

Выявление клинически ЖА при слиянии первичной патологии ПСС с ИБС свидетельствовало о прогрессировании АБС, с непредсказуемостью времени наступления фатальных аритмий.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ СРТ-Д УСТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

АМИРКУЛОВ Б. Д., АБДУЛЛАЕВ Т. А., ЯКУБОВ А. А.,
ЭРКАБОВ Ш. М., ЦОЙ И. А., КУРБАНОВ Р. Д.
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ, ТАШКЕНТ

Введение (цели/ задачи):

Представить предварительные результаты сердечной ресинхронизирующей терапии у больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне оптимальной медикаментозной терапии.

Материал и методы:

Оперировано всего 8 больных, из них мужчин – 7 (87,5%), женщин – 1 (12,5%). У всех пациентов имелись признаки внутрисердечной диссинхронии и хроническая сердечная недостаточность (ХСН) III-IV функционального класса (ФК) по NYHA, резистентная к оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ). Средний возраст больных составил (45[±]9,4) лет. Причины возникновения ХСН: ИБС – 3 (37,5%), ДКМП – 5 (62,5%). Средний ФК ХСН до проведения СРТ составил (3,5[±]1,2). Всем больным по стандартной методике успешно были имплантированы СРТ устройства с функцией дефибриллятора. Были изучены показатели длительности QRS комплекса, фракции выброса, конечно диастолический объем и функциональный класс по NYHA до и после 3 месяцев имплантации СРТ -Д устройства.

Результаты:

До имплантации устройства (ФВ) у исследуемой группы больных составила (27,8[±]1,5%), КДО-(220[±]18,4 мл), длительность комплекса QRS (145[±]4,9мс). При изучение вышеуказанных показателей через 3 месяца после операции на фоне оптимальной медикаментозной терапии и эффективной бивентрикулярной стимуляции нами выявлено увеличение ФВ с (27,8[±]1,5%) до 36,2[±]1,64%), уменьшение КДО с (220[±]18,4 мл) до (195[±]17,4 мл). При проведение теста шестиминутной ходьбы (ТШХ) до операции средний (ФК) составлял (3,5[±]1,2), через 3 месяца после процедуры имплантации показатели свидетельствовали о переходе больных во II ФК ХСН.

Заключение:

Эффективная бивентрикулярная стимуляция на фоне оптимальной медикаментозной терапии увеличивает фракцию выброса, уменьшает размеры сердца, функциональный класс по NYHA и улучшает качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью.

РЕЗУЛЬТАТЫ КАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ

ЭРКАБОВ Ш. М., АМИРКУЛОВ Б. Д., КУРБАНОВ Р. Д.
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ
ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ, г. ТАШКЕНТ

Введение (цели/ задачи):

Представить собственные результаты радиочастотной катетерной абляции больных атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией (АВУРТ).

Материал и методы:

Катетерная абляция проведена у 149 больных с АВУРТ. Среди них мужчин – 49 (32,9%), женщин – 100 (67,1%). Возраст больных от 14 до 64 года (средний возраст 40,2[±]14,7 лет). В анамнезе приступы тахикардии продолжались от 3 до 28 лет (в среднем 18,7[±]4,9 лет). Большинство больных многие годы принимали антиаритмические препараты без видимого эффекта. С помощью чреспищеводного и внутрисердечного ЭФИ по стандартному протоколу устанавливался диагноз АВУРТ. Для проведения внутрисердечного ЭФИ пунктировались бедренные вены, правая яремная вена, через которые проводились электроды. После подтверждения диагноза АВУРТ по типу “slow-fast” на внутрисердечном ЭФИ, проводился абляционный катетер. Далее проводилась радиочастотная абляция “медленных путей” АВ-соединения в правой среднесептальной области с параметрами: P = 28,1[±]3,2 Wt; t = 51,3[±]4,9°C; I = 109,5[±]8,3 Ohm и длительностью по 60 сек. Всего проводились 3-5 радиочастотных воздействий. После этого проводилась контрольное ЭФИ на которой данные за двойные пути АВ соединения не выявлялись.

Результаты:

У 149 больных были получены критерии эффективности деструкции “медленных путей” и эффективность процедуры составила 100%, в 4 случаях при проведении радиочастотной абляции отмечалась преходящая АВ блокада II степени с последующим восстановлением синусового ритма к концу операции, осложнений связанных с оперативным вмешательством не было.

Заключение:

Радиочастотная катетерная абляция является эффективным, радикальным и безопасным методом лечения АВУРТ, эффективность процедуры достигает до 100% и позволяет больным улучшить качество жизни, избавиться от пожизненного приема антиаритмических препаратов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ I С КЛАССА ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЯХ НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

КУЧКАРОВ Х. Ш.

РСЦК, г.ТАШКЕНТ, УЗБЕКИСТАН

Введение (цели/ задачи):

Изучить эффективность антиаритмических препаратов (ААП) I С класса при желудочковых аритмиях (ЖА) у больных с сердечно – сосудистыми заболеваниями (ССЗ) некоронарогенной этиологии.

Материал и методы:

В исследование включено 44 больных (20 женщин, 24 мужчин) с желудочковыми нарушениями сердца (ЖНРС) на фоне миокардита. Средний возраст больных составил 34,8[±]7 лет. У всех больных имелся в анамнезе перенесенный миокардит, подтвержденный выписками из историй болезни, амбулаторных карт, данных клинико – лабораторных исследований. Длительность анамнеза по перенесённому миокардиту составила 3,5[±]1,4 год. Аритмический анамнез не менее 1 год. Всем пациентам проводилось 24-часовое Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ) в амбулаторных условиях. Для классификации желудочковых экстрасистол (ЖЭС) использовалась общепринятая классификация ЖЭС по Lown. К высоким грациям относили ЖЭС III класс и выше (IV A и B). Подбор антиаритмической терапии (ААТ) осуществлялся последовательно препаратами I С класса (аллапинин, пропанорм, этацизин) с помощью ХМЭКГ.

Результаты:

Как показал сравнительный анализ, группы не различались по возрастно-половому признаку. Согласно критериям эффективности ААТ, больные были разделены на 3 группы: в I группе (n=14) наиболее эффективным был аллапинин, во II группе (n=10) пропанорм и в III группе (n=20) этацин. Общее количество ЖЭС в сравниваемых группах было сопоставимо и составило $12555,71 \pm 13450,93$ (от 2000 до 50704) в сутки, $13707,2 \pm 7846,86$ (от 5194 до 25936) в сутки и $17684,05 \pm 12278,62$ (от 2034 до 41665) в сутки, соответственно I, II и III группам ($p > 0,05$). Структурный анализ ЖЭС показал что, в I и II группе преобладали ЖЭС II класса, в III группе III класса. Так ЖЭС II класса по Lowp наблюдались у 6 (42,8%), 5 (50%) и 6 (30%) больных, III класса у 5 (35,7%), 3 (30%) и 8 (40%) больных, IV класса у 3 (21,5%), 2 (20%) и 6 (30%) больных соответственно I, II и III группам. Статистический непараметрический анализ показал, что на фоне ААТ количество ЖЭС уменьшилась до $2175,43 \pm 3721,51$ (на 82,7%) в I группе, до $428,4 \pm 760,8$ (на 96,9%) II группе и до $1687,3 \pm 3053,8$ (на 90,5%) в III группе.

Заключение:

Предварительный анализ показал, что исследуемые антиаритмические препараты I C класса эффективны при ЖА некоронарогенной этиологии. Но количество больных в группах и процент снижения количества аритмий отличаются в группах, что требует дальнейшего изучения данного вопроса.

ХАРАКТЕРИСТИКА РИСКА РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Коломиец В. В., Залюбовская Л. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Введение (цели/ задачи):

Фибрилляция предсердий (ФП) способствует возникновению и прогрессированию сердечной недостаточности и системных тромбоэмболий. ФП возникает как при здоровом сердце, так и при его заболеваниях. Однако именно такая полиэтиологичность затрудняет понимание причин и механизмов ФП и не позволяет разработать программу патогенетически обоснованной профилактики. Цель исследования: установить степень риска ФП при различных заболеваниях и патологических отклонениях в здоровье.

Материал и методы:

У 100 больных с ФП, 42 - пароксизмальной, 12 – персистирующей, 46 – постоянной формой исследованы липидограмма, уровень артериального давления (АД), активность вегетативной нервной системы по анализу катехоламинурии флуориметрически и вариабельности сердечного ритма при суточном мониторинге ЭКГ, наличие и степень дилатации предсердий при эхокардиографии (ЭхоКГ), дисфункция эндотелия сосудов доплерографически, иммунологически содержание С-реактивного белка (С-РБ), интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухоли альфа (ФНО-?). Проведен ретроспективный анализ 500 историй болезни пациентов с ФП.

Результаты:

Лиц без наличия сопутствующих заболеваний не выявлено. Основным диагнозом (83,2%) у больных ФП был диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) с атеросклеротическим кардиосклерозом (86,5% случаев). Остальные случаи (16,8%) ФП связывались с миокардитическим кардиосклерозом - 0,6% и

кардиомиопатиями (дисгормональная, в т.ч. климактерическая – 9,0%, тиреотоксическая – 4,0%, алкогольная – 3,2%). Наиболее частое сопутствующее заболевание - гипертоническая болезнь (ГБ) у 58,0% пациентов с ФП в одинаковой пропорции (56-58%) при всех трех ее вариантах. Возникновение пароксизмов ФП при ГБ в большинстве случаев ассоциировалось с повышением АД, однако из-за нерегулярного контроля за АД невозможно определить предшествовало ли оно возникновению пароксизма ФП, или возникало на его фоне. В 42,0% ФП сопутствовал хронический пиелонефрит (у 60% больных в активной фазе, сопровождавшейся пиурией, повышением СОЭ и лейкоцитозом), с одновременным наличием ГБ у 80,0% пациентов; скорость клубочковой фильтрации сохранялась в пределах – 80-110 мл/мин. У 20,0% больных с ФП диагностированы заболевания щитовидной железы (ЩЖ) с повышением (35,0%) или понижением (75,0%) ее функции, принимавших терапию, корректирующую функции ЩЖ, и ни у одного больного с пароксизмом ФП не отмечалось явной дисфункции ЩЖ по результатам радиоиммунного определения гормонов в крови. Связь частоты ФП с сахарным диабетом 2 типа (СД) прослеживалась более явно ($p < 0,05$), чем с заболеваниями ЩЖ. Диагноз СД имелся у 28,0% пациентов с ФП. У 21,0% обследованных в историях болезни отсутствовал анализ на содержание глюкозы в крови. Недостаточно настойчиво у больных с ФП исследовался и липидный обмен. Данные о содержании общего холестерина и его фракций отсутствовали у 13,0% больных. В то же время дислипидемия выявлялась у 45,0% больных ФП. В 18,0% случаев ФП сочеталась с хронической обструктивной болезнью легких и приемом бронхолитиков, в 9,0% - с хроническим холециститом в неактивной фазе, в 14,0% – с язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки и гастродуоденитом, в 3,0% – с гастроэзофагальнорефлюксной болезнью. ЭхоКГ выявила дилатацию предсердий у 6,0% больных пароксизмальной формой ФП, у 12,0% больных персистирующей формой ФП, у 54,0% больных постоянной формой ФП. Однако у больных ГБ, СД и дисфункцией ЩЖ различий в частоте и степени дилатации предсердий не отмечено. У больных с ФП, ГБ и СД выявлены выраженная дисфункция эндотелия, абсолютное повышение симпатической активности и недостаточное противостояние ей парасимпатической нервной системы. Симпатикотония обусловлена избыточной секрецией норадреналина – на 17,5 мкг/24 ч (84,7%), особенно выраженной у больных с сочетанной патологией. Наиболее высокое содержание С-РБ, интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухоли альфа (ФНО-?) и дислипидемия найдены при ГБ и СД.

Заключение:

Высокий риск ФП отмечается у больных ГБ, но эффективный контроль уровня АД у них отсутствует. Умеренный, но более выраженный риск ФП прослеживается у больных СД, чем с дисфункцией ЩЖ (чаще гипотиреоз). Несмотря на явные ассоциации ФП с нарушениями углеводного и холестерина обмена, их исследование осуществляется не у всех пациентов с ФП. У больных с ФП, ГБ и СД выявлены общие механизмы (высокая степень дисфункции эндотелия, вегетативного дисбаланса, дислипидемии и содержания провоспалительных цитокинов).