

аритмолога. Также провести в динамике ЭКГ (контроль QT-интервала).

Заключение. Этот клинический случай интересен тем, что на фоне острого инфаркта миокарда наблюдался не только синдром слабости синусового узла, как в предыдущем случае, но и синдром удлинённого QT-интервала, который опасен возникновением жизнеугрожающих аритмий (желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков). В связи с чем необходимо наблюдение кардиолога, аритмолога, проведение холтермониторирования ЭКГ в динамике.

Одним из методов лечения СССУ является электрическая кардиостимуляция. Это метод, с помощью которого мышца сердца принуждается к сокращениям под воздействием импульсов определенной силы и частоты, вырабатываемых электронным водителем ритма — кардиостимулятором (пейсмейкером).

Клинико-электрокардиографические показания к ЭКС при СССУ: приступы МАС; хроническая либо прогрессирующая недостаточность кровообращения, зависящая от выраженной брадикардии; появление тромбоземболических осложнений, связанных с резкими сменами ритма; тяжело протекающий синдром бради-, тахикардии с коллапсами, стенокардией, инсультами; спонтанные синусовые паузы на ЭКГ >2,5—3 с; устойчивость дисфункций СА-узла к вагolitикам и симпатомиметикам.

Электрофизиологические показания к ЭКС при СССУ: время восстановления функции синусового узла (ВВФСУ) ≥ 3 500 мс; корригированное время восстановления функции синусового узла (КВВФСУ) ≥ 2 300 мс; отрицательная проба с атропином (укорочение ВВФСУ менее чем на 30%); «вторичные»

паузы при ЭФИ; ВСАП > 300 мс при слабой реакции на введение атропина.

Показания к ЭКС при АВ-блокаде:

1) АВ-блокада III степени на любом уровне, сопровождающаяся брадикардией с соответствующей симптоматикой, нарушениями ритма, требующими медикаментозного воздействия, усугубляющего брадикардию, периодами асистолии ≥ 3 с или выскальзывающим ритмом < 40 уд/мин, даже у бессимптомных больных;

2) АВ-блокада III степени, возникшая в результате абляции АВ-соединения, хирургического вмешательства;

3) АВ-блокада II степени, независимо от места блока при наличии симптоматики, обусловленной брадикардией (Жданов А.М., Вотчал Ф.Б., Коростылева О.В., 2009).

ЛИТЕРАТУРА

1. Джанашия, П.Х. Синдром слабости синусового узла / П.Х. Джанашия, Н.М. Шевченко, Н.Д. Джанашия // Сердце. — Т. 1, № 2. — 2009. — С.97—99.
2. Жданов, А.М. Показания к электрической стимуляции сердца при брадикардических нарушениях ритма / А.М. Жданов, Ф.Б. Вотчал, О.В. Коростылева // Сердце. — Т. 1, № 2. — 2009. — С.92—93.
3. Кушаковский, М.С. Аритмии сердца / М.С. Кушаковский. — СПб.: Фолиант, 2004. — С.440—443, 446—450.
4. Перепеч, Н.Б. Кардиология / Н.Б. Перепеч, С.И. Рябов. — СПб., 2008. —Т. 1. — С.494—498, 582—583.
5. Руководство по электрокардиографии. — М.: Медицинское информационное агентство, 2004. — С.352—353.

© Р.Г. Сайфутдинов, С.З. Габитов, Э.В. Пак, Э.Ф. Рубанова, Р.С. Насыбуллина, Е.М. Майорова, Г.А. Мухаметшина, Д.М. Садыкова, 2010

УДК 616.127-005.8-036.11-06+616.124.6-001.33

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ РАЗРЫВОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

РАФИК ГАЛИМЗЯНОВИЧ САЙФУТДИНОВ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой терапии № 1

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

ЭМИЛИЯ ВЛАДИМИРОВНА ПАК, асс. кафедры терапии

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

АЛСУ ФАРИДОВНА ГАРИПОВА, ординатор кафедры терапии

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

АЛЬБИНА РАШИДОВНА ГИЛЯЗОВА, ординатор кафедры терапии

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

САЛАВАТ ЗАРИФОВИЧ ГАБИТОВ, канд. мед. наук, доц. кафедры терапии

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

ЭВЕЛИНА ФЕДОРОВНА РУБАНОВА, асс. кафедры терапии

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

РОЗА САБИРОВНА НАСЫБУЛЛИНА, асс. кафедры терапии

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

ЕЛЕНА МИХАЙЛОВНА МАЙОРОВА, асс. кафедры терапии

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

ГУЗЕЛЬ АГЗАМОВНА МУХАМЕТШИНА, асс. кафедры терапии

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

ДИНА МАРСЕЛЬЕВНА САДЫКОВА, ординатор кафедры терапии

ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава»

Реферат: Представлены результаты пятилетнего наблюдения за больной с острым инфарктом миокарда, осложненным разрывом межжелудочковой перегородки. Была проведена успешная пластическая операция, выполнено аортокоронарное шунтирование, а также установлен электрокардиостимулятор.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, разрыв межжелудочковой перегородки, аневризма левого желудочка, коронарография, аортокоронарное шунтирование, электрокардиостимулятор.

THE INCIDENCE OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION COMPLICATED WITH INTERVENTRICULAR SEPTAL RUPTURE

R.G. SAYFOUVDINOV, S.Z. GABITOV, E.V. PAK, E.F. ROUBANOVA, R.S. NASYBOULLINA, E.M. MAYOROVA, G.A. MOUKHAMETSHINA, D.M. SADYKOVA

Abstract. The patient with acute myocardial infarction complicated with interventricular septum rupture was supervised for 5 years. Successful surgical plastic treatment and revascularization were conducted with subsequent installation of permanent pacemaker.

Key words: myocardial infarction, interventricular septum rupture, left ventricular aneurysm, coronary angiography, coronary artery bypass grafting permanent pacemaker.

Было проведено клиническое наблюдение больной М., 63 лет, которая поступила в терапевтическое отделение РКБ № 3 в марте 2010 г. с жалобами на боли в прекардиальной области жгучего характера, иррадиирующие в левую руку, возникающие при ходьбе на расстояние 10 м, купирующиеся 1—2 дозами нитроглицерина (частота приступов составляла до 5—6 раз в сут); на одышку инспираторного характера, возникающую при минимальной физической нагрузке и в покое, усиливающуюся в горизонтальном положении, чувство тяжести в правом подреберье, отеки на нижних конечностях.

По данным анамнеза, у больной с 30 лет отмечается повышение артериального давления (АД). Целенаправленно не обследовалась и не лечилась. С 45 лет страдает сахарным диабетом II типа.

В возрасте 50 лет у пациентки впервые появились загрудинные боли давящего характера при физической нагрузке, проходящие в покое. По рекомендации участкового терапевта начала принимать эринит.

Дважды в год болевые приступы были столь сильными, что она была вынуждена вызывать скорую медицинскую помощь, но от стационарного лечения и обследования отказывалась.

В марте 2004 г. во время очередного приступа болей пациентка была госпитализирована в терапевтическое отделение РКБ № 3, где был поставлен диагноз: ишемическая болезнь сердца (ИБС), прогрессирующая стенокардия, ГБ III стадии, 3-й степени, IV группа риска, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I, функциональный класс (ФК) II, сахарный диабет (СД) II типа.

После выписки из стационара больная строго соблюдала все рекомендации по режиму и приему лекарственных препаратов.

Несмотря на это, спустя месяц (26.05.04) развился приступ нестерпимых болей за грудиной, сопровождающийся потерей сознания. Больная госпитализирована в терапевтическое отделение РКБ № 3, где лечилась с диагнозом: ИБС, острый трансмуральный распространенный передний инфаркт миокарда левого желудочка, осложненный разрывом межжелудочковой перегородки и формированием аневризмы передней стенки левого желудочка. ГБ III стадии, 3-й степени, IV группа риска, ХСН IIa, ФК III, СД II типа, инсулинозависимый в стадии декомпенсации.

За время стационарного лечения пациентка была консультирована кардиохирургом профессором Р.К. Джорджкиа.

Рекомендовано проведение коронарографии и оперативное лечение в условиях кардиохирургического стационара через 8 мес после выписки.

Заклучение коронарографии от 28.10.04: тип коронарного кровообращения правый. Окклюзия ПМЖВ в проксимальном сегменте, критический стеноз 1 ДВ в проксимальном сегменте, стенозы проксимальных

сегментов ОВ до 80%, ВТК до 95%, протяженный стеноз ПКА в медиальном сегменте до 40%, ВОК в устье до 90%. Перетоки из системы ПКА в септальные ветви и дистальные сегменты ПМЖВ.

В декабре 2004 г. в отделении кардиохирургии ГКБ № 6 были выполнены следующие виды операций:

- Пластика ДМЖП и аневризмы ЛЖ по Дору протезом Goge.
- Ушивание стенки ЛЖ.
- Пластика трикуспидального клапана по Де-Вега.
- АКШ к ВТК.

После перенесенной операции самочувствие оставалось удовлетворительным, но через 6 мес у больной развился повторный инфаркт миокарда. Она была вновь госпитализирована в ПИТ РКБ № 3 с диагнозом: ИБС, острый распространенный субэндокардиальный передний ИМ ЛЖ, осложненный в остром периоде ранней постинфарктной стенокардией, эпизодами АВ-диссоциации, синдромом Фредерика, АВ-блокадой II степени, типа Мобитца I.

Выписана с рекомендациями имплантации ЭКС в плановом порядке.

В декабре 2005 г. в отделении кардиохирургии ГКБ № 6 была проведена имплантация ЭКС-530 с эндокардиальной стимуляцией в режиме VVI с ЧСС 70 уд/мин, с желудочковой стимуляцией «по требованию».

С 2006 г. на фоне постоянного приема лекарственных препаратов состояние пациентки оставалось относительно стабильным, ангинозные приступы возникали редко. Один раз в год больная проходила плановое обследование и лечение в кардиологических стационарах г. Казани.

В январе 2010 г. отметила ухудшение состояния, когда появилась одышка при легкой физической нагрузке, а также и в покое, усиливающаяся в горизонтальном положении; увеличилась частота и интенсивность ангинозных приступов; при этом отмечала снижение эффекта от нитроглицерина и увеличение потребности в нем. Появилось чувство тяжести в правом подреберье и отеки на нижних конечностях.

В связи с чем лечилась в РКБ № 3 с диагнозом: ИБС, прогрессирующая стенокардия с исходом в стенокардию напряжения ФК III. ПИКС (ОИМ в 2004 г., 2005 г.). Аортокоронарное шунтирование, пластика дефекта межжелудочковой перегородки, трикуспидального клапана и аневризмы левого желудочка в 2004 г. Имплантированный ЭКС в 2005 г. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 с поражением сердца (ИБС, ПИКС), ХСН IIБ, ФК III с эпизодами сердечной астмы, сосудов глазного дна (гипертоническая ангиопатия). Сахарный диабет II типа, средней тяжести, инсулинозависимый в стадии субкомпенсации. Диабетическая ангиопатия, полинейропатия конечностей. Ожирение 1-й степени.

При поступлении в РКБ № 3 состояние пациентки средней тяжести. Телосложение гиперстеническое, питание повышенное, ИМТ — 30 кг/м. Кожные покровы и видимые слизистые субиктеричные. Отеки до верхней трети голени, симметричные. На передней грудной стенке — рубец после срединной торакотомии, на уровне III межреберья слева пальпируется ЭКС.

ЧДД — 22 в мин, дыхание везикулярное, в нижних отделах легких с обеих сторон выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы.

При аускультации сердца выслушиваются глухие, ритмичные тоны с ЧСС 70 уд/мин. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края правой реберной дуги. Край печени — мягкий и слегка чувствительный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Общий анализ крови: E_r — $4,65 \times 10^{12}/л$; Leu — $6,8 \times 10^6/л$; Tg — $156 \times 10^6/л$; СОЭ — 7 мм/ч; лейкоцитарная формула: п/я — 1%; с/я — 61%; E_o — 2%; В — 0%; М — 8%; $Lymph$ — 28%; Hb — 144 г/л.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 22,1 мкмоль/л; холестерин — 5,61 ммоль/л; триглицериды — 1,39 ммоль/л; β -ЛП — 5,82 г/л; мочевина — 8,1 мкмоль/л; креатинин — 109 мкмоль/л; глюкоза — 8,46 ммоль/л; АСТ — 26 IU/L; АЛТ — 28 IU/L; миоглобин — 38,4 нг/мл; тропонин — отр.; КФК — 296 IU/L; МВ КФК — 5,3 U/L; ЛДГ — 157 IU/L; фибриноген — 2,2 г/л.

ЭКГ: ритм электрокардиостимулятора с ЧСС 70 уд/мин.

ЭхоКС: акинезия в области верхушки ЛЖ, верхушечных сегментов МЖП, передней стенки ЛЖ. Дилатация полости ЛП. Снижение сократительной функции миокарда.

Рентгенография ОГК: по срединной линии — 4 танталовые скобы (состояние после оперативного вмешательства). Установлен ЭКС. Легкие: смешанный тип легочной гипертензии, признаки венозного застоя, пневмосклероза. Корни расширены за счет основных ветвей ЛА, структура снижена, синусы свободны. Сердце: границы расширены, кардиомегалия, КТИ — 0,6; аорта: дуга расширена, уплотнена, расширен восходящий отдел аорты и тень верхней полой вены.

За время госпитализации проводилось лечение: гепарин, кардикет, карведилол, эналаприл, гипотиазид, фуросемид, верошпирон, дигоксин, дилтиазем, хумулин НПХ, хумулин Р.

В результате лечения состояние несколько улучшилось: приступы стенокардии стали реже (до 1—2 раз в сут), уменьшилась одышка, отеков на нижних конечностях нет, сократились размеры печени, АД стабилизировалось на уровне 120/80 мм рт.ст.

Большая была выписана с рекомендациями динамического наблюдения в поликлинике.

Таким образом, своевременная диагностика и лечение осложнений ОИМ улучшают прогноз и способствуют продлению жизни пациента.