

Boramae Hospital Affiliated to Seoul National University Hospital, Seoul, Korea. Chest. – 2000. – Vol. 117(2). – P. 385-392.

10. Kim H. Endobronchial tuberculosis presenting as right middle lobe syndrome: clinical characteristics and

bronchoscopic findings in 22 cases / Ho Cheol. Kim, Hyeon Sik. Lee, Seung Jun. Jeong, Yi Yeong. Jeon, Kyoung-Nyeo. Lee, Jong Deok. Hwang, Young Sil // Yonsei Medical Journal. – 2008. – Vol. 49(4). – P. 615-619.

ИМПЛАНТАЦИЯ ПОСТОЯННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

**В.В. Плечев, И.А. Нагаев, И.М. Карамова,
М.В. Назаров, И.Ш. Сагитов, И.Е. Николаева**

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет,
кафедра госпитальной хирургии
ГБУЗ Республиканский кардиологический диспансер, г. Уфа

Плечев Владимир Вячеславович,

зав. кафедрой госпитальной хирургии БГМУ, чл.-кор. АН РБ,

засл. деятель науки РФ, д-р мед. наук, профессор,

Нагаев Ильгиз Амирович, зам. гл. врача по хирургии,

заслуженный врач РБ, канд. мед. наук,

Карамова Ирина Марсировна, гл. врач ГКБ СМП №22 г. Уфа,

канд. мед. наук,

Назаров Максим Викторович, сердечно-сосудистый хирург

отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения №2,

Сагитов Ильдус Шакурович, зав. отделением

рентгенхирургических методов диагностики и лечения №2,

сердечно-сосудистый хирург,

Николаева Ирина Евгеньевна, гл. врач РКД, канд. мед. наук,

450106, Россия, Республика Башкортостан,

г. Уфа, ул. Степана Кувьикина, д. 96,

тел. 8 (347) 255-64-84,

e-mail: rkd@ufacom.ru

В статье представлен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, поступивших в ГБУЗ Республиканский кардиологический диспансер с диагнозом острый инфаркт миокарда не позднее четырех часов от момента возникновения симптомо-комплекса острого коронарного синдрома. Прослежена связь инфаркт-ответственной артерии с развитием нарушений атриовентрикулярной проводимости у пациентов, перенесших стентирование и/или баллонную ангиопластику коронарных артерий. Выявлена группа пациентов со стойкими нарушениями атриовентрикулярной проводимости, которым в дальнейшем была проведена имплантация постоянного электрокардиостимулятора.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, инфаркт-ответственная артерия, электрокардиостимулятор, стентирование, баллонная ангиопластика.

IMPLANTATION OF A PERMANENT PACEMAKER IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

V.V. Plechev, I.A. Nagaev, I.M. Karamova, M.V. Nazarov, I.Sh. Sagitov, I.E. Nikolaeva

Bashkir State Medical University, Hospital Surgery Chair
Republican out-patient Clinic of Cardiology, Ufa

The article presents a retrospective analysis of patients admitted to the Republican out-patient clinic of cardiology with a diagnosis of acute myocardial infarction, no later than 4 hours from the time of occurrence of symptoms of acute coronary syndrome. The relationship infarct related artery with the development of atrioventricular conduction disturbances in patients undergoing stenting and / or balloon angioplasty of the coronary arteries. A group of patients with persistent atrioventricular conduction disturbances that took place in the future implantation of a permanent pacemaker.

The key words: acute coronary syndrome, artery, infarct related artery, pacemaker, stenting, balloon angioplasty.

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания, несмотря на значительные успехи, достигнутые в последние десятилетия в их лечении и профилактике, остаются основной причиной высокой смертности и инвалидизации населения во всём мире. Первое место в структуре общей смертности от болезней системы кровообращения занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС). Ежегодно в Российской Федерации регистрируется более 160 тыс. случаев острого инфаркта миокарда (ОИМ). Общая смертность достигает 39 %, при этом госпитальная летальность составляет от 12 до 15 % [1]. В Республике Башкортостан 32,8 % взрослого населения (1061055 человек) страдают сердечно - сосудистыми заболеваниями, ежегодно более 4000 человек переносят ОИМ. В 2010, 2011 годах смертность от ишемической болезни сердца составила 382,6 и 376,3 человека (на 100 тыс. населения) соответственно. Распространенность ОИМ, ранняя инвалидизация трудоспособного населения, возникновение осложнений и уровень летальности обуславливают научную и практическую значимость поиска эффективных методов лечения этого заболевания.

Частота встречаемости брадиаритмий у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) составляет от 0,3 % до 18 % [4]. К данным нарушениям ритма, как правило, приводит дисфункция синусового узла, атриовентрикулярные блокады высоких степеней и блокады ножек пучка Гиса. Дисфункция синоатриального узла представлена синусовой брадикардией или арестом синусового узла. Атриовентрикулярные блокады первой или второй степени типа Мобитц I очень часто встречаются в первые 24 часа от начала острого коронарного синдрома, проходят самостоятельно или после введения атропина в течение 72 часов [12]. Атриовентрикулярная блокада II степени второго типа Мобитц II регистрируется менее чем у 1% больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и обычно является следствием повреждения проводящей системы сердца ниже общего ствола пучка Гиса [3]. В ряде случаев может переходить в полную атриовентрикулярную блокаду (атриовентрикулярная блокада III степени). Поэтому при данном виде нарушения предсердно-желудочковой проводимости необходимо проведение временной ЭКС [3]. Атриовентрикулярная блокада III степени диагностируется в 11–13% случаев с инфарктом миокарда нижней локализации и у 3–4% больных с инфарктом миокарда передней стенки ЛЖ [5].

Цель исследования

Анализ нарушений атриовентрикулярной проводимости у пациентов с клиникой острого коронарного синдрома, протекающего с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, поступивших в приемное отделение ГБУЗ Республиканский кардиологический диспансер в период с 1 января 2009 по 31 декабря 2010 года. Всем пациентам в приемном отделении регистрировалась 12-канальная электрокардиограмма (ЭКГ). Критериями исключения из исследования были зафиксированные ранее на ЭКГ нарушения атриовентрикулярной проводимости, наличие блокады левой ножки пучка Гиса, отсутствие подъема сегмента ST. Таким образом, для анализа были приняты медицинские карты 253 пациентов. Средний возраст больных составил $59 \pm 9,8$ лет, мужчин - 212 человек (84%), женщин - 41 человек (16%). Все пациенты были доставлены в приемное отделение не позднее 4 часов от момента развития болевого синдрома, была проведена коронарография с определением инфаркт-ответственной артерии. Следующим этапом проводилось стентирование коронарных артерий и/или баллонная ангиопластика. Далее проводился анализ динамики нарушения АВ проводимости с контрольными точками на 3 и 7 сутки. Для анализа полученных результатов использовали пакет прикладных программ Microsoft Excel 2003.

Результаты и обсуждение

Анализ медицинских карт пациентов, принявших участие в исследовании, показал наличие нарушения проводимости в 19% случаев (n=48), из них АВ блокада I степени встречалась у 16 пациентов (6,3%), АВ блокада II степени и АВ блокада III степени - у 15 (5,9%) и 17 (6,7%) пациентов соответственно. Полученные данные соответствуют результатам других опубликованных исследований [8]. Особый интерес представляет связь инфаркт-ответственной артерии с развитием нарушений атриовентрикулярной проводимости.

В нашем исследовании, как представлено в таблице 1, наибольший процент АВ блокад I степени встречался у пациентов с поражением ПКА в 3,5% случаев от общего числа пациентов. АВ блокада II и АВ блокада III степени при поражении ПМЖВ - в 3,5% и 2,7% случаев соответственно. Тем не менее, анализ частот встречаемости АВ блокад внутри групп в зависимости от поражения коронарной артерии показал несколько иные результаты (таблица 2).

Таблица 1

Нарушение АВ проводимости в зависимости от пораженной коронарной артерии

Инфаркт-ответственная артерия	АВ I	АВ II	АВ III
ОА (n-41)	4 (1,6%)	1 (0,3%)	5 (2%)
ПКА (n-66)	9 (3,5%)	5 (2%)	5 (2%)
ПМЖВ (n-146)	3 (1,2%)	9 (3,5%)	7 (2,7%)

Примечание: ОА - огибающая артерия; ПКА - правая коронарная артерия; ПМЖВ - передняя межжелудочковая артерия; n- количество пациентов

Таблица 2

Частота встречаемости нарушения АВ проводимости, имплантации временного и постоянного ЭКС внутри групп в зависимости от пораженной коронарной артерии

Степень	ОА (n-41)	ПКА (n-66)	ПМЖВ (n-146)
АВ I ст.	4 (9,7%)	9 (13,6%)	3 (2%)
АВ II ст.	1 (2,4%)	5 (7,6%)	9 (6,1%)
АВ III ст.	5 (12%)	5 (7,6%)	7 (4,8%)
Имплантация ЭКС			
Временный	6 (14,6%)	6 (9%)	5 (3,4%)
Постоянный	2 (4,9%)	1 (1,5%)	3 (2,05%)

АВ блокада I степени реже встречается у пациентов с вовлечением ПМЖВ сравнительно с ПКА (13,6%) и ОА (9,7%). АВ блокада II степени чаще встречается у пациентов с поражением правой коронарной артерии (7,6%) против 6,1% у пациентов с поражением ПМЖВ и 2,4% с ОА. В группе пациентов с поражением ОА гораздо чаще встречается АВ блокада III степени (12%), чем у пациентов с поражением правой коронарной артерии (7,6%) и передней межжелудочковой артерии (4,8%), что служит объяснением тому, что пациентам именно в группе с поражением ОА в 14,6% случаев (6 пациентов) потребовалась имплантация временного электрокардиостимулятора (ЭКС).

Таблица 3

Динамика нарушения атриовентрикулярной проводимости

Степень	1 сутки	3 сутки	7 сутки
АВ блокада I	16	22	30
АВ блокада II	15	18	10
АВ блокада III	17	8	6

Изменения проводящих свойств АВ соединения оценивались на 3 и 7 сутки по данным ЭКГ мониторинга (таблица 3). Все пациенты получали стандартный протокол лечения ОКС [9]. Установлено, что на 3 сутки лечения у 9 пациентов с исходной АВ блокадой III степени отмечено улучшение АВ проводимости, что позволило эксплантировать систему временной кардиостимуляции. В последующие 4 суток

у 7 пациентов зафиксирован переход АВ блокады III степени в АВ блокаду II степени Мобитц I, АВ блокаду I степени. У этой группы пациентов также был удален временный ЭКС. Тем не менее, 2 пациентам с поражением ОА, 1 пациенту с поражением ПКА и 3 пациентам с поражением ПМЖВ, несмотря на проводимую стандартную терапию, на фоне сохраняющейся АВ блокады III имплантирована постоянная электрокардиостимулирующая система.

Показания к лечению нарушения проводимости сердца у больных с инфарктом миокарда, с подъемом сегмента ST, где учитывается локализация очага некроза, использование чрескожной или трансвенозной ЭКС разработаны экспертами АСС/АНА в 2004 г. [4]. Проведенный анализ доступных литературных источников не позволил провести корректное сравнение полученных результатов с отечественной и мировой статистикой по данному вопросу [6,9,11,13]. Большинство литературных источников посвящены проблемам течения ОКС и тактике ведения пациентов в зависимости от пораженной коронарной артерии. Однако прогноз в отношении риска развития нарушения проводимости высоких степеней в зависимости от пораженной артерии детально не рассматривался, в связи с чем считаем необходимым в дальнейшем расширение объема проведенного исследования с включением в анализ данных эхокардиографического обследования, определения ангиографических характеристик кровотока (согласно классификации Thrombolysis in Myocardial Infarction) в инфаркт-ответственной артерии. По нашему мнению, обобщение этих данных позволит более детально оценить вероятность развития стойких нарушений атриовентрикулярного проведения, требующих имплантации постоянного ЭКС.

Выводы

1. Полученные результаты свидетельствуют, что в 2,3% случаев острый коронарный синдром сопровождается стойким нарушением АВ проводимости, требующим имплантации постоянного электрокардиостимулятора в течение 7 суток от начала заболевания.

2. На основании полученных данных пациенты с поражением левого коронарного русла, огибающей и передней межжелудочковой артерий в 1,97% случаев имели больший риск имплантации постоянного электрокардиостимулятора нежели группа пациентов, имеющих поражение правой коронарной артерии - 0,3%.

Список литературы

1. Статистическое обозрение. Ежеквартальный журнал Федеральной службы государственной статистики. - 2011. - №1. - С. 76.
2. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction // Circulation 2004. - Vol. 110. - P. 588-636.
3. Alpert J.S. Conduction disturbances: temporary and permanent pacing in patients with acute myocardial infarction. In: Gersh B.J., Rahimtoola S.H., editors

// Acute myocardial infarction. - New York: Chapman and Hall, 1997. - P. 354-367.

4. Antman E.M., Anbe D.T., Armstrong P.W., et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction) // J Am. Coll. Cardiol, 2004. - Vol.44. - P. 211-221.

5. Antman EM. In Braunwald E, Zipes L, Libby P, Bonow R. ST-elevation myocardial infarction: management // Heart disease: Saunders Company, 2005. - P. 1167-1226.

6. Aplin M, Engstrom T, Vejstrup NG, Clemmensen P, Torp-Pedersen C, Kober L. Prognostic importance of complete atrioventricular block complicating acute myocardial infarction (TRACE Study Group) // Am. J. Cardiol. - 2003. - Vol. 92. - P. 853-856.

7. Bertrand ME, Simoons ML, Fox KA, et al. Management of acute coronary syndromes: acute coronary syndromes without persistent ST segment elevation: recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J. - 2000.- Vol. 21. - P. 1406-1432.

8. Cüneyt Narin, Ahmet Ozkara, Ahmet Soylu, Erdal Ege, Akif Düzenli, Ali Sarigül, Mehmet Yeniterzi. The Effect of Coronary Revascularization on New-Onset Complete Atrioventricular Block Due to Acute Coro-

nary Syndrome // The Heart Surgery Forum. - 2009.- Vol. 12. - P. 30-34.

9. Goldberg R.J., Zevallos J.C., Yarzebski J., Alpert J.S., Gore J.M., Chen Z. et al. Prognosis of acute myocardial infarction complicated by complete heart block (the Worcester Heart Attack Study) // Am. J. Cardiol. - 1992. - Vol. 69. - P. 1135-1141.

10. Ganz L.I., Antman E.M. Cardiac arrhythmias during acute myocardial infarction // Management of cardiac arrhythmias, 2004. - P. 419-426.

11. Meine TJ, Al-Khatib SM, Alexander JH, Granger CB, White HD, Kilaru R, et al. Incidence, predictors, and outcomes of high-degree atrioventricular block complicating acute myocardial infarction treated with thrombolytic therapy // Am. Heart J. - 2005. - Vol. 149. - P. 670-674.

12. Rosenfeld L.E. Bradyarrhythmias, abnormalities of conduction, and indications for pacing in acute myocardial infarction // Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut. Cardiol. Clin. - 1988. - Vol. 6(1). - P. 49-61.

13. Spencer F.A., Jabbour S., Lessard D., Yarzebski J., Ravid S., Zaleskas V. et al. Two-decade-long trends (1975-1997) in the incidence, hospitalization, and long-term death rates associated with complete heart block complicating acute myocardial infarction: a community-wide perspective // Am. Heart J. - 2003. - Vol. 145. - P. 500-507.



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Ошибки в клинической онкологии

Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга



768 с., 2009 г.
Цена 1045 руб.

- В третьем издании «Ошибки в клинической онкологии», значительно переработанном и дополненном, наряду с изложением наиболее типичных стратегических и тактических ошибок в практике врачей при активном выявлении, первичном обращении больных, диагностике и лечении злокачественных опухолей, авторы впервые представили необходимые алгоритмы мероприятий при первичной и уточняющей диагностике, а также выбора оптимального метода лечения опухолей почти всех локализаций, то есть реальные пути предупреждения ошибок в клинической онкологии. В общей части представлены разделы, посвященные ошибкам врачей при лучевой, эндоскопической и морфологической диагностике онкологических заболеваний, в анестезиологическом обеспечении и интенсивной терапии, в медицинской и социально-трудовой реабилитации. Особое внимание уделено деонтологическим ошибкам в онкологии с учетом современных требований здравоохранения. В основу изложения частных глав положен принцип онкологического радикализма при планировании и проведения хирургического, комбинированного и комплексного лечения.
- Книга рассчитана на онкологов, хирургов, урологов, гинекологов, оториноларингологов, ортопедов, эндоскопистов, стоматологов-хирургов и других специалистов общей лечебной сети.

Контакты

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»
115035, Москва, ул. Садовническая, д. 9, стр. 4.
Тел./факс: (495) 921-39-07.

Книга-почтой: заказ по тел./факсу: (495) 921-39-07, 228-09-74.

e-mail: bookpost@geotar.ru

Интернет-магазин: www.geotar.ru,
www.medknigaservis.ru

Оптовая продажа. Тел./факс: (495) 921-39-07.

e-mail: iragor@geotar.ru

Имеются представительства в различных регионах РФ. Узнать о вашем представительстве можно по тел.: 8 (916) 876-90-59.

Розничная продажа. Фирменные магазины в Москве:

НОВЫЙ! м. «Фрунзенская», Комсомольский просп., д. 28 (здание московского дворца Молодежи) вход в магазин со стороны Детского парка. Тел.: 8 (916) 877-06-84;

м. «Новокосинская», м. «Юго-Западная», ул. Островитянова, д. 1. Тел.: (495) 434-55-29.

м. «Новокосинская», выставка-продажа, ул. Садовническая, дом 9, стр. 4. Офис издательства «ГЭОТАР-Медиа». Тел.: (495) 921-39-07