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 резонансов. 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, Стеколыщикова 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-

блематично. Например, у пожилых больше противопоказаний к тромболитической терапии из-за статистически высокого уровня геморрагических инсультов [Kaplan KL, Fitzpatrick P, Cox C, et al., 2002; Lichtman JH, Kromholz HM, Wang Y, et al., 2002]. Кроме того, у пожилых больше неблагоприятных сопутствующих кардиальных и некардиальных проблем, а также дольше нахождение в стационаре и выше госпитальная летальность, по сравнению с молодыми [Barakat K, Wilkinson P, Deaner, et al., 1999; Batchelor WB, Anstrom KJ, Muhlbaier LH, et al., 2000; Graham MM, Ghali WA, Faris PD, et al., 2002; Maggioni AP, Maseri A, Fresco C. et al., 1993]. И, наконец, пожилые с ОИМСТ реже подвергаются реперфузионной терапии и чаще исключаются из рандомизированных исследований, в связи с чем, у нас недостаточно данных по новым методикам лечения у данной группы пациентов [Barron HV, Bowlby LJ, Breen T, et al., 1998; Lee P, Alexander K, Hammil B, et al., 2001; Curwitz JH, Col NF, Avron J., 1992]. Госпитальная летальность при остром инфаркте миокарда в Европе составляет от 6% до 14% [Eur Heart J. – 2006], в США – в пределах 5-6% [2012 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction], в России в среднем – 15%, при этом в субъектах РФ показатели варьируют, например в 2007 году в республике Тыва – 29%, на Чукотке – 7%, в Москве – 19% [ЦНИИИОЗ МЗСР., 2008]; а в Московском Центре кардиоангиологии, по данным главного кардиолога Москвы, госпитальная летальность при ОИМ составляет 4-6%. Цели. 1) проанализировать влияние рентгенэндоваскулярного вмешательства (РÖЭВ) на показатели госпитальной летальности у пациентов с ОИМСТ от 75 лет и старше; 2) сравнить показатели госпитальной летальности у пациентов с ОИМСТ от 75 лет и старше и у пациентов с ОИМСТ младше 75 лет; 3) сравнить эти показатели с показателями госпитальной летальности у пациентов с ОИМСТ от 75 лет и старше, которые не подвергались РÖЭВ.

Материал и методы:

За период 2007-2013 года было 414 Pts > 75 лет с ОИМСТ госпитализированных и подвергшихся коронарной РÖЭВ. Из всего числа экстренно стентированных пациентов за этот период, пациенты > 75 лет сосавляли 24.1% (это ~ каждый 4-й пациент, из них 2/3 - ♀). РÖЭВ осуществлялись на ангиографической установке «Advantx» (GE), «Innova» (GE) и «Infinix» (Toshiba) с использованием расходного материала компаний «Cordis», «Terumo», «Asahi», «Orbus», «Biomatrix» и «Abbott».

Результаты:

Госпитальная летальность без РÖЭВ у Pts с ОИМСТ значительно выше, чем у Pts, которым удалось осуществить первичное РÖЭВ (15,1% vs 6,1%). Госпитальная летальность у Pts с ОИМСТ < 75 лет, которым удалось осуществить первичное РÖЭВ, значительно ниже, чем у Pts, которые не попали на операционный стол (4,5% vs 15,1%). Госпитальная летальность у Pts > 75 лет с ОИМСТ, несмотря на успешное первичное РÖЭВ, значительно выше, чем у Pts < 75 лет (13,5% vs 4,5%). Госпитальная летальность у Pts с ОИМСТ > 75 снижается почти на 2%, когда им удается осуществить первичное РÖЭВ (13,5% vs 15,1%). Госпитальная летальность у Pt > 75, которым не проводили РÖЭВ, по данным отделения кардиореанимации МКДЦ, более, чем в 2 раза выше, чем у пациентов подвергшимся РÖЭВ и находится в пределах 34%!

Заключение:

РÖЭВ у Pts с ОИМСТ должно быть методом выбора вне зависимости от возраста пациента. Следует помнить, что хотя

Pts > 75 лет с ОИМСТ, которым удалось осуществить РÖЭВ, имеют значительно высокие показатели госпитальной летальности (~ 11,6%) в сравнении с пациентами, которым < 75 лет (~ 4,4%), тем не менее, при консервативном лечении Pts > 75 лет с ОИМСТ, госпитальная летальность в 2.5 раза выше (34%), чем у Pts > 75 лет, подвергшихся рентгенэндоваскулярному лечебному вмешательству (13,5%).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С АБЛАЦИЕЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Троянова Т. А., Гончарик Д. Б., Часнойть А. Р., Ковш Е. В., Курлянская Е. К.

ГУ РНПЦ «Кардиология»

Введение (цели/ задачи):

Эффективность сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) у пациентов хронической сердечной недостаточностью (ХСН) NYHA III-IV и синусовым ритмом изучена и доказана в многочисленных многоцентровых исследованиях. Результат в данном случае зависит от грамотного отбора пациентов. Эффективность СРТ увеличивается при правильной оценке критериев механической диссинхронии и оптимальном положении электродов. Что касается постоянной формы фибрилляции предсердий (ФП), на сегодняшний день четких рекомендаций нет. Считается, что при невозможном адекватном контроле частоты сердечного ритма целесообразно выполнение аблации атриовентрикулярного (АВ) соединения. Цель работы - определить эффективность СРТ в сочетании с аблацией АВ-соединения у пациентов с ХСН NYHA III-IV, постоянной формой ФП, фракцией выброса (ФВ) менее 35% и продолжительностью комплекса QRS > 120 мсек.

Материал и методы:

В исследование включено 50 пациентов, которым после имплантации ресинхронизирующего устройства выполнена аблация АВ-узла, поскольку бивентрикулярная стимуляция составляла менее 96%. Пациенты обследованы при поступлении, через 3, 6 и 12 месяцев после оперативного лечения. Выполнены общеклинические исследования, определен уровень натрийуретического пептида (NT-proBNP), определена диссинхрония миокарда, проведены трансторакальная эхокардиография и тест 6-минутной ходьбы.

Результаты:

В общеклинических исследованиях достоверных изменений не выявлено. Выявлено уменьшение уровня NT-proBNP (3403 пг/мл исходно, 2687 пг/мл, 2154 пг/мл и 1228 пг/мл через 3, 6 и 12 месяцев, $p < 0,05$). Межжелудочковая диссинхрония достоверно снизилась через 3, 6 и 12 месяцев (с $94,4 \pm 12,4$ до $35,4 \pm 5,3$ мсек через 3 месяца, $27,4 \pm 6,6$ мсек через 6 месяцев, $25,8 \pm 12,2$ мсек через 12 месяцев, $p < 0,05$). Конечно-диастолический объем (КДО) достоверно снизился с $312,6 \pm 31,4$ до $226,2 \pm 33,4$, $188,1 \pm 32,9$ и $167,8 \pm 45,9$ мл через 3, 6 и 12 месяцев соответственно ($p < 0,05$). Исходно конечно-систолический объем (КСО) был $277,2 \pm 21,5$ мл, через 3, 6 и 12 месяцев стал $241,6 \pm 29,9$, $239,6 \pm 31,3$ мл и $234,3 \pm 28,9$ мл ($p < 0,05$). ФВ воз-