

ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Каримова Зере Зейнелгаббасовна

резидент 3-го года обучения, НАО Медицинский университет г. Семей, Павлодарский филиал, Казахстан, г. Павлодар

Шарбек Еркнат Бакытжанович

врач-ВОП 1-го года интернатуры, НАО Медицинский университет г. Семей, Павлодарский филиал, Казахстан, г. Павлодар

Абильмажинова Гузьяль Дуйсенбековна

научный руководитель, канд. мед. наук, доцент, зав кафедры внутренних болезней Павлодарского филиала, НАО Медицинский университет г. Семей, Павлодарский филиал, Казахстан, г. Павлодар

Актуальность темы: Инфаркт миокарда – это некроз сердечной мышцы, связанный с нарушением коронарного кровоснабжения, который в подавляющем большинстве случаев возникает вследствие атеротромбоза [1].

Пациенты, пережившие инфаркт миокарда, имеют высокий риск внезапной сердечной смерти, причем ее наступление наиболее вероятно в первый год после инфаркта. Главными причинами внезапной сердечной смерти являются желудочковая тахикардия и фибрилляция желудочков. Риск развития аритмических нарушений снижается с более широким использованием тромболитических средств и коронарной реваскуляризации. В настоящее время риск развития злокачественной аритмии у пациента, пережившего инфаркт миокарда, в первый год после выписки из стационара составляет 5% и менее [1].

Аритмии - самое частое осложнение инфаркта миокарда (ИМ) и самая частая причина смерти на догоспитальном этапе. Половина летальных исходов при ИМ происходит в первые два часа, в большинстве случаев вследствие фибрилляции желудочков. На госпитальном этапе аритмии являются второй по частоте (после острой сердечной недостаточности) причиной летальных исходов больных с ИМ. Нарушения ритма являются отражением обширного поражения миокарда и часто вызывают появление или усиление нарушений гемодинамики и клинических проявлений недостаточности кровообращения. В последние годы произошли заметные изменения многих представлений о лечении аритмий у больных с острым ИМ [2].

Цель исследования. Описать клинический случай. Одним из примеров служит клиническое наблюдение пациента И., 60 л.

Материал и методы исследования. 23.09.2019 года в приемное отделение поступил пациент с направительным диагнозом: ИБС. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST, промежуточного риска. С жалобами: на общую слабость, повышение АД до 160 мм.рт.ст, дискомфорт за грудиной.

Anamnesis morbi: Со слов пациента на учете по м/ж не состоит. При повышении АД ситуационно принимает гипотензивные препараты. Сегодня в общественном месте после психоэмоционального перенапряжения у пациента возникла общая слабость, повышение АД до 160 мм.рт.ст., дискомфорт за грудиной. Вызвал СМП 10:25. ПМК 10:36. Регистрация ЭКГ 10:40. Оказана помощь: кворекс 300мг, арикстра 2,5 п/к, аспирин 325 мг. Тропониновый тест

не проведен. Доставлен в приемный покой ПОКЦ. Пациент наблюдаясь в диагностической палате, резко потерял сознание, пульсация на сонных артериях не прощупывалась, дыхание отсутствовало, начаты реанимационные мероприятия. Вызван реаниматолог.

Anamnesis vitae: Сопутствующие заболевания: периодически отмечает повышение АД до 160мм.рт.ст. ситуационно принимает гипотензивные препараты, название не помнит. Вредные привычки: отрицает.

Факторы риска: пол, возраст, АГ.

Данные объективного исследования: общее состояние крайне тяжелое, обусловленное коронарным синдромом. При поступлении сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, чистые, эластичность в норме. Аускультативно над всей поверхностью легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, патологических шумов не выслушивается. АД (D)- 80/40 мм рт.ст., АД (S)- 80/40 мм.рт.ст., ЧСС-60 уд/мин. PS-60 уд/мин. Дефицит пульса-0. Пульсация периферических сосудов сохранена.

Лабораторные данные.

23.09.2020 12:12 Тропонин в сыворотке крови (анализатор) - 13,34 нг/мл;

23.09.2020 АЧТВ - 29 сек.; международное нормализованное отношение (МНО) - 0,84000 (0,84); ПВ - 10,40000 сек (10,4); ПТИ - 130,00000 % (130); фибриноген - 2,45 г/л;

23.09.2020 проба Реберга клубочковая фильтрация (КлФ) - 73,00000 мл/мин (73); глюкоза в сыворотке крови - 15,7 ммоль/л; общий белок в сыворотке крови - 57,8 г/л; холестерин в сыворотке крови - 4,71 ммоль/л; ЛПНП - 3,47 ммоль/л; ЛПВП - 1,28 ммоль/л; триглицериды в сыворотке крови - 0,79 ммоль/л; АЛат - 19,9 МЕ/л; калий в сыворотке крови - 3,66 ммоль/л; натрий в сыворотке крови - 135,4 ммоль/л; креатинин в крови - 97 мкмоль/л;

23.09.2020 Подсчет лейкоформулы лимфоциты в крови - 9%; моноциты в крови - 1%; палочкоядерные нейтрофилы в крови - 5%; сегментоядерные нейтрофилы в крови - 85%; ОАК: гематокрит (HCT) в крови - 36,00000 % (36); гемоглобин (HGB) в крови - 118,00000 г/л (118); лейкоциты в крови - 12,90000 /л (12,9); тромбоциты (PLT) в крови - 160,00000 /л (160); эритроциты (RBC) в крови - 4,20000 /л (4,2); СОЭ - 3 мм/ч;

23.09.2020 ОАМ: цвет мочи - светло-желтый; прозрачность мочи - прозрачная; относительная плотность (удельный вес) мочи - 1020,00000 (1020); лейкоциты в моче - 2,00000 лейкоцитов в мкл (2); эритроциты в моче - 1,00000 эритроцитов в мкл (1); рН мочи - 5,50000 (5,5); белок в моче - 0,33000 г/л (0,33);

23.09.2020 22:00 Тропонин в сыворотке крови (анализатор) - 1288 нг/мл;

24.09.2020 АЧТВ - 41 сек;

25.09.2020 06:46 Подсчет лейкоформулы: лимфоциты в крови - 20%; моноциты в крови - 3%; палочкоядерные нейтрофилы в крови - 2%; сегментоядерные нейтрофилы в крови - 75%; эозинофилы в крови - 0%; ОАК: гематокрит (HCT) в крови - 33,00000 % (33); гемоглобин (HGB) в крови - 108,00000 г/л (108); лейкоциты в крови - 7,50000 /л (7,5); СОЭ - 22,00000 мм/ч (22); тромбоциты (PLT) в крови - 142,00000 /л (142); эритроциты (RBC) в крови - 3,82000 /л (3,82); цветовой показатель - 0,87000 (0,87).

Данные инструментальных методов исследования.

Холтеровское мониторирование электрокардиограммы (24 часа) (25.09.2020 16:02) Основной ритм - синусовый. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса; паузы не зарегистрированы. Зарегистрирована патологическая депрессия сегмента ST в отведениях II, III, AVF, V3-V6.

ЭХО кардиография (23.09.2020) Заключение: ФВЛЖ- 60%. Глобальная систолическая функция

ЛЖ удовлетворительная. Расширение восходящего отдела аорты. Выраженная гипертрофия миокарда ЛЖ без обструкции выходного тракта ЛЖ. Митральная, трикуспидальная, легочная регургитации 0-1 ст. РСДЛА 31 мм.рт.ст. Легочная гипертензия 1 ст.

ЭХО кардиография (02.10.2020) в динамике: ФВЛЖ-60%. Глобальная систолическая функция ЛЖ удовлетворительная. Митральная, трикуспидальная регургитации 0-1 ст.

Электрокардиографическое исследование (в 12 отведениях) (24.09.2020 10:51) Заключение: ритм синусовый с ЧСС 60 уд в мин. Нормальное положение ЭОС. Гипертрофия ЛЖ. Высокий коронарный з. Т V2-V4.

Электрокардиографическое исследование (в 12 отведениях) (28.09.2020 10:51) Заключение: Ритм синусовый с ЧСС 89 уд в мин. Нормальное положение ЭОС. Единичные ЖЭС.

Электрокардиографическое исследование (в 12 отведениях) (30.09.2020 09:51) Заключение: Ритм ФП с 170-180 уд в мин.

Электрокардиографическое исследование (в 12 отведениях) (05.10.2020 10:51) Заключение: ритм синусовый с ЧСС 78 уд в мин. Нормальное положение ЭОС. Гипертрофия ЛЖ.

Проведённое лечение в отделении: Диета: - стол № 10 Режим: 2б - палатный.

Пантап 40 (40мг, Орально) (1 р/д. 10 д.), Аторис (10 мг, Таблетки) (40мг, Орально) (1 р/д. 9 д.), АС-тромбин (100 мг, Таблетки) (100мг, Орально) (1 р/д. 10 д.), Фозикард (20 мг, Таблетки) (20мг, Орально) (1 р/д. 18 д.), Сантодарон (3 мл, Раствор 150мг/3 мл) (12мл, Внутривенно(капельно)) + Натрия хлорид NS (100 мл, Раствор 0,9%) (100мл, Внутривенно(капельно)) (1 р/д. 2 д.), Кордарон (200 мг, Таблетки) (200мг, Орально) (1 р/д. 12 д.), Кворекс (75 мг, Таблетки) (75мг, Орально) (1 р/д. 6 д.).

Пациент поступил в экстренном порядке 23.09.2020 г с диагнозом: Ишемическая болезнь сердца. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST, высокого риска СН I Killip. Артериальная гипертензия 2 степени. Риск 3. с исходом: Ишемическая болезнь сердца. Острый субэндокардиальный инфаркт миокарда. СН IV Killip. Кардиогенный шок. Состояние после клинической смерти от 23.09.2020г. Артериальная гипертензия 2 степени. Риск 4. Постреанимационная болезнь. Гипоксически -ишемическая энцефалопатия . Психоорганический с-м. Пароксизмальная желудочковая тахикардия. Фибрилляция желудочков. Предотвращенная остановка кровообращения.

Пациент, наблюдаясь в диагностической палате, резко потерял сознание, пульсация на сонных артериях не прощупывалась, дыхание отсутствовало, начаты реанимационные мероприятия. В результате реанимационных мероприятий удалось восстановить сердечную деятельность. В экстренном порядке проведена Д-КАГ, по результатам которого: Left main - с четким и ровным контуром, проходима. LAD- - с неровными контурами, без гемодинамически значимых стенозов, проходима на всем протяжении. CF- - с неровными контурами, без гемодинамически значимых стенозов, проходима на всем протяжении. RCA - с неровными контурами, без гемодинамически значимых стенозов, проходима на всем протяжении. Рекомендовано консервативное лечение.

До стабилизации состояния находился в ОАРИТ. В связи с наличием неврологической и постреанимационной симптоматики, осмотрен невропатологом, рекомендации даны. На фоне проводимой терапии отмечается умеренная положительная динамика. В ОАРИТ рецидивов ангинозных болей не отмечал. Перевод в профильное отделение на 4-е сутки.

Пациенту проведено Холтеровское мониторирование ЭКГ 30.09.2020 из-за развившегося пароксизма фибрилляции предсердий медикаментозно проводилась антиаритмическая терапии с восстановлением ритма. Консультирован аритмологом, рекомендовано плановая госпитализация в проведения ВСЭФИ. В динамике в результате проведенного лечения состояние пациента улучшилось.

Выводы: желудочковые аритмии относятся к жизнеугрожающим состояниям и требуют

экстренного оказания помощи. Несмотря на большое количество исследований, посвященных инфаркту миокарда, в литературе имеются лишь работы, направленные на определение частоты нарушения ритма и проводимости у пациентов в первые 24-48 ч от появления симптомов острого инфаркта миокарда [3]. Поэтому изучение данной темы является актуальным, поскольку от степени выявленных нарушений ритма и проводимости у пациентов с первичным и повторным острым инфарктом миокарда при различной глубине и распространенности процесса будут зависеть исход заболевания и тактика ведения больного.

Список литературы:

1. Национальные рекомендации по диагностике и лечению больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST ЭКГ / М.Я. Руда, С.Н. Голицын, Н.А. Грацианский и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007. № 6(8), Прил. 1. С. 415-500.
2. Дядык А. И., Багрий А.Э., Приколота О.А., Жуков К.В., Хоменко М.В., Цыба И.Н. и др. Патогенез желудочковых нарушений ритма при остром инфаркте миокарда // Укр. мед. журн. -2002. -№3 (29). - С.92-97.
3. Национальные российские рекомендации по применению методики хол-теровского мониторирования в клинической практике / Л.М. Макаров, В.Н. Комолятова, О.О. Куприянова и др. // Российский кардиологический журнал. 2014. № 2(106). С. 6-71.