

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ • CLINICAL OBSERVATIONS

ПОЛНАЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА С ПРИСТУПАМИ
МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА: СТОИТ ЛИ СПЕШИТЬ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ
ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА**Бочаров А.В.***, **Васильков А.А.**,
Курьеров А.С., **Сидоров Д.В.**ОГБУЗ «Костромская областная
клиническая больница имени
Королева Е.И.», Кострома

DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.80.61.023

COMPLETE ATRIOVENTRICULAR BLOCKADE WITH MORGANI-ADAMS-STOKES
ATTACKS: SHOULD WE HURRY WITH IMPLANTATION OF A PERMANENT PACEMAKER**Bocharov A.V.***, **Vasilkov A.A.**, **Kuryerov A.S.**, **Sydorov D.V.***Kostroma Regional Clinical Hospital named after Korolev E.I., Kostroma***Резюме.** Клиническое наблюдение успешного
эндovasкулярного лечения пациента с острым
коронарным синдромом без подъема сегмента ST и
полной А-В блокадой.**Ключевые слова:** острый коронарный
синдром, полная А-В блокада, кардиостимулятор,
стентирование коронарных артерий.**Abstract.** A clinical case of successful endovascular treatment of a patient with acute coronary syndrome without ST segment elevation and complete A-V blockade.**Keywords:** acute coronary syndrome, complete A-V blockade, pacemaker, percutaneous coronary intervention.

Острый коронарный синдром (ОКС) представляет собой обобщенную группу клинических признаков или симптомов, позволяющих предполагать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию [3]. ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST) иногда может проявляться достаточно нетипично и, в некоторых случаях, представляет «шкатулку с секретом». Данный синдром может маскироваться под множество заболеваний не только сердечно-сосудистой системы, но и системы органов дыхания, пищеварительной системы и других [1; 2; 4], причем эта маскировка иногда может быть настолько искусной, что данный синдром крайне затруднительно выявить без выполнения коронарографии.

Пациент К. 71 года доставлен в Региональный сосудистый центр ОГБУЗ «Костромская областная клиническая больница имени Королева Е.И.» (РСЦ) санитарной авиацией из Первичного сосудистого центра окружной больницы с диагнозом: нарушение ритма по типу полной атриовентрикулярной блокады, синкопальные состояния.

При поступлении жалобы на головокружение, шум в ушах, редкий пульс.

В анамнезе: вышеописанные жалобы отмечает на протяжении последних 5 суток. Длительное время страдает гипертонической болезнью. Постоянно принимает Тромбо Асс 100 мг/сут и Эналаприл – Н 10/2,5 мг 2 раза в сутки. Других лекарственных веществ не принимал. Прием алкоголя исключает. Постоянного медицинского наблюдения нет.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы обычного цвета, периферических отеков нет. Пульс равняется 25–30 ударам в минуту, ритмичный, повышенного наполнения. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте. Артериальное давление (АД) – 100/80 мм рт. ст. Частота дыхания – 16 в минуту, проводится равномерно, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

При попытке снятия электрокардиограммы у больного возникло синкопальное состояние – доставлен в палату интенсивной терапии кардиологического отделения РСЦ, где проведением постоянной внутривенной инфузии атропина сульфата со скоростью 1 мг/час состояние было стабилизировано – пульс 45–50 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. При умень-

шении скорости введения атропина сульфата у пациента возникла симптомная брадикардия – полная атриовентрикулярная блокада 3 степени (Рис. 1).

По данным лабораторных методов исследований: высокочувствительные тропонины – отрицательные, клинический и биохимический анализы крови – без особенностей, рентген грудной клетки – без патологии. По данным трансторакальной эхокардиографии – фракция выброса левого желудочка равна 55%, гипокинезия нижней стенки левого желудочка.

Больной находился в палате интенсивной терапии отделения кардиологии в течение 48 часов после поступления, все попытки уменьшения скорости инфузии атропина сульфата приводили к возникновению симптомной брадикардии. Консилиумом кардиологов было принято решение о необходимости имплантации постоянного двухкамерного электрокардиостимулятора. Пациент взят в операционную, где операционной бригадой было принято решение о выполнении первым этапом коронароангиографии и, при отсутствии поражения правой коронарной артерии и ветви атриовентрикулярного узла, выполнить

* e-mail: bocharovav@mail.ru

Бочаров А.В., Васильков А.А., Курьеров А.С., Сидоров Д.В.
 ПОЛНАЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА С ПРИСТУПАМИ МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА:
 СТОИТ ЛИ СПЕШИТЬ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА

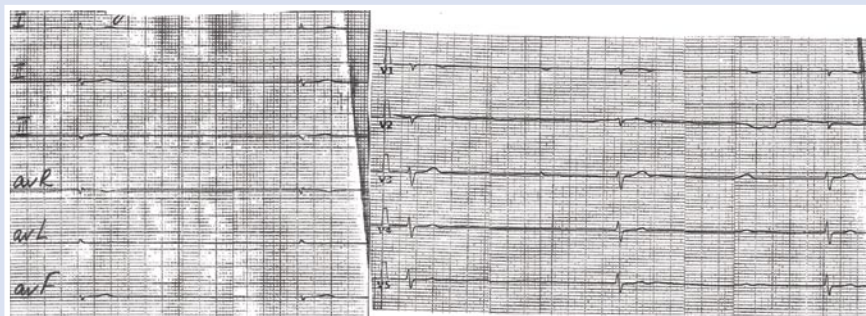


Рис. 1. ЭКГ пациента, выполненная в палате интенсивной терапии кардиологического отделения. Скорость 50 мм/с.



Рис. 2. Коронароангиограмма левой коронарной артерии.

имплантацию постоянного двухкамерного частотно-адаптивного электрокардиостимулятора.

При коронароангиографии выявлен левый тип кровоснабжения миокарда, диффузные стенозы до 65–70% проксимальной половины огибающей ветви и стенозы до 60% проксимальной и средней трети передней нисходящей ветви левой коронарной артерии (Рис. 2), а также тромбоз проксимальной части правой коронарной артерии от устья (Рис. 3).

Выполнена реканализация правой коронарной артерии, ангиопластика баллонным катетером диаметром 2 мм давлением 12 атмосфер и стентирование стентом с лекарственным покрытием сиролимус «Калипсо» диаметром 2,5 мм и длиной 18 мм давлением 18 атмосфер. На контрольной ангиограмме признаков диссекции не выявлено, кровоток – ТМБ 3, хорошее контрастирование веток синусового узла и атриовентрикулярного узла (Рис. 4).

После выполнения реканализации правой коронарной артерии отмечается улучшение состояния, а именно: увеличенные частоты пульса до 50–60 уд. в минуту и повышение АД до 130/80 мм рт. ст., на ЭКГ – предсердный ритм с частотой желудочковых сокращений 60 ударов в минуту, гипертрофия левого желудочка (Рис. 5).

В послеоперационном периоде получал ацетилсалициловую кислоту 100 мг в сутки, клопидогрел 75 мг в сутки, рамиприл 2,5 мг в сутки и аторвастатин 40 мг в сутки.

Через 3 суток пациент жалоб не предъявляет, пульс 50–60 уд. в мин, АД – 130/80 мм рт. ст. Выписан в удовлетворительном состоянии.

В этом наблюдении пациент не имел клинических, анамнестических, лабораторных и инструментальных данных за тромбоз правой коронарной артерии, единственным проявлением служила



Рис. 3. Коронароангиограмма правой коронарной артерии.

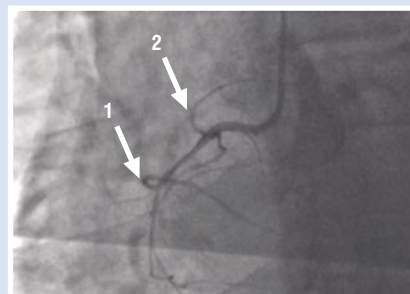


Рис. 4. Коронароангиограмма правой коронарной артерии после стентирования. 1 – ветвь атриовентрикулярного узла, 2 – ветвь синусового узла.

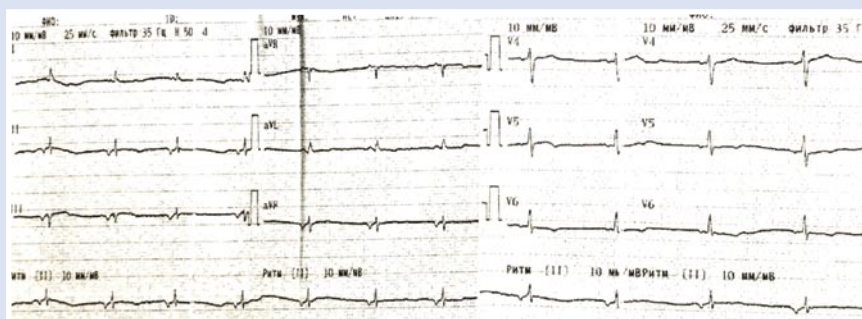


Рис. 5. Электрокардиограмма после реканализации правой коронарной артерии.

стойкая полная атриовентрикулярная блокада с приступами Морганьи-Адамса-Стокса. Отсутствие типичной клинической картины и ишемических изменений может объясняться левым типом кровоснабжения миокарда и малой зоной кровоснабжения из правой коронарной артерии.

Это наблюдение демонстрирует необходимость исключения нарушения кровоснабжения зон водителей ритма сердца перед имплантацией постоянного электрокардиостимулятора.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Canto JG, Fincher C, Kiefe CI, et al. Atypical presentations among Medicare beneficiaries with unstable angina pectoris. *Am J Cardiol.* 2002;90(3): 248–253. doi: 10.1016/s0002-9149(02)02463-3.
2. Mackay MH, Ratner PA, Johnson JL, et al. Gender differences in symptoms of myocardial ischemia. *Eur Heart J.* 2011;32(24):3107–3114. doi: 10.1093/eurheartj/ehv358.
3. Roffi M, Patrono C, Collet JP. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2015;37(3):267–315. doi: 10.1093/eurheartj/ehv320.
4. Rubini Gimenez M, Reiter M, Twerenbold R, et al. Sex specific chest pain characteristics in the early diagnosis of acute myocardial infarction. *JAMA Intern Med.* 2014;174(2):241–249. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.12199.