

Толмачева А.А.¹, Ложкина Н.Г.^{1,2}, Козик В.А.¹,
Хасанова М.Х.¹, Стафеева Е.А.¹, Найдена Е.А.^{1,2},
Мукарамов И.¹, Цыганкова О.В.¹, Барбарич В.Б.^{1,2}

Эволюция синдрома хронической сердечной недостаточности у пациента с перенесенным инфарктом миокарда и сложными нарушениями ритма

1 - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России), г.Новосибирск, 2 - Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Новосибирской области Городская клиническая больница №1 (ГБУЗ НСО ГКБ №1), Новосибирск

Tolmacheva A.A. 1, Lozhkina N.G. 1,2, Kozik V.A. 1, Khasanova M.H. 1, Stafееva E.A. 1, Naydena E.A. 1,2, Mukaramov I. 1, Tsygankova O. V. 1, Barbarych V.B. 1,2

Evolution of chronic heart failure syndrome in a patient with myocardial infarction and complex rhythm disturbances

Резюме

На сегодняшний день проблема хронической сердечной недостаточности, как осложнение инфаркта миокарда и другой сердечно-сосудистой патологии продолжает оставаться актуальной, связано это с увеличением распространенности сердечной недостаточности, особенно тяжелой стадии поражения сердца и основными причинами летальных исходов данной когорты пациентов. В статье представлен клинический случай синдрома хронической сердечной недостаточности со сложными нарушениями ритма у пациента на фоне перенесенного трансмурального инфаркта миокарда и гипертонической болезни. Авторами продемонстрировано, как после тщательной оценки риска и пользы различных методов лечения была правильно подобрана терапевтическая и хирургическая тактика ведения больного в данной клинической ситуации, что позволило не только продлить жизнь, но и улучшить качество жизни пациента. Таким образом, данным клиническим случаем мы показываем важность персонализированной терапии при прогрессировании синдрома хронической сердечной недостаточности у пациентов с сочетанной сердечно-сосудистой патологией.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность (ХСН), ИМ (инфаркт миокарда), сердечно-сосудистая смертность, сложные нарушения ритма

Summary

Abstract: today the problem of chronic heart failure as a complication of myocardial infarction and other cardiovascular diseases continues to be relevant, due to the increase in the prevalence of heart failure, especially the severe stage of heart disease and the main causes of deaths of this cohort of patients. The article presents a clinical case of chronic heart failure syndrome with complex rhythm disturbances in the patient against the background of the transferred transmural myocardial infarction and hypertension. The authors demonstrated that after a thorough assessment of the risk and benefit of various treatment methods, the therapeutic and surgical tactics of management of the patient in this clinical situation were correctly chosen, which allowed not only to prolong life, but also to improve the quality of life of the patient. Thus, in this clinical case, we show the importance of personalized therapy in the progression of chronic heart failure syndrome in patients with combined cardiovascular disease.

Key words: chronic heart failure (CHF), MI (myocardial infarction), cardiovascular mortality, complex rhythm disturbances

Введение

Распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) в РФ составляет от 7 до 10%, в зависимости от региона страны. При этом, за последние

годы, значительно увеличилось количество больных с тяжелой ХСН. Основными этиологическими причинами являются артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) [1,2]. Говоря об ИБС, в первую

очередь, стоит отметить острый коронарный синдром (ОКС) и инфаркт миокарда (ИМ), которые продолжают занимать лидирующие позиции в структуре сердечно-сосудистой смертности во всем мире [3,4]. При этом в настоящее время до 60% пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) имеют многососудистое поражение коронарного русла, соответственно относятся к группе повышенного риска, как по повторным сердечно-сосудистым катастрофам, так по сердечно-сосудистой смертности [5,6,7]. По мере прогрессирования ХСН увеличивается частота различных нарушений ритма, которые не только требуют дополнительного вмешательства, медикаментозного, применения имплантируемых устройств или интервенционных методов лечения, но увеличивают риск сердечно-сосудистой смерти [8,9,10]. Существует много моделей прогнозирования риска госпитализации и летальности больных ХСН, но как показывает клиническая практика и ряд мета-анализов, данные модели не совершенны [11]. Приведенные данные и ряд других причин объясняют существующие проблемы в ведении пациентов с синдромом ХСН в работе практикующего доктора. В данной статье мы представили наглядный клинический случай пациента с ХСН и сложными нарушениями ритма после перенесенного трансмурального ИМ и сопутствующей гипертонической болезни.

Пациент В, 78 лет, наблюдался амбулаторно в течение 2-х лет, с мая 2010 по май 2012 гг. С жалобами на одышку, возникающую при ходьбе 100м и небольших бытовых нагрузках, отеки стоп, голеней.

Анамнез заболевания: В 1997 году пациент перенес Q-ИМ (трансмуральный) передней стенки левого желудочка, осложненный пароксизмом фибрилляции предсердий (ФП), ранней постинфарктной стенокардией, хронической аневризмой с тромбом левого желудочка. Через 2 месяца после ИМ пациенту провели коронароангиографию (КАГ), по результатам которой выявлено многососудистое гемодинамически значимое поражение коронарных сосудов. По сколько данная картина является показанием к хирургическому лечению, пациенту было выполнено аортокоронарное шунтирование (АКШ), также тромбектомия из левого желудочка и пластика левого желудочка. В послеоперационном периоде пациенту была назначена схема терапия, соответствующая всем существующим на тот момент времени клиническим рекомендациям и стандартам ведения таких пациентов: препараты, действующие на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС), ингибиторы АПФ (иАПФ)- эналаприл 40 мг/сут, антитромбоцитарный препарат- аспирин 125 мг/сут, липидснижающий препарат- симvastатин 20 мг/сут, бета-блокатор- метопролол 25 мг в сутки.

До 2005 г пациент принимал назначенную терапию, наблюдался у кардиолога не регулярно. В 2005 г состояние больного ухудшилось в связи с появлением выраженной тахикардии и отечным синдромом, как проявления ХСН. Поскольку пациент не был толерантен к увеличению дозы блокаторов б-рецепторов, а на электрокардио-

грамме регистрировался синусовый ритм, по ЭХОКГ фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составляла 39%, для достижения целевой частоты сердечных сокращений (ЧСС) с целью снижения риска сердечно-сосудистой смертности и повторных госпитализаций, к терапии был добавлен блокатор If-каналов синусного узла- ивабрадин 7,5 мг *2р/день. Для купирования отечного синдрома: петлевой диуретик- фуросемид 40мг/сут через день и антагонист минералкортикоидных рецепторов (АРМ)- спиронолактон 50 мг утром.

В 2010 г. у больного регистрируется постоянная форма ФП, тахисистолический вариант, что стало основанием для коррекции схемы лечения. Была принята стратегия контроля ЧСС, к б-локаторам добавлен препарат группы сердечных гликозидов- дигоксин 0,25 мг/сут, отменен ивабрадин, так как данный препарат может увеличивать риск дисфункции синусного узла и не показан для лечения ФП.

На фоне постоянного приема назначенных препаратов через 6 месяцев состояние больного ухудшилось. При обследовании был диагностирован синдром Фредерика, пароксизм неустойчивой желудочковой тахикардии (ЖТ), в связи с чем пациенту выполнили имплантацию двухкамерного элетрокардиостимулятора (ЭКС) DDDR. Провели коррекцию схемы лечения: отменили дигоксин, назначили: ингибиторы АПФ (иАПФ)- эналаприл 40 мг/сут, б-локаторы- бисопролол 5 мг/сут, антитромбоцитарный препарат- кардиомагнил 75 мг/сут, статины- аторвастатин 40 мг/сут, диуретики- торасемид 10 мг/сут и спиронолактон 10 мг/сут- ежедневно. В течение 2-х месяцев после проведенной коррекции лечения, пациент чувствовал себя удовлетворительно, периодически ощущал «включение» ЭКС.

Анамнез жизни: Гипертонический анамнез с 1997 года, подъемы артериального давления (АД) не ощущал, максимальные показатели АД до 190/100 мм.рт.ст. Рос и развивался нормально, служил в армии, работал инженером до 1997г. Алкоголь- редко (2-3 дринка/нед), не курит.

Объективный статус: ИМТ 27 кг/м², ОТ-109 см. Общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы чистые, отмечался акроцианоз. ЧДД 16 в мин. Аускультативно: дыхание везикулярное, единичные влажные хрипы в нижних отделах легких. АД 120/90 мм.рт.ст., ЧСС 80 в уд/мин, ритм- ФП, перкуторно- смещение верхушечного толчка влево, аускультативно- ослабление I тона и систолический шум на верхушке.

Данные лабораторно-инструментального обследования: в общей анализе крови- Нб- 147 г/л, RBC - 4,5 x 10¹²/л, WBC -6,8 x 10⁹/л. По результатам биохимического исследования крови: общий холестерин- 5,2 ммоль/л, ХС ЛПНП- 3,3 ммоль/л, ХС ЛПВП-1,33 ммоль/л, ТГ- 1,7 ммоль/л, АЛТ- 32 МЕ/л, АСТ- 29 МЕ/л, К- 5,7 ммоль/л, креатинин- 92 мкмоль/л. Скорость клубочковой фильтрации (по формуле – СКД-ЕП1): 76 мл/мин/1,73м². По ЭКГ: ритм фибрилляция предсердий с ЧСС 80 уд/мин, рубцовые изменения передней стенки левого желудочка (ЛЖ) на фоне полной блокады левой ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ). По ЭХОКГ: Умеренная

дилатация полости левого и правого предсердий, выраженная дилатация левого желудочка (ЛЖ), гипертрофия ЛЖ. В проекции верхушечных сегментов-следы пластики. Гипокинез нескольких сегментов передней и боковой областей. Митральная регургитация (MR) 2ст, трикуспидальная регургитация (TR) 2ст. Расчетное давление в Арулт 43-45 мм рт ст. ФВ ЛЖ 36% (по Симпсону). В проекции правых отделов- тень искусственного водителя ритма (ИВР).

Окончательный клинический диагноз: ишемическая болезнь сердца, ПИКС (Q-позитивный (трансмуральный) ИМ передней стенки левого желудочка от 1997 г). АКШ (1997 г). Постоянный ЭКС в режиме стимуляции DDDR (2010 г). Постоянная форма фибрилляции предсердий, нормосистолический вариант. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск 4. ХСН IIБ, ФК IV(НУНА).

С 2012 по 2018 год, пациент принимал терапию: ингибиторы АПФ- эналаприл 40 мг/сут, б-блокаторы- бисопролол 5 мг/сут, антитромбоцитарный препарат- кардиомагнил 75 мг/сут, липидснижающий препарат- аторвастатин 40 мг/сут, диуретики- торасемид 10 мг/сут и спиронолактон 50 мг/сут. В течение 6 лет больной периодически госпитализировался в кардиологическое отделение Городской клинической больницы №1, вследствие декомпенсации ХСН.

В 2018 году, после очередной госпитализации, пациенту провели коррекцию терапии: заменили прием ингибиторов АПФ на ингибитор рецепторов ангиотензина-неприлизина (ARNI) сакубитрил/валсартан 100мг/сут, с титрацией дозы до 200 мг, отменили спиронолактон в связи с гиперкалиемией, выявленной в биохимическом анализе крови, в остальном схема терапии осталась без изменений. Основанием для смены иАПФ на ARNI стали опубликованные результаты клинических исследований, которые показали превосходство валсартан/сакубитрила по сравнению с эналаприлом в снижении частоты госпитализации по поводу декомпенсации ХСН

и риска сердечно-сосудистой смертности, а также новые клинические рекомендации по лечению ХСН 2016 года, в которых ингибитор рецепторов ангиотензина-неприлизина отнесли к группе основных препаратов для лечения ХСН, которые доказали способность к снижению смертности у данной категории больных. Рекомендован валсартан/сакубитрил у больных с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса (СНнФВ) и сохраняющимися симптомами этой патологии на фоне оптимальной медикаментозной терапии ингибиторами АПФ, б-блокаторами и АРМ. Таким образом, у нашего пациента были все показания для назначения данного препарата.

На фоне такой терапии, в течение 2-х месяцев, пациент чувствует себя удовлетворительно, бытовые физические нагрузки (по самообслуживанию) переносит без клинических симптомов ХСН, эпизодов «срабатывания ЭКС» не ощущает.

Заключение

Представленный клинический случай демонстрирует эволюцию синдрома ХСН у пациента с перенесенным ИМ и сложными нарушениями ритма, при котором тщательно подобранная оптимальная медикаментозная терапия в сочетании со своевременным хирургическим лечением способствовала компенсации состояния и улучшения качества жизни пациента■

Толмачева А.А., Ложкина Н.Г., Козик В.А., Хасанова М.Х., Стафеева Е.А., Найдена Е.А., Мукарамов И., Цыганкова О.В., Барбарич В.Б., Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России), Новосибирск, Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Новосибирской области

Литература:

- 1) Общество специалистов по сердечной недостаточности. Российское кардиологическое общество. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), 2016. С.92 [The Society of Experts in Heart Failure. Russian society of cardiology. Clinical guidelines. Chronic heart failure (CHF), 2016. P. 92. (In Russian)].
- 2) Ложкина Н.Г., Максимов В.Н., Рагино Ю.И., Куимов А.Д., Воевода М.И. Многофакторное прогнозирование отдаленных исходов острого коронарного синдрома со стойким подъемом сегмента ST. Российский кардиологический журнал 2015, 9 (125): 25–31 [Lozhkina N.G., Maksimov V.N., Ragino Yu.I., Kuimov A.D., Voevoda M.I. Russ J Cardiol 2015, 9 (125): 25–31 (In Russian)] DOI: 10.15829/1560-4071-2015-09-25-31
- 3) С.А. Бойцов, Н.В. Погосова, М.Г. Бубнова, О.М. Друпкина, Н.Е. Гаврилова, Р.А. Еганян, А.М. и др. Кардиоваскулярная Профилактика 2017. С.289 [S. A. Boytsov, N. In. Pogosov, M. G. Bubnova, O. M. Drapkina, N. E. Gavrilo, R. A. Eganyan, A. M. et al. Cardiovascular Prevention 2017. P. 289. (In Russian)]
- 4) Borja Ibanez, Stefan James, Stefan Agewall, Manuel J. Antunes, Chiara Bucciarelli-Ducci, Héctor Bueno et al. Рекомендации ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST 2017. Российский кардиологический журнал 2018; 23 (5): 103–158 [Borja Ibanez, Stefan James, Stefan Agewall, Manuel J. Antunes, Chiara Bucciarelli-Ducci, Héctor Bueno et al. 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Russ J Cardiol 2018; 23 (5): 103–158. (In Russian)] DOI: 10.15829/1560-4071-2018-5-103-158.

- 5) Windecker S, Kolh P, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, Falk V et al. Рекомендации ESC/EACTS по реваскуляризации миокарда 2014. Российский кардиологический журнал 2015, 2 (118): 5–81 [Windecker S, Kolh P, Alfonso F, Collet JP, Cremer J, Falk V., et al. 2014 ESC/EACTS GUIDELINES ON MYOCARDIAL REVASCULARIZATION. Russ J Cardiol 2015, 2 (118): 5–81. (In Russian)] DOI: 10.15829/1560-4071-2015-02-5-81.
- 6) Бокерия Л.А., Аронов Д.М. и др. Российские клинические рекомендации. Коронарное шунтирование больных ишемической болезнью сердца: реабилитация и вторичная профилактика. КардиоСоматика. 2016; 7 (3–4): 5–71 [Bokeriya L.A., Aronov D.M. et al. Russian clinical guidelines. Coronary artery bypass grafting in patients with ischemic heart disease: rehabilitation and secondary prevention. Cardiosomatics. 2016; 7 (3–4): 5–71. (In Russian)]
- 7) Costa F, Ariotti S, Valgimigli M, Kolh P, Windecker S. Perspectives on the 2014 ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization : Fifty Years of Revascularization: Where Are We and Where Are We Heading? Journal of Cardiovascular Translational Research. 2015;8(4):211-20. DOI: 10.1007/s12265-015-9632-6.
- 8) Silvia G. Priori, carina Blomström-Lundqvist, Andrea Mazzanti, Nico Blom, Martin Borggrefe, John Camm, et al. Рекомендации ESC по лечению пациентов с желудочковыми нарушениями ритма и профилактике внезапной сердечной смерти 2015. Российский кардиологический журнал 2016, 7 (135): 5–86. [Silvia G. Priori, carina Blomström-Lundqvist, Andrea Mazzanti, Nico Blom, Martin Borggrefe, John Camm, et al. 2015 ESC guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. Russ J Cardiol 2016, 7 (135): 5–86. (In Russian)] DOI:10.15829/1560-4071-2016-7-5-86
- 9) Сыркин А. Л., Копылов Ф. Ю., Иванов Г. Г., Серова М. В., Буланова Н. А. Обзор новых клинических рекомендаций по диагностике и лечению фибрилляции предсердий (2016 г.) Европейского кардиологического общества в сотрудничестве с Европейской ассоциацией кардиоторакальных хирургов. Кардиология. 2017;57(7):90–96. [Syrkin A. L., Kopylov F. Yu., Ivanov G. G., Serova M. V., Bulanova N. A. Review of novel clinical recommendations on diagnosis and treatment of atrial fibrillation (2016) of the European Society of Cardiology Developed in Collaboration With the European Association for Cardio-Thoracic Surgery. Kardiologiya. 2017;57(7):90–96. (In Russian)] DOI: 10.18087/cardio.2017.7.10010.
- 10) Michele Brignole, Angelo Auricchio, Gonzalo Baron-Esquivias, Pierre Bordachar, Giuseppe Boriani, Ole-A Breithardt, et al. Рекомендации по электрокардиостимуляции и сердечной ресинхронизирующей терапии ESC 2013. Российский кардиологический журнал 2014, 4 (108): 5–63 [Michele Brignole, Angelo Auricchio, Gonzalo Baron-Esquivias, Pierre Bordachar, Giuseppe Boriani, Ole-A Breithardt, et al. 2013 ESC GUIDELINES ON CARDIAC PACING AND CARDIAC RESYNCHRONIZATION THERAPY. Russ J Cardiol 2014, 4 (108): 5–63. (In Russian)].
- 11) Piotr Ponikowski, Adriaan A. Voors, Stefan D. Anker, Héctor Bueno, John G. F. Cleland, Andrew J. S. Coats et al. Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2016. Российский кардиологический журнал 2017, 1 (141): 7–81 [Piotr Ponikowski, Adriaan A. Voors, Stefan D. Anker, Héctor Bueno, John G. F. Cleland, Andrew J. S. et al. 2016 ESC Guidelines For The Diagnosis And Treatment Of Acute And Chronic Heart Failure. Russ J Cardiol 2017, 1 (141): 7–8] DOI:10.15829/1560-4071-2017-1-7-81