

МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ОБСТРУКЦИЯ И ГЕМОРРАГИЧЕСКОЕ ПРОПИТЫВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

ВЫШЛОВ Е.В., АЛЕКСЕЕВА Я.В., УСОВ В.Ю., МОЧУЛА О.В., РЯБОВ В.В.

НИИ кардиологии Томского НИМЦ РАН, г. Томск. Россия

Цель. Оценить частоту развития феномена микроваскулярной обструкции (МВО), геморрагического пропитывания миокарда (ГПМ) и их влияние на фракцию выброса ЛЖ при первичном инфаркте миокарда с подъемом ST (ИМпST) и разных стратегиях коронарной реперфузии.

Материал и методы. В исследование последовательно были включены 47 пациентов с первичным ИМпST, поступившие в первые 12 часов от начала заболевания. Критерии исключения: нестабильная гемодинамика, хроническая болезнь почек 4–5 стадии (СКФ < 30 мл/мин), острые психические расстройства, тяжелая сопутствующая патология и противопоказания к выполнению МРТ миокарда. В зависимости от метода реперфузии пациенты были разделены на 2 группы: больным 1 группы (n=30) проводилась фармакоинвазивная реперфузия; тромболитическая всем больным выполнялась на догоспитальном этапе. Вторую группу составили пациенты с первичным ЧКВ (n=17). Время окклюзии коронарной артерии между группами не различалось: 210 мин. (162–270) при фармакоинвазивной стратегии и 220 мин. (147–370) – при первичном ЧКВ. На вторые сутки заболевания па-

циентам обеих групп выполнялось МРТ сердца с контрастированием гадолиний-содержащими препаратами. В T2-режиме оценивалось наличие феномена ГПМ. Для выявления МВО выполняли отсроченное контрастирование в режиме инверсия-восстановление с определением зон с гипоинтенсивным МР-сигналом.

Результаты. Частота развития ГПМ между группами не различалась: 40 % против 64,7 % в 1 и 2 группах соответственно. В группе первичного ЧКВ чаще встречалась МВО: 70,5 против 40 % (p=0,05) и сочетание ГПМ и МВО: 47 против 20 % (p=0,03). Фракция выброса ЛЖ была ниже у пациентов с сочетанием ГПМ и МВО по сравнению с пациентами без такого сочетания: 55 % (34–66) против 62,5 % (53–72) (p=0,01).

Заключение. Проведение тромболитической в рамках фармакоинвазивной реперфузии миокарда не повышает частоту геморрагического пропитывания миокарда по сравнению с первичным ЧКВ. При первичном ЧКВ чаще развиваются микроваскулярная обструкция и сочетание микроваскулярной обструкции с геморрагическим пропитыванием миокарда. При таком сочетании в наибольшей степени снижается ФВ ЛЖ.

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

ГАРАДЖАЕВ Я.Б., ЧАРЫЕВ Х.Э., АЛЛАБЕРДЫЕВА Б.А.

Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, г. Ашхабад. Туркменистан

Ишемия миокарда, электрическая нестабильность и дисфункция левого желудочка составляют так называемый треугольник риска внезапной смерти больных ИБС. Помимо указанных известны другие факторы риска внезапной смерти, в частности, нарушение вегетативной регуляции сердца с преобладанием симпатической активности. Важнейшим маркером этого состояния служит снижение вариабельности синусового ритма, а также увеличение продолжительности и дисперсии интервала Q-T. Снижение вариабельности ритма и удлинение интервала Q-T считаются дополнительными показателями электрической нестабильности миокарда.

Цель исследования. Изучить изменения показателей вариабельности ритма сердца у больных

инфарктом миокарда после тромболитической терапии и определить факторы прогноза внезапной коронарной смерти.

Материал и методы. В исследование включены 86 больных с острым ИМ без признаков сердечной недостаточности в возрасте 40–62 лет (в среднем $57,05 \pm 6,2$ года), госпитализированных в первые 12 ч от начала заболевания в инфарктное отделение госпиталя с НКЦ кардиологии. Из них мужчин – 56 %, женщин – 44 %. Всем больным была проведена тромболитическая терапия в первые 3–5 часов от начала заболевания.

Результаты. В нашем исследовании был проведен анализ умерших в течение 2 лет больных. В качестве конечных точек были выбраны случаи внезапной смерти. За время наблюдения за-