

короткие сроки и на ранней стадии заболевания. В представленном клиническом случае диагноз был установлен лишь при проведении хирургического вмешательства на фоне развившейся кишечной непроходимости и подтвержден при патоморфологическом исследовании.

---

Кондратьев Ф.В., Белевич М.И., Булгак А.Г., Зарадей И.И.

1-я городская клиническая больница, Минск, Беларусь

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕВОПРЕДСЕРДНОГО ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ, ОСЛОЖНЕННОГО АРИТМОГЕННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ**

**Введение.** Аритмогенная (вторичная) кардиомиопатия (АКМП) – одно из тяжелых осложнений трепетания предсердий (ТП), требующее комплексного лечебно-диагностического подхода. В особую группу выделяют левопредсердное ТП (лТП), характеризующееся рефрактерностью к консервативному лечению и сопровождающееся высокой частотой развития тяжелой систолической дисфункции желудочков (ЛЖ/ПЖ).

**Цель.** Разработка персонализированного лечебно-диагностического подхода к пациентам с лТП, осложненной АКМП.

**Материалы и методы.** Случай из практики: пациент N., 50 лет поступил в кардиологическое отделение с жалобами на частое сердцебиение, отечность голеней, выраженную одышку при минимальной физической нагрузке и в положении лежа на спине. В течение последних 3-х недель отмечает ухудшение состояния. В анамнезе фибрилляция предсердий (ФП), ассоциированная с артериальной гипертензией (АГ), процедура изоляции устьев легочных вен (около 1 года назад). Ежедневно принимал ривароксабан 20 мг, периндоприл/индапамид 5/1.25 мг, метопролола тартрат 50 мг и амиодарон 200 мг (начал прием при ухудшении состояния). На фоне терапии цифры артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) оставались стабильными, эпизодов ФП за прошедший год не зафиксировано. При поступлении общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, кожные покровы бледные. Частота дыханий 22 в минуту, над легкими дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах. Сердце – тоны глухие, ритмичные, ЧСС 135 в минуту. Пульс на лучевых артериях низкого напряжения и наполнения. АД 110/70 мм рт. ст., SpO<sub>2</sub> 95%. Лабораторные данные: NT-proBNP 7128 пг/мл, в остальном – без значительных отклонений. На электрокардиограмме (ЭКГ): волны F двухфазные в V1 и отрицательные однофазные в I, aVL, V5, V6 отведениях, частотой 270 в минуту с проведением на желудочки 2:1. Данные трансторакальной эхокардиографии (ТТ-ЭХОКГ): дилатация всех

---

камер сердца, нижней полый и печеночных вен, умеренная митральная и трикуспидальная регургитация, снижение глобальной сократимости ЛЖ (30% Simpson), ПЖ (TAPSE – 14 мм), а также резервуарного стрейна левого/правого предсердий (LASr/RASr) до 5.5/6.1%, двусторонний гидроторакс. Давление в полости левого предсердия (ЛП) 19.26 мм рт.ст. (уравнение Nagueh). В условиях отделения к лечению добавлен дигоксин, петлевые диуретики и заменен периндоприл на рамиприл (ниже риск гипотензии). Учитывая отсутствие тромбов в полостях сердца (по данным компьютерной томографии), осуществлена попытка кардиоверсии методом электроимпульсной терапии (ЭИТ: 100/150/200Дж) – безуспешно. В течение 2-х суток после процедуры отмечалось снижение АД до 90/60 мм рт.ст. и резкое усиление одышки. Выполнена ТТ-ЭХОКГ: снижение LASr/RASr до 4.5/5.2% и глобальной сократимости ЛЖ (19% Simpson)/ПЖ (TAPSE – 12 мм). Через 2 недели на фоне достижения нормосистолии желудочков и приема рамиприла в дозе 10 мг/сутки наблюдалось клиническое улучшение: уменьшение одышки, исчезновение периферических отеков и нормотензия. Контрольная ТТ-ЭХОКГ: глобальная сократимость ЛЖ – 37% (Simpson), TAPSE – 16 мм, LASr/RASr – 10.5/11.8%, давление в полости ЛП – 15.6 мм рт. ст. и трехкратное уменьшение объема плеврального выпота. Пациент переведен в специализированное аритмологическое отделение, где успешно выполнена кардиоверсия методом ЭИТ. В течение 6 месяцев наблюдения пароксизмов ТП не было, показатели ТТ-ЭХОКГ (в том числе деформация предсердий) и лабораторные данные – в пределах референсных значений. В настоящее время пациент динамически наблюдается с диагнозом постиницизионное лТП для решения вопроса о необходимости интервенционного вмешательства.

**Результаты и обсуждение.** Следует предположить у пациента лТП вследствие проведенной процедуры изоляции устьев легочных вен, которое по данным литературы встречается в 10-30% случаев и может потребовать повторное интервенционное вмешательство. Безуспешность кардиоверсии объясняется грубыми нарушениями механоэлектрических свойств предсердий, что косвенно отражается низкими значениями LASr/RASr и высоким внутриведсердным давлением. По данным литературы стойкое снижение показателей деформации предсердий характеризуется высокой частотой рецидивов и тромботических осложнений аритмии, а также низкой эффективностью контроля ритма. Резкое падение систолической функции ПЖ/ЛЖ после ЭИТ зачастую носит транзиторный характер и объясняется постшоковой дисфункцией миокарда (прослеживается прямая зависимость с числом и силой стимулов). Имеются данные о возникновении острых нарушений атриовентрикулярного проведения и «немых» лакунарных инфарктов головного мозга непосредственно после процедуры. В отдаленном периоде проведение ЭИТ ассоциируется с увеличением площади фиброза миокарда предсердий и желудочков, а также более высокими рисками тромбоэмболий.

**Выводы:**

1. Динамическое исследование механических свойств предсердий у пациентов с ТП может влиять на тактику ведения пациента, прогнозировать исходы и осложнения аритмии.

2. Пациентам с лТП и АКМП с целью контроля ЧСС рационально применение низких доз  $\beta$ -блокаторов (отрицательное инотропное действие) в комбинации с дигоксином и невысокими дозами амиодарона.
  3. ЭИТ может осложняться постшоковой дисфункцией миокарда различной степени, что необходимо учитывать при ее выполнении у пациентов с клапанной патологией, выраженной систолической дисфункцией желудочков и высоким риском тромбоэмболических осложнений.
  4. Необходим дальнейший сбор сведений относительно краткосрочных/отдаленных последствия ЭИТ.
-

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома  
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»  
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ  
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ  
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ  
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,  
посвященной 40-летию  
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

**(Минск, 22 мая 2025 года)**

Минск  
«Профессиональные издания»  
2025