

Невмержицкий В.С.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ
ТАХИКАРДИЕЙ

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Митьковская Н.П.

*Кафедра кардиологии и внутренних болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Нарушения сердечного ритма часто сопутствуют хронической сердечной недостаточности (ХСН), как со сниженной, так и с сохранной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ). Однако в ряде случаев аритмия, чаще всего предсердная тахикардия, является причиной обратимой дисфункции ЛЖ. Данное состояние именуется кардиомиопатия, индуцированная тахикардией, или тахикардиомиопатия (ТКМП).

Цель: проанализировать конкретный пример кардиомиопатии, индуцированной тахикардией.

Материалы и методы. Пациент 69 лет был переведен в ГУ РНПЦ «Кардиология» с многократными пароксизмами полиморфной желудочковой тахикардии (ЖТ) резистентной к медикаментозной терапии, которые были купированы ИКД, для РЧА ЖТ.

Результаты и их обсуждение. Мужчине М., 1953 г.р. был имплантирован ИКД в 2014 году. В 2021 году была произведена замена ИКД. После замены ИКД сработал однократно в январе 2023 года. 14.03.2023 сработал ИКД, пациент вызвал бригаду скорой медицинской помощи, госпитализирован в 1-ю ГКБ г.Минска, с 14.03.2023 по 15.03.2023 у пациента были многократные пароксизмы полиморфной, резистентной к медикаментозной терапии ЖТ, купированы ИКД. Пациент переведен в ГУ РНПЦ «Кардиология» для РЧА ЖТ. На момент осмотра пациент предъявлял жалобы на слабость. Из сопутствующих заболеваний у пациента артериальная гипертензия и амиодарониндуцированный тиреотоксикоз. В 2006 году пациенту была выполнена операция АКШ/МКШ. При объективном осмотре состояние средней степени тяжести. В сознании, ориентирован в месте и времени, верно, доступен контакту. По данным ЭХО-КГ от 16.03.2023: ФВ ЛЖ 31%, нарушение локальной сократимости миокарда левого желудочка (индекс локальной сократимости миокарда (ИЛС): 2,44), гипертрофия миокарда левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Пациенту было проведено ЭФИ, отмечено появление спонтанно индуцируемой ЖТ (без пульса на периферических артериях). В связи с наличием электромеханической диссоциации было принято решение о подключении ЭКМО. Абляция ЖТ не выполнялась из-за общего тяжелого состояния пациента. Пациенту был навязан ритм ЭКС сначала 120 уд/мин, затем 80 уд/мин. В связи с непрерывно рецидивирующей полиморфной желудочковой тахикардией, резистентной к медикаментозной терапии, клинической смертью во время выполнения электрофизиологического исследования пациенту показано выполнение ортотопической трансплантации сердца. 22.03.2023 года пациенту была удалена система ИКД. По данным ЭХО-КГ от 28.03.2023 года после трансплантации сердца: ФВ ЛЖ 49%, нарушения локальной сократимости миокарда (индекс локальной сократимости миокарда (ИЛС): 1,06). По данным осмотра 03.04.2023 года, учитывая положительную динамику по данным КЩС, витальным параметрам было принято решение об отключении аппарата ЭКМО. Длительное нахождение в стационаре, тяжесть патологии обусловили развитие сепсиса, ДВС синдрома, нарушение мозгового кровообращения. Отмечалось прогрессирование сепсиса на фоне адекватной антибиотикотерапии, лейкоцитопения, тромбоцитопения. Значительное ухудшение состояния 11.04.2023, несмотря на проводимые реанимационные мероприятия эффекта достичь не удалось, констатирована биологическая смерть.

Выводы. Представленный случай демонстрирует возможность позднего дебюта кардиомиопатии, индуцированной тахикардией. Для улучшения прогноза данного заболевания необходима современная диагностика и использование методов, направленных на профилактику внезапной сердечной смерти.