

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) достаточно часто осложняет течение острого коронарного синдрома (ОКС) с одной стороны, с другой стороны, данное нарушение сердечного ритма может способствовать обострению ИБС, главным образом, за счет увеличения частоты сердечных сокращений и повышения потребности миокарда в кислороде.

Цель исследования. Оценка состояния коронарного русла по данным коронарной ангиографии (КАГ) у больных ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST), у которых в период настоящего индексного события была зарегистрирована ФП.

Материал и методы. Проанализированы результаты КАГ у 53 пациентов с ОКСбпST (возраст 44 – 79 лет, мужчин — 34, женщин — 19). КАГ выполнялась в 1 – 3 сутки после развития ОКСбпST. На основании клинко-ЭКГ и лабораторных данных инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (ИМбпST) был диагностирован у 21 больного, нестабильная стенокардия (НС) – у 32 больных. У всех пациентов оценивались параметры внутрисердечной гемодинамики по данным эхокардиографии.

Результаты. При поступлении в стационар или на догоспитальном этапе ФП была зарегистрирована у 18 пациентов ИМбпST и у 31 больного с НС. Синусовый ритм у 46 из этих больных восстановился спонтанно или был восстановлен медикаментозно в течение 48 часов от предполагаемого развития ФП, у 3 больных ФП сохранялась вплоть до выписки из стационара. У 4 больных ФП развилась на 2-4 сутки после поступления (1 пациент с НС и 3 – с ИМбпST), что позволило однозначно трактовать данную аритмию, как осложнение ОКС.

У 14 больных с НС и у 7 с ИМбпST при КАГ значимого поражения коронарного русла не выявлено, однако, соответственно, у 8 и 3 пациентов этих групп обнаружен мышечный мостик ПМЖА, со стенозированием в систолу от 40 до 90%. У остальных пациентов НС и ИМбпST, у которых ФП зарегистрирована при поступлении или на догоспитальном этапе, выявлялось преимущественно одно, реже двухсосудистое поражение коронарных артерий.

У пациентов, у которых ФП развилась на 2 – 4 сутки после поступления, в анамнезе имелись указания на ранее перенесенный инфаркт миокарда, при КАГ имело место двух – трехсосудистое поражение, включая хроническую окклюзию ПКА у 2 больных, фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) была снижена ($38 \pm 3\%$), а течение настоящего ОКС осложнилось острой сердечной недостаточностью (Киллип класс II и III, соответственно, у 3-х и 1-го пациента). Причем пациент с Киллип классом III умер на 12 сутки от прогрессирующей сердечной недостаточности.

Заключение. У пациентов с ФП и НС/ИМбпST при отсутствии значимого поражения коронар-

ного русла достаточно часто выявляется мышечный мостик, играющий, по видимому, важную роль в патогенезе ОКС. При ФП, возникшей как осложнение ОКСбпST (на 2-4 сутки), чаще имеет место многососудистое поражение, систолическая дисфункция ЛЖ, а течение заболевания характеризуется худшим прогнозом за счет развития сердечной недостаточности.

СЛУЧАЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ

Лобков Д.В.

ГККП «Костанайская областная больница»,
Костанай, Казахстан.

Введение. Не смотря на применение современных лекарственных препаратов, смертность от инфаркта миокарда, осложненного кардиогенным шоком составляет до 90 %. Проведение ЧКВ, внутриаортальной баллонной контрпульсации позволяет уменьшить летальность.

Материалы и методы. Пациент доставлен бригадой Скорой Помощи в ГККП «Костанайская областная больница», с диагнозом: Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, нижней стенки левого желудочка, осложненный кардиогенным шоком. Госпитализирован в реанимационное отделение. Объективный статус при поступлении — состояние тяжелое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, холодный липкий пот. В легких везикулярное дыхание, ЧДД – 28 в 1 минуту, влажные хрипы по всем легочным полям. Сердечные тоны глухие, ритмичные, ЧСС – 32 – 40 в 1 минуту, АД – 80 на 40 мм рт ст. На ЭКГ – подъем сегмента ST во II, III и AVF отведениях. Проводилось лечение – внутривенно допамин, гепарин, атропин, стрептокиназа, через час гемодинамика стабилизировалось на цифрах 90 и 60 мм рт ст, но сохранялся болевой синдром и подъем сегмента ST. Пациент в таком состоянии через 2 часа с момента поступления в стационар, доставлен в рентгеноперационную.

Результаты. На коронарографии: Правый тип кровообращения миокарда. Ствол ЛКА, ПМЖВ и ОА — без патологии. Окклюзия ПКА в проксимальном отделе. Кровоток TIMI 0. Проведена баллонная ангиопластика ПКА со стентированием, имплантированы стенты «Endeavor» 4.0 x 12 мм и «Endeavor» 4.0 x 9 мм. Просвет артерии восстановлен. Кровоток TIMI III. Переведен в реанимационное отделение. Выписан на 18 сутки в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Применение ЧКВ при остром инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком, позволяет снизить летальность у данных пациентов.