ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ЭПИЗОДАМИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ И ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ШТОРМА

Гончарик Д. Б., Мрочек А. Г., Плащинская Л. И., Савченко А. А., Барсукевич В. Ч., Часнойть А. Р., Коваленко О. Н., Севрукевич Д. В., Персидских Ю. А.

ГУ "РНПЦ Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

У пациентов, имеющих показания к имплантации кардиовертера-дефибриллятора (ИКД) и комбинированных ресинхронизирующих уст-ройств (CRTD), сохраняется высокий риск повторных аритмических эпизодов (пароксизмальной желудочковой тахикардии (ЖТ) и/или фибрилляции желудочковой (ФЖ). Частота обоснованных разрядов у пациентов с ИКД, имплантированными с целью первичной профилактики, составляет 30% в течение 5 лет; необоснованных разрядов 12-15% за 5 лет. Электрический шторм (ЭШ) – наличие рецидивирующих (≥ 3 эпизода / 24 часа) ЖТ/ФЖ, сопровождающихся обоснованной кардиоверсией / дефибрилляцией или нане-сением антитахикардитической (АТТ) терапии ИКД. Пациенты с ЭШ являются кандидатами для эндокардиального электрофизиологического исследования (ЭФИ), картирования и аблации источника аритмии. Невозможность индуцировать во время ЭФИ клиническую ЖТ и/или экстрасистолию (ЖЭС), картировать / устранить аблацией источник аритмии отмечается у $> 20\%$ указанных пациентов. Частота повторных госпитализацией вследствие рецидивирующих эпизодов ЭШ у данной категории пациентов остается высокой. Невозможность индукции ЖТ при программируемой желудочковой стимуляции свидетельствует о меняющихся свойствах субстрата аритмии, подверженного воздействию многочисленных факторов, в т.ч. переходящей активации симпатической нервной системы.

Материал и методы:

За период с 2011 по 2016 гг. на базе ГУ «РНПЦ Кардиология» с целью первичной и вторичной профилактики было выполнено 323 операции имплантации ИКД ($n = 195$) и CRTD ($n = 128$) (73 женщины, 250 мужчин). Средний возраст прооперированных пациентов составил $56,7 \pm 11,4$ года. Пациенты с идиопатической дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) составили 73 пац. (22,6%), ИБС – 186 (57,6%), идиопатической ЖТ (с синкопальными состояниями) / идиопатической пароксизмальной ФЖ – 11 (3,4%), гипертрофическая кардиомиопатия – 8 (2,5%), врожденные / приобретенные пороки сердца и недифференцированная дисплазия соединительной ткани с исходом в ДКМП – 7 (2,2%), постмиокардитический кардиосклероз с исходом в ДКМП – 7 (2,2%), каналопатии – 5 (1,5%), аритмогенная дисплазия ПЖ – 3 (0,9%), иные причины – 2 (0,6%). Ренальная денервация (РДН) выполнена катетером Symplicity.

Результаты:

Эпизоды ЭШ отмечены у 27 пациентов (8,4%). Еще у 22 пациентов (6,8%) причиной повторных разрядов ИКД / АТТ явились эпизоды фибрилляции (ФП) /трепетания предсердий с высокой частотой желудочковых сокращений, расцененные устройством как ЖТ/ФЖ. У пациентов с истинными эпизодами ЭШ аритмиями, непосредственно предшествующими ре-

цидивирующим разрядам / АТТ ИКД были: ФП, с трансформацией в ЖТ/ФЖ 4 (14,8%), частая ЖЭС 8 (29,6%), эпизод неустойчивой ЖТ 9 (33,3%), устойчивая ЖТ / ФЖ без иных непосредственно предшествующих нарушений ритма 12 (у 44,4% пациентов). У 22 из 27 пациентов (81,5%) повторные эпизоды ЭШ были предотвращены коррекцией антиаритмической терапии, электролитных нарушений, изменениями настроек ИКД, аблацией источника желудочковой аритмии и/или выполнением аблации АВ-соединения у пациентов с CRTD, у которых отмечалось трансформация высокоскоростных эпизодов ФП в устойчивую ЖТ/ФЖ. У 5 (18,5%) пациентов (ДКМП – 2, аритмогенная дисплазия ПЖ – 2, синдром удлиненного QT – 1) указанные меры не привели к устранению повторных эпизодов ЭШ, при этом на момент госпитализации у всех 5 пациентов отсутствовала картируемая ЖЭС/ЖТ, т.е. отсутствовали спонтанная устойчивая ЖЭС / рецидивирующая ЖТ, либо ЖЭС/ЖТ не были индуцированы в процессе ЭФИ. Всем 5 указанным пациентам была выполнена максимально полная двусторонняя РДН почечных артерий (катетером Symplicity, по спирали, не менее 8 точек аблации с каждой стороны $9,6 \pm 2,3$), в том числе у 4 из 5 пациентов с дополнительной аблацией в крупных ветвях основных почечных артерий. У 3 из 5 пациентов выполнение максимально полной РДН позволило предотвратить дальнейшие эпизоды ЭШ (срок наблюдения от 1 до 18 мес.). Еще у 1 пациентки с аритмогенной дисплазией ПЖ количество детектируемых ИКД эпизодов неустойчивой ЖТ уменьшилось с > 1000 эпизодов за 3 мес. предшествующих РДН, до 274 эпизодов за 6 мес. после РДН; также у нее в течение последующих 6 мес. отсутствовали разряды ИКД / эпизоды АТТ ИКД. Еще у 1 пациента у рецидивирующими разрядами ИКД (21 шок за 6 мес., предшествующих операции РДН, и 1-3 эпизода эффективной АТТ ИКД в день до РДН), в течение 1 мес. после выполнения РДН отмечен лишь 1 эпизод устойчивой ЖТ, купированный АТТ, разряды ИКД отсутствуют.

Заключение:

Снижение симпатической гиперактивности после выполнения РДН способно снижать число клинически значимых эпизодов ЖТ и ФЖ у пациентов с ЭШ, вероятно вследствие воздействия на электрические свойства потенциальных рен-три. РДН может рассматриваться в качестве эффективного дополнительного метода лечения пациентов с рецидивирующими эпизодами ЭШ и невозможностью картирования источника ЖТ в процессе ЭФИ. Долгосрочная эффективность РДН у данной категории пациентов требует дальнейшего изучения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Айриян П. Э.¹, Джорджикия Р. К.², Стекольщикова Н. Ю.¹, Володюхин М. Ю.¹

¹ГАУЗ МЗ РТ Межрегиональный клинико-диагностический центр, ²Казанский Государственный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Лечение пациентов старше 75 лет с ОИМСТ достаточно про-