

## **АРИТМИЧЕСКИЕ «МАСКИ» ИНФАРКТА МИОКАРДА**

*Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул*

**Растягаева Е. В.**

Научный руководитель: д. м. н, профессор Сукманова И. А.

Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии с курсом ДПО

---

**Актуальность.** У ряда пациентов с инфарктом миокарда первичным проявлением заболевания могут быть аритмии, маскирующие клинические проявления инфаркта миокарда и его электрокардиографические признаки. Приводим результаты собственных наблюдений.

**Цель исследования:** изучить основные причины возникновения клиники аритмий у пациентов с ОКС (острым коронарным синдромом), как первичное проявление ИМ.

**Материалы и методы.** Изучение клинических случаев пациентов с аритмическими «масками». За 6 месяцев 2022 г. в отделение КООКС АККД было выписано 3 пациента с ОКС. Всем проведена ЭИТ, КАГ, ЭХО-КГ, общее клиническое исследование с оценкой маркеров повреждения миокарда.

**Результаты и обсуждение.** Пациент С., 61 год, поступил с пароксизмом желудочковой тахикардии (ЖТ), без типичных ангинозных болей, нестабильной гемодинамикой. Выполнена электроимпульсная терапия (ЭИТ), по ЭКГ элевация ST в II III AVF до 2 мм, повышение тропонина, по ЭХО-КГ – ФВ 35%, КАГ – окклюзия ПКА, выполнено стентирование ПКА. В первые сутки рецидивы полиморфной ЖТ с ЧСЖ от 155-222 в минуту, на фоне приема ДАТТ, амиодарона, метопролола, эплеренона, дапаглифлозина. Состояние стабильное, выписан на 14-е сутки.

Пациент Б., 73 года, поступил с жалобами на слабость. По ЭКГ: ЖТ, выполнена экстренная электроимпульсная терапия, с восстановлением синусового ритма. Тропонин 1 в динамике повышен. По ЭхоКГ: ФВ 38%,

выраженная митральная недостаточность. По КАГ ПМЖА – хроническая окклюзия в средней трети, стеноз в проксимальной трети 1ДА 80-90%. ОА – хроническая окклюзия в средней трети. ПКА – стеноз в проксимальной трети 30%, средней трети 90%. В течение 2-х суток рецидивы полиморфной ЖТ с трансформацией в фибрилляцию желудочков, неоднократная ЭИТ. На фоне приема ДАТТ, амиодарона, инфузии лидокаина, магния сульфата, биспролола, эплеренона, дапаглифлозина, периндоприла, статинов состояние стабилизировалось, выписан на 22 сутки.

Пациентка Г., 64 лет, поступила с давящей болью за грудиной, синкопальным состоянием на догоспитальном этапе. По ЭКГ – мономорфная ЖТ, выполнена экстренная ЭИТ, после восстановления ритма по ЭКГ элевация сегмента ST в V2-V5 до 2 мм с реципроктностью по нижней стенке. Тропонин в динамике 217 нг\л. По ЭхоКГ: ФВ 50%. Гипокинез средних сегментов передней, нижней стенок и МЖП. Гипо-акинез верхушки. По КАГ – ПКА- субокклюзия в\3, хр. окклюзия в средней трети, ПМЖА – острая окклюзия в верхней трети. Выполнена экстренная БАП со стентированием ПМЖА и ПКА. В дальнейшем рецидивы ЖТ с трансформацией в ФЖ, проводилась ЭИТ. Получала лечение: амиодарон по схеме, лидокаин, инфузия магния сульфата, эплеренон, эмпаглифлозин, клопидогрел 75 мг и АСК 100 мг, биспролол 5 мг, на 16-е сутки выписана в стабильном состоянии.

### **Выводы**

У представленных пациентов первым проявлением ОКС была ЖТ, несмотря на проведенную реваскуляризацию миокарда в раннем постинфарктном периоде наблюдались рецидивы ЖТ. Важно отметить, что у всех больных имелись выраженные признаки сердечного ремоделирования, что явилось провоцирующим фактором для рецидива жизнеугрожающих аритмий.

---

#### **Как цитировать:**

Растягаева Е. В. Аритмические «маски» инфаркта миокарда. Материалы IX итоговой конференции НОМУИС. Барнаул. *Scientist*. 2023; 4 (26): 274-275.

---