

### АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ СИСТЕМАМИ CRT, CRT-D И ИКД

Имплантируемые устройства

Е.И. Зубарев, В.К. Лебедева, Д.С. Лебедев

ФГУ Федеральный Центр Сердца, Крови и Эндокринологии им.В.А.Алмазова, Санкт-Петербург

Цель исследования: Оценить выживаемость различных групп пациентов с системами CRT, CRT-D и ИКД на примере собственного опыта наблюдения больных.

Материалы и методы: Проведен анализ 100 пациентов с имплантированными устройствами CRT, 42 пациентов с CRT-D и 78 пациентов с ИКД, прооперированных и наблюдаемых в Федеральном Центре Сердца, Крови и Эндокринологии им.В.А.Алмазова. Больные разделены по группам: 122 пациента с ИБС, 43 с ДКМП, 6 больных с АДПЖ, 3 с ГКМП, 18 больных – миокардитический генез, 12 пациентов с врожденными и приобретенными пороками сердца, 5 пациентов с кардиомиопатией смешанного генеза и 9 – с другими заболеваниями, в числе которых синдром соединительно-тканной дисплазии и синдром удлиненного интервала QT. Проведен анализ выживаемости пациентов с построением кривых Каплана-Мейера и использованием статистического критерия Log Rank для разных систем стимуляции (CRT, CRT-D или ИКД) в зависимости от нозологических форм.

Результаты: Период наблюдений составил от 0,2 до 215,03 месяцев, в среднем,  $25,68 \pm 32,86$  мес. За указанный период умерло 20 человек, среди которых 12 с ИБС и 4 с ДКМП. Средние значения времени дожития в группе пациентов с ДКМП составили  $59,385 \pm 3,474$  среди получивших CRT систему,  $30,095 \pm 4,390$  для CRT-D и  $31,200 \pm 6,977$  для ИКД, Log Rank  $p=0,271$ ; в группе пациентов с ИБС –  $104,219 \pm 5,298$  для CRT,  $59,017 \pm 7,688$  для CRT-D и  $132,295 \pm 26,371$  для ИКД, Log Rank  $p=0,021$ . В группе с миокардитическим генезом Log Rank  $p=0,449$ , в группе врожденных и приобретенных пороков сердца Log Rank  $p=0,687$ . Вычислить логранговый критерий для остальных нозологических форм не представляется возможным ввиду отсутствия смертности в данных группах.

Выводы: Лучшие показатели выживаемости отмечаются у пациентов с CRT-P системами в независимости от лежащей в основе этиологии. Среди доступных для сравнения выживаемости группах с ИБС и ДКМП влияние конфигурации ЭКС-системы на выживаемость отмечается только у больных с ИБС ( $p=0,021$ ).

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КАРДИОРЕСИХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.

Имплантируемые устройства

Ковалев С.А., Демьянов А.М., Минакова Н.Э., Виноградская В.В.

ГУЗ ВОКБ №1, межтерриториальный КХЦ

Цель: оценить эффективность сердечной ресинхронизирующей терапии у больных с выраженной сердечной недостаточностью различного генеза.

Методы: Для СРТ были отобраны 3 пациента с III ФК по NYHA (с ДКМП, протезированным МК и постинфарктной ишемической кардиопатией). Им в 2010 г. были имплантированы системы РСТ STRATOS LV-T. Только пациент с МП подходил по классическим критериям отбора: ФВ 12 %, вр. пресист. аортальной задержки 177 мс, м/ж задержка 44 мс, септально-латеральная задержка 270 мс, ПБЛНПГ, QRS 130 мс. Пациент с ДКМП имел следующие показатели: вр. пресист. аортальной задержки 111 мс, м/ж задержка 22 мс, септально-латеральная задержка 58 мс, QRS 100 мс, ФВ 16 %. У больной с ишемической кардиопатией имел относительные показания к имплантации СРТ устройства: вр. пресист. аортальной задержки 96 мс, м/ж задержка 15 мс, септально-латеральная задержка 90 мс, QRS 100 мс, ФВ 33 %.

Результаты. Оценка результатов СРТ производилась на 7 сутки, через 1 и 3 месяца после операции. У всех пациентов были получены: улучшение качества жизни, уменьшение степени СН (тест 6-минутной ходьбы и данным клинического обследования). Были получены следующие результаты ЭХОКГ.

Пациент с протезом МК: ФВ возросла с 12 до 18%; КДО и КСО без значимой динамики; в/ж. диссинхрония между ср. перегородочным и ср. боковым сегментами после операции не выявлена, диссинхрония между верхушечными и базальными сегментами ЛЖ уменьшилась на 110 мс.

Пациент с ДКМП: ФВ возросла с 18 до 36 %; КДО уменьшился с 386 до 229 мл, КСО с 250 до 125 мл.

Пациент с ишемической кардиопатией: ФВ возросла с 33 до 42 %; КДО уменьшился от 230 до 216 мл, КСО от 154 до 126 мл; внутрижелудочковой диссинхронии не выявлено.

Выводы. Предполагалось получить наибольший клинический эффект у пациента с протезом МК как подходящим по всем критериям отбора. Однако, несмотря на относительные показания к имплантации ЭКС РСТ у других пациентов, у них клинический и ЭХОКГ эффект был более значимым и наглядным. Таким образом, при определении показаний к оперативному лечению необходимо руководствоваться не только общепризнанными критериями отбора больных для РСТ, но применять индивидуальный подход и продолжать исследования с целью выявления новых предикторов эффективности лечения.