вперёд-назад и вверх-вниз

В норме петля QRS узкая и направлена влево, вниз и назад, а петля Т идёт в ту же сторону — поэтому угол между ними мал. Широкая раскрытая петля QRS означает задержку внутрижелудочкового проведения, расхождение петель QRS и Т — нарушение реполяризации. Ортогональные отведения X, Y, Z получены обратным преобразованием Дауэра из восьми независимых отведений; чёрным нарисован QRS, синим — Р и Т.

II



10.0 мм/мВ

Подпись:

25,00 мм/сек



Требуется плановая консультация врача

Наиболее вероятно: Фибрилляция предсердий · 99.2%

Наиболее вероятные диагнозы

Диагноз	Вероятность
Фибрилляция предсердий AF	99.2%

Адаптивный анамнез

Уточняющие вопросы не потребовались или ответы не получены.

Из чего состоит отчёт

Обзор · стр. 1 — Двенадцать отведений, 10 секунд: как выглядит запись целиком

Блок 1 · стр. 2 — Пригодность записи: можно ли доверять числам этого отчёта

Блок 2 · стр. 3 — Измерения по отведениям: какие амплитуды и интервалы измерены в каждом отведении

Блок 3 · стр. 4 — Ритм и проводимость: откуда идёт импульс и как он проходит по сердцу

Блок 4 · стр. 5 — Ишемия и инфаркт: есть ли повреждение миокарда, где оно и насколько значимо

Блок 5 · стр. 6 — Камеры сердца: не увеличены ли предсердия и желудочки

Блок 6 · стр. 7 — Реполяризация и риск аритмий: насколько вероятна желудочковая аритмия

Блок 7 · стр. 8 — Пространственный вектор: как направлены петли QRS и T в трёх плоскостях

Интервалы в причинах срочности посчитаны штатным анализатором ядра, который размечает каждое отведение отдельно. В этом отчёте границы комплекса общие для всех отведений, а сигнал перед измерением интерполирован: QT 284 мс, QTc 429 мс по Базетту, QRS 80 мс, PQ 165 мс — страницы 2 и 7.

Внимание: Данная система является вспомогательным инструментом и не заменяет консультацию квалифицированного врача. Результаты анализа носят информационный характер и не являются медицинским диагнозом.