

Николаева И.Е., Сагитов И.Ш., Абсатаров Р.Р., Бадыхов М.Р., Губаев К.И., Амиров И.И., Иванов А.В., Мухаметов А.И., Параскевас П.А., Каюмова Л.М., Кузбекова Н.Н., Зайнуллина А.Р., Мамадов А.Ё., Байназарова А.Ш.

## **ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ С УЛУЧШЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТА С ТАХИИНДУЦИРОВАННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

*ГБУЗ Республиканский кардиологический центр, г. Уфа*

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 - является причиной обратимой дисфункции ЛЖ. Данное состояние именуется кардиомиопатия, индуцированная тахикардией, или тахикардиомиопатия (ТКМП). В марте 2021 г. был опубликован международный консенсусный документ «Универсальное определение и классификация сердечной недостаточности», в котором предложен новый вариант хронической сердечной недостаточности (ХСН) — с улучшенной фракцией выброса (ФВ). По мнению экспертов, следует устанавливать при наличии типичной симптоматики и трех критериев: 1) сведения о снижении ФВ <40% в анамнезе, 2) абсолютное улучшение ФВ  $\geq 10\%$ , 3) значение ФВ при повторном измерении >40%. Таким образом, ХСН<sub>уФВ</sub> диагностируется только *post factum* с учетом анамнеза пациента и повторной эхокардиографии (ЭхоКГ).

**Цель работы:** представить клиническое наблюдение пациента с рецидивирующим ТП и манифестирующим дополнительным путем проведения с развитием ТКМП, с последующим восстановлением синусового ритма и ФВ до нормальных значений (ХСН<sub>уФВ</sub>) при использовании современных подходов терапии.

### **Материалы и методы исследования. Описание клинического случая.**

Пациентка П., 31 года, по линии СМП госпитализирована в ГБУЗ ГКБ №18 г. Уфы с жалобами на сердцебиение с нехваткой воздуха, с направительным диагнозом «тромбоэмболия легочных артерий. ЭКГ при поступлении: суправентрикулярная тахикардия с ЧСС 192 уд/мин. Признаки проведения по ДПП. Пациентка госпитализирована в ОРИТ, начата интенсивная терапия.

В ходе обследования получены следующие данные: КТ-признаки гипостатической пневмонии, двусторонний гидротракс, легочная гипертензия, кардиомегалия. При эхокардиографии (ЭхоКГ). Дилатация всех камер сердца. Недостаточность АВ-клапанов III-IV степени. Недостаточность аортального клапана II степени. Нарушение глобальной сократимости миокарда левого желудочка. Снижение сократительной функции левого желудочка, значительная легочная гипертензия (Расчетное давление в правом желудочке 58

мм.рт.ст.). При лабораторном исследовании признаки ишемического гепатита на фоне малого сердечного выброса. В отделении интенсивной терапии инициирована антикоагулянтная, антиаритмическая, диуретическая терапия. Попытки электрической кардиоверсии безуспешны, аритмия тут же возобновлялась. Терапия амиодароном и  $\beta$ -адреноблокаторами приводила только к снижению ЧСС. Тем не менее на фоне проводимой терапии состояние пациента стабилизировалось. Принято решение провести РЧА в условиях Республиканского кардиологического центра согласно маршрутизации.

Проведен протокол процедуры эндокардиального электрофизиологического исследования сердца и РЧА типичного трепетания предсердий. В ходе воздействия отмечается удлинение интервала F-F с 220 мс до 240 мс, ритм не восстановлен. Синусовый ритм восстановлен сверхчастой стимуляцией. На фоне синусового ритма выявлены признаки предвозбуждения желудочков. Проведена РЧА леворасположенного пучка Кента. Далее проведен протокол электрофизиологического исследования, в ходе которого получены данные об отсутствии функционирующего дополнительного пути проведения.

Через 4 дня по ЭКГ пароксизм трепетания предсердий с ЧСЖ 115/мин. Повторно РЧА в области каво-трикуспидального перешейка, в ходе которого восстановлен синусовый ритм.

После проведения лечения, на фоне синусового ритма, с улучшением состояния, решено продолжить амбулаторное лечение и наблюдение. Назначено лечение ХСН согласно рекомендациям.

**Результаты и обсуждение.** В динамике через 3 месяца после проведенного РЧА при суточном мониторинге ЭКГ по Холтеру определялся синусовый ритм с ЧСС 52–108 уд/мин.

Таблица 1

Динамика параметров гемодинамики при серии ЭхоКГ-исследований

	До РЧА	4-е сутки после РЧА	Через 3 мес
ФВ ЛЖ, %	18	31	65
КДР, см	5,5	5,0	4,6
КДО, мл	150	151	130
СДЛА, мм рт.ст.	58	41	25

ст.

**Заключение и выводы:** клинический случай демонстрирует современные возможности «повернуть вспять» ХСН, приостановив её прогрессирование даже на стадии Пб (ХСНсуФВ). Восстановление и контроль ритма у пациентов — ключевой момент для сохранения ФВ ЛЖ и предотвращения или успешной борьбы с ТКМП, при этом абляция как радикальный метод играет ведущую роль.