

во время чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

**Материал и методы.** Нами обследованы 20 пациентов с ОКС и элевацией ST до 6 ч после начала боли, которым выполнялось ургентное ЧКВ. Средний возраст –  $62,4 \pm 17,6$  года. Из них 10 мужчин (50%) и 10 женщин (50%). В анамнезе у пациентов: гипертоническая болезнь – 15 (75%), сахарный диабет – 7 (35%), инфаркт миокарда – 2 (10%), инсульт – 1 (5%). По поражению коронарных артерий (КА) распределение таково: чистые КА у 4 (20%) пациентов, поражение ПМЖВ ЛКА – 7 (35%), поражение ОВ ЛКА – 3 (15%), поражение ПКА – 6 (30%).

Для купирования аритмий применялся эсмолол внутривенно болюсно с последующим введением инфузوماتом из расчета мг/кг/мин.

**Результаты.** Установлено, что у 3 (15%) пациентов наблюдалась пароксизмальная тахикардия (2 мужчин, 1 женщина), у 5 (25%) – фибрилляция желудочков (4 мужчин, 1 женщина), у 12 (60%) – наджелудочковая пароксизмальная тахикардия (4 мужчин, 8 женщина). Всем пациентам для купирования этих нарушений ритма назначался эсмолол по схеме.

Эффективность эсмолола оценивали по частоте сердечных сокращений (ЧСС). У 2 (10%) пациентов не удалось купировать наджелудочковую тахикардию, поэтому к лечению добавили амиодарон, у 8 (40%) пациентов ЧСС снизилась к нормальным показателям в течение 10 минут, у 2 (20%) пациентов – в промежутке 11-20 минут, у 8 (40%) время купирования нарушения ритма составило более 20 минут от начала введения. Ни у кого из пациентов не отмечены нарушения проводимости, гипотония и другие осложнения.

**Выводы.** Таким образом, для быстрого купирования нарушений ритма у пациентов с ОКС и элевацией ST во время ЧКВ эффективным и безопасным является внутривенное введение эсмолола.

## **ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

*Федоров Г. Г.*

ГАУЗ «Больница скорой медицинской помощи», Набережные Челны,  
Татарстан

## **SURGICAL METHODS OF SUDDEN CARDIAC DEATH PREVENTION IN PATIENTS WITH ISCHAEMIC HEART DISEASE**

*Fedorov G. G.*

Emergency Hospital, Naberezhnye Chelny, Tatarstan  
fedorowgg@mail.ru

**Введение.** Пациенты с осложненными формами ИБС и сопутствующими желудочковыми нарушениями ритма имеют комбинированное нарушение функции левого желудочка (ЛЖ) сердца.

**Цель исследования** – оценить влияние диастолической дисфункции (ЛЖ) на отдаленную выживаемость пациентов в зависимости от метода устранения желудочковой тахикардии (ЖТ).

**Материал и методы.** В исследование были включены 59 пациентов в возрасте от 21 до 68 лет, средний – 48,5 (9,8), 54 – мужчины (92%), в зависимости от метода устранения ЖТ пациенты разделены на 2 группы. Группа I – частичная эндокардиальная резекция и/или криодеструкция (КД) – 20 чел. (34%) и группа II – расширенная эндокардиальная резекция, дополненная КД – 39 (66%) человек.

**Результаты.** При сравнительном анализе гемодинамических параметров между группами статистически значимых различий не отмечено ( $p > 0.05$ ). Длительность цикла на приступе ЖТ составила: медиана и межквартильный интервал 395 [325-450] мсек. КДД (конечное диастолическое давление) ЛЖ: медиана и межквартильный интервал 21.0 [18.0-27.0] mm Hg. Мономорфная, клиническая ЖТ – 51 (86%), у 8 пациентов 14% ЖТ двух и более морфологических типов. За время наблюдения 482 [82-783] дня общая летальность – 13/20 и 7/39 – была значительно выше в I группе,  $p = 0.0009$ , как и количество рецидивов ЖТ – 10/20 и 5/39,  $p = 0.005$ . При проведении логистического регрессионного анализа выявлено, что независимо от метода пластики ЛЖ и метода устранения ЖТ значение КДД ЛЖ является независимым предиктором, оказывающим выраженное влияние на уровень послеоперационной летальности при значении КДД ЛЖ менее 18 mm Hg - OR - 4.96, CI (1.22-19.3),  $p = 0.006$ .

**Выводы.** При аневризме ЛЖ передне-перегородочно-верхушечной локализации необходимо удаление всего фиброзно измененного эндокарда, не только со стороны межжелудочковой перегородки, но и со стороны свободной стенки аневризматического мешка. Учитывая большую изменчивость постинфарктного и ишемического ремоделирования сердца в настоящее время (высокий уровень профилактических чрескожных коронарных вмешательств и операций аортокоронарного шунтирования), большой вариабельности локализации аритмогенного очага, предпочтение необходимо отдавать интервенционным и/или гибридным технологиям в лечении ишемических ЖТ. При определении прогноза принимать во внимание степень выраженности диастолической дисфункции ЛЖ сердца.

## **РЕЗЕРВЫ АДАПТАЦИИ В КОНТИНУУМЕ СОСТОЯНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

*Фролов А. В.<sup>1</sup>, Цехмистро Л. Н.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>ГУ «Республиканский научно-практический центр «Кардиология»

<sup>2</sup>УО «Белорусский государственный университет физической культуры»,  
Минск, Беларусь