

ЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ ШТОРМ ПРИ ОКС: ПРИЧИНЫ, ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

Алтайский государственный медицинский университет, кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии с курсом ДПО, г. Барнаул

Зотьева А. Д.

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

Актуальность. Электрический шторм – это состояние электрической дестабилизации миокарда, характеризующееся возникновением двух и более эпизодов желудочковой тахикардии и/или фибрилляции желудочков в течение 24 ч.

Цель исследования. Изучить основные причины и возможности лечения ЭШ у пациентов с ОКС.

Материалы и методы

За 6 месяцев 2022 года в отделении КООКС АККД выписано 3 пациента с ОКС и ЭШ. Всем проведена КАГ и ЧКВ, ЭХО-КГ, общеклинические и биохимические исследования крови с оценкой маркеров повреждения миокарда.

Результаты и их обсуждение

Представлены 3 клинических случая пациентов с ОКС и электрическим штормом.

Пациентка Г., 64 года доставлена СМП с впервые возникшим пароксизмом желудочковой тахикардии, купированным на догоспитальном этапе ЭИТ. По КАГ: ПКА – субокклюзия в верхней трети, хроническая окклюзия средней трети, ПМЖА – острая окклюзия в верхней трети, дистальный кровоток ТІМІ 0. Выполнена БАП со стентированием ПМЖА двумя стентами, БАП со стентированием ПКА двумя стентами. В первые сутки отмечались рецидивы желудочковой тахикардии с восстановлением синусового ритма ЭИТ. Получала ДАТТ, бета-блокаторы с

титрованием дозы, амиодарон. ИАПФ, АМР, инфузию магния сульфата, калия. ЭХО-КГ: ФВ-50%. Гипокинез средних сегментов передней, нижней стенок и МЖП. Гипо-акинез верхушки сердца. В дальнейшем состояние стабилизировалось. Нарушения ритма не рецидивировали. На третьи сутки переведена в отделение.

Пациент С., 34 г., находился на лечении в АККД по поводу Q- нижнего ИМ от 15.11.2022г (ОКСпСТ). По КАГ: СтЛКА – без патологии. ПМЖА – без патологии. ОА – без патологии. ПКА-окклюзия в/3, дистальный кровоток ТИМІ 0. Выполнено ЧТКА со стентированием ПКА стентом с лекарственным покрытием Firehawk 4,0x33мм. На фоне реканализации и БАП – тромбоз ПКА до дистального русла – тромбэкстракция, стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием, на контроле пристеночный тромбоз, инфузия ингибиторов ІІb/ІІІа рецепторов. По ЭКГ замедленное течение ИМ. На 10-е сутки – рецидивирующая ФЖ, реанимация, инфузия амиодарона, лидокаина, магния сульфата, бета-блокаторы, ИАПФ, АМР (ЭХОКГ: ФВ по Тейхольцу – 42%). В дальнейшем по ЭКГ признаки подострой стадия Q нижнего ИМ. Выписан на 20 день ИМ в стабильном состоянии, по ХМЭКГ нарушений ритма не зарегистрировано.

Пациент Б., 63 г., поступил с пароксизмом ЖТ. По КАГ – многососудистое поражение, эндоваскулярное лечение не проводилось. ЭХО-КГ: ФВ – 23%. В дальнейшем ежедневно в течение 3-х суток пароксизмы устойчивой полиморфной желудочковой тахикардии с трансформацией в ФЖ, неоднократные ЭИТ. Стабилизация электрической активности сердца достигнута комбинацией амиодарона, лидокаина, магния сульфата, титрованием дозы бета-блокаторов. ЭхоКГ: КДР 83 мм, КСР 71 мм, ФВ 29%. СДПЖ 34 мм рт. ст. Выраженное снижение сократимости ЛЖ. Выраженная МТ регургитация. В динамике на фоне лечения частая полиморфная желудочковая экстрасистолия – 279 в час. Выписан на 27 день ИМ в стабильном состоянии на фоне терапии (бета-блокаторы, ИАПФ, АМР, амиодарон, ДАТТ).

Выводы

Таким образом, основными факторами развития электрического шторма являются: сниженная ФВ ЛЖ, многососудистое поражение коронарных артерий, отсутствие или неполная реваскуляризация в зоне ИСА, развитие феномена «no-reflow». Электрическая стабилизация миокарда достигалась при назначении комбинированной антиаритмической терапии, ИАПФ и АМР.

Как цитировать:

Зотьева А. Д. Электрический шторм при ОКС: причины, возможности лечения и профилактика. Материалы IX итоговой конференции НОМУИС. Барнаул. Scientist. 2023; 4(26): 52-54.
