№ 229

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИЙ КАРДИОВЕРТЕРОВ-ДЕФИБРИЛЛЯТОРОВ

Ревишвили А.Ш., Ломидзе Н.Н., Хафизов Б.Б., Григорьев А.Ю.

НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, Москва

В отделе аритмологии НЦ ССХ с 1990 по 2008 гг. – было выполнено 318 имплантаций кардиовертеров-дефибрилляторов (ИКД). Первично ИКД имплантировались 211 пациентам. Замены, в связи с истощением батарей, производились у 107 человек. ИКД – II поколения, с эпикардиальными электродами, трансторакальным доступом имплантировались 9 пациентам (1990-1992гг.), Остальным пациентам ИКД имплантировались трансвенозным доступом.

Отдаленные результаты оценены у 202 больных (135 мужчин и 67 женщин в возрасте от 12 до 78 лет, в среднем – 48,6±14,5 лет), с ИКД III-V поколений. За период наблюдения (1-148 месяцев, в среднем 76,2±39,4) электрокардиотерапию получили 119 (58,9%) пациента, среднее время наблюдения за ними составило 44,5±18,3 мес., а в группе не получавших - 15,5±12,2 мес. (p=0,04). У большинства пациентов (94), пароксизмы ЖТ купировались электрическими разрядами, что было обусловлено свойствами тахикардий и их гемодинамической значимостью, АТС – купировала приступы у 45 пациентов. При проведении мультифакторного анализа частоты и количества приступов ЖТ/ФЖ, единственным фактором оказавшим влияние на эти показатели явилась ФВЛЖ, которая в группе получавших ИКД- терапию составила в среднем 41,3±16,8%, а среди не получавших – 57,4±15,7% (p<0,03). За период наблюдения умерло 24 (11,9%) пациента. Основной причиной смерти явилась сердечная недостаточность. Так средняя ФВЛЖ во всей группе пациентов составила 48,6±14,2%, а среди умерших 28,4±12,2% (p=0,001). Согласно актуарной кривой по Каплан-Мейеру средняя выживаемость среди пациентов с ИКД составила 71% в течение более 130 месяцев после операции.

В результате проведенной работы были выявлены следующие осложнения:

Вид осложнений		I*	M*	Всего
Хирургические 14	Нагноение ложе, пролежень	2	-	2
	Дислокация, повреждение электрода	3	6	9
	Нарастание порога стимуляции	2	1	3
Немотивированные разряды 24	Сенс Т волны	4	1	5
	Повреждение электрода	1	4	5
	Синусовая тахикардия	4	1	5
	НЖТ	6	2	8
	Наружные электромагнитные помехи	1	-	1
Другие 3	Нарушение чувствительности во время приступа	1	1	2
	Дисфункция аппарата	-	1	1
Всего 41 (12,3%)		21	17	38

** I-однокамерные ИКД, M- многокамерные ИКД*

№ 230

ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИТАХИКАРДИТИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ КАРДИОВЕРТЕРАМИ-ДЕФИБРИЛЛЯТОРАМИ

Кучеров В.В., Джанджгава А.О., Конев А.В., Кузнецов Ю.В.

Главный военный клинический госпиталь им акад. Н.Н. Бурденко, Москва

Цель исследования: изучить эффективность различных режимов антитахикардитической стимуляции (АТС) и оптимизировать данный вид электрокардиотерапии у пациентов с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами (ИКД).

Материалы и методы: в исследование были включены 54 пациента (из них 6 женщин), которым в период с 2002 по 2007 год с целью первичной или вторичной профилактики внезапной сердечной смерти (ВСС) были имплантированы ИКД. Средний возраст оперированных больных - 62,2+11,5 лет. Средний срок наблюдения за больными составил 27,3+8,6 месяцев (от 6 до 64 месяцев). Ишемической болезнью сердца (ИБС) страдали 38 пациентов (70,4%) У восьми больных (14,8%) была диагностирована аритмогенная дисплазия правого желудочка (АДПЖ). Три пациента страдали гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП), два пациента - дилятационной кардиомиопатией (ДКМП). У двух больных показанием к имплантации явился синдром Бругада и у одного пациента - синдром удлиненного интервала QT. С целью первичной профилактики внезапной сердечной смерти имплантация ИКД была выполнена 18 (33,3%) пациентам, вторичная профилактика ВСС была проведена 36 больным (66,7%). Сведения о характере проводимой антитахикардитической стимуляции, и ее результатах собирались при тестировании системы ИКД с использованием специальных программаторов. Осмотр больных проводился через 1 и 3 месяца после имплантации, а затем с периодичностью раз в шесть месяцев. В случае развития эпизода проведения шоковой терапии проводился внеочередной осмотр пациента.

Результаты: эффективность АТС в режиме Burst в общей группе больных составила 49,1%. В 43,2% случаях этот вид стимуляции не приводил к купированию желудочковой тахикардии (ЖТ) и в 7,6% случаях была отмечена акселерация тахикардии. Эффективность стимуляции в режиме Ramp составила 44,3%. В 33,9% случаях этот вид АТС был неэффективен и в 21,8% вызывал ускорение ЖТ. Наиболее эффективным видом АТС у пациентов с ИБС являлся режим Ramp. Его эффективность составила 76,3% (в 15,8% случаях этот вид АТС был неэффективен и в 7,9% вызывал ускорение ЖТ). Эффективность АТС в режиме Burst у данной категории больных составила 61,4% (в 34,6% случаях этот вид стимуляции был неэффективен и в 4,1% случаях приводил к акселерации ЖТ). У пациентов с АДПЖ была отмечена значительно более низкая эффективность АТС. Эффективность антитахикардитической стимуляции в режиме Burst у данной категории больных составила 32,9% (в 54,5% случаях была неэффективна и в 12,6% случаях приводила к акселерации ЖТ). Эффективность стимуляции в режиме Ramp составила 19,4% (в 47,9% случаях этот вид АТС был неэффективен, и в 32,8% вызывал ускорение ЖТ).

Заключение: наибольшая эффективность АТС была отмечена у пациентов с ишемической болезнью сердца (АТС в режиме Ramp была на 14,9% эффективней стимуляции в режиме Burst). У пациентов с АДПЖ, для которых характерно прогрессирующее течение заболевания и наличие полиморфной ЖТ, была достигнута более низкая эффективность АТС. Тем не менее, полученные нами результаты проиллюстрировали достаточно высокую эффективность антитахикардитической стимуляции при купировании желудочковой тахикардии у пациентов с ИКД. Активное использование АТС способствует сохранению заряда батареи ИКД, и соответственно, продлевает сроки функционирования имплантированного устройства. Более того, эффективная АТС значительно уменьшает количество болезненных шоковых разрядов ИКД, что, несомненно, улучшает качество жизни у этой категории больных.

V б. ИМПЛАНТИРУЕМЫЕ КАРДИОВЕРТЕРЫ – ДЕФИБРИЛЛЯТОРЫ

№ 231

ГОДИЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ВЫСОКОГО РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ КАРДИОВЕРТЕРАМИ-ДЕФИБРИЛЛЯТОРАМИ

Е.Г. Желяков, А.А. Шавыров, А.В. Ардашев, Ю.Н. Беленков

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва

Цель: Оценить вероятность развития жизнеугрожающих тахиаритмий у больных категории высокого риска внезапной сердечной смерти (ВСС) с имплантированными кардивертерами-дефибрилляторами (ИКД) в течение календарного года наблюдения.

Материалы и методы: обследован 41 пациент (5 женщин), средний возраст 57,8±16,6 лет, которым были имплантированы кардиовертеры-дефибрилляторы в связи с высоким риском развития жизнеугрожающих тахиаритмий для вторичной профилактики ВСС. Среднее значение периода наблюдения за больными составило 19±8 месяцев. Патогенетической основой, обуславливающей высокий риск развития ВСС были: ишемическая болезнь сердца – 28 (68,3%) пациентов, аритмогенная дисплазия правого желудочка – 8 (19,6%) пациентов, гипертрофическая кардиомиопатия – 2 (4,9%) пациента, синдром Бругада – 1 (2,4%) пациент, дилатационная кардиомиопатия – 1 (2,4%) пациент, синдром удлиненного интервала QT- 1 (2,4%) пациент. Динамика развития аритмических событий оценивалась при тестировании ИКД через 2, 6, 12, месяцев после имплантации.

Результаты: Динамическое наблюдение продолжительностью более 12 месяцев было проведено у 31 пациента. Два пациента умерло через 5 и 11 месяцев наблюдения в результате развития повторного инфаркта миокарда. В течение одного календарного года наблюдения у 15 (37%) пациентов отмечались эпизоды оправданной ИКД-терапии вследствие развития жизнеугрожающих тахиаритмий. Через 2 месяца наблюдения у 7 (17%) пациентов было отмечено 45 эпизодов срабатывания ИКД. Через 6 месяцев у 10 (26%) пациентов было отмечено 58 эпизодов ИКД-терапии. Через 12 месяцев у 15 (37%) пациентов было зарегистрировано 59 эпизодов ИКД-терапии.

Вывод: У трети пациентов категории высокого риска ВСС возникают жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма уже в течение первого года наблюдения. Имплантация ИКД является эффективным методом профилактики ВСС в этой группе пациентов.

№ 232

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ АНТИТАХИКАРДИТИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ КАРДИОВЕРТЕРАМИ-ДЕФИБРИЛЛЯТОРАМИ

Е.Г. Желяков, А.А. Шавыров, А.В. Ардашев, Ю.Н. Беленков

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва

Цель: оценить эффективность использования функции антитахикардической стимуляции (АТС) у пациентов с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами (ИКД).

Материал и методы: В исследовании приняло участие 54 пациента (6 женщин) в возрасте от 18 до 84 лет (средний возраст– 62,2±11,5 лет), которым с целью профилактики внезапной сердечной смерти были имплантированы ИКД. Средний период наблюдения - 27,3±8,6 месяцев (от 6 до 64 месяцев). Ишемическая болезнь сердца (ИБС) явилась патогенетической основой развития желудочковых нарушений ритма у 38 пациентов (70,4%), аритмогенная дисплазия правого желудочка (АДПЖ) была диагностирована у 8 больных (14,8%), гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – у 3 пациентов, дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) – в 2 случаях, синдром Бругада – у 2 пациентов, синдром удлиненного интервала QT – у одного больного. Изучалась эффективность и безопасность трех режимов АТС – Burst, Ramp и Ramp + , которые были активированы у 22 (40,7%) пациентов (17 пациентов с ИБС и 5 пациентов с АДПЖ).

Результаты: Для купирования желудочковых тахикардий (ЖТ) у 20 пациентов (из 22-х с активированной функцией АТС) было осуществлено 776 эпизодов АТС. Общая эффективность АТС в режиме Burst составила 49,1%, в 43,2% случаях этот вид стимуляции не приводил к купированию ЖТ и в 7,6% случаях вызывал акселерацию ЖТ. Общая эффективность стимуляции в режиме Ramp составила 44,3%, в 33,9% случаях этот вид АТС был неэффективен и в 21,8% вызывал «ускорение» ЖТ, что требовало проведение следующим шагом шоковой терапии (кардиоверсии или дефибрилляции). У пациентов с ИБС АТС приводила к успешному купированию ЖТ в 67,5% случаев и к акселерации аритмии в 6% эпизодов. Наиболее эффективным видом АТС являлся режим Ramp, который эффективно купировал ЖТ в 76,3%, тогда как эффективность режима Burst составила 61,4% (p<0,01). У пациентов с АДПЖ общая эффективность АТС составила 25%, акселерация ЖТ при проведении АТС наблюдалась в 24% случаев. Наиболее оптимальным режимом АТС являлся режим Burst, эффективность которого составила 32,9% и достоверно превышала эффективность режимов Ramp и Ramp + (19,4 и 24,4%, p<0,05 соответственно).

Выводы: Наибольшая эффективность АТС достигнута у пациентов с ИБС в режиме Ramp, наименьшая – у больных с АДПЖ в режиме Burst. Наибольшая выраженность проаритмического действия АТС отмечена при использовании режима Ramp+ у больных АДПЖ.