

225

**ВЛИЯНИЕ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА МИОКАРДИАЛЬНУЮ ПЕРФУЗИЮ И СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА**

Д.И.Лебедев, И.В. Антонченко, Г.М. Савенкова, С.В. Попов, С.И. Криволапов, С.М.Минин

НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

**Цель исследования:** изучить влияние кардиоресинхронизирующей терапии (КРТ) на сократимость и перфузию миокарда у пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью.

**Материал и методы.** В исследование включены пациенты с ишемической (ИКМП) - 6 человек и дилатационной (ДКМП) - 14 кардиомиопатией в возрасте от 32 до 75 лет (55±12). У всех пациентов СН III ФК по NYHA. ФВ ЛЖ составила 24,0±9,8%, дистанция 6-минутной ходьбы - 248±18 м, конечно-диастолический объем (КДО) - 219,4±60мл. Лекарственная терапия была неэффективна. Всем пациентам выполнялись радионуклидная вентрикулография с «Перфотехом» и <sup>99m</sup>Tc-натрия пертехнатом и перфузионная сцинтиграфия с метоксиизобутил-изонитридом до КРТ и через 6 месяцев.

**Результаты:** У всех пациентов наблюдалась положительная клиническая динамика: увеличилась ФВ ЛЖ до 33±4,9% (на 37 %) (p<0,05), ФК СН уменьшился, дистанция 6-минутной ходьбы увеличилась с 248±17 м до 325±119 м (на 77 м)(p<0,05). Положительная динамика наиболее отчетливо выразилась в уменьшении межжелудочковой диссинхронии на 40% и внутрижелудочковой асинхронии ЛЖ на 10%. Под влиянием КРТ дефект миокардиальной перфузии уменьшился с 31±12% до 24±14% (p<0,05). У пациентов с ИКМП площадь дефекта перфузии уменьшилась с 35±12% до 27±9%(p<0,05), а у пациентов с ДКМП с 28±17% до 17±11%(p<0,05).

**Выводы:** Положительный эффект КРТ сказывается не только на улучшении гемодинамических показателей, клинического течения основного заболевания, сократительной функции миокарда, но и миокардиальной перфузии. Выявлено, что у пациентов с ДКМП перфузия миокарда ЛЖ улучшилась в большей степени, чем у пациентов с ИКМП.

226

**СОЧЕТАНИЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ И ИСКУССТВЕННОЙ АВ БЛОКАДЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

Дубровская Э.Н., Ярцева И.А., Харац В.Е., Колунин Г.В.,

Рычков А.Ю., Кузнецов В.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН

«Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

**Цель работы:** изучить динамику клинического состояния у пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью (СН) и постоянной формой фибрилляции предсердий (ПФП) на фоне сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) и создания искусственной полной АВ-блокады (ИПАВБ).

**Материалы и методы:** В исследование включено 34 пациента с СН IIА-IIВ функционального классов в возрасте от 40 до 81 года. 25 пациентам (1 группа) была выполнена РЧА АВ-соединения с созданием ИПАВБ. ИБС диагностирована у 18 пациентов, ДКМП – у 6, постмиокардитический кардиосклероз – у 1. Во 2 группе (9 пациентов без ИПАВБ) ИБС страдала 7 пациентов, ДКМП – 2. Период наблюдения составил от 4 месяцев до 1,5 лет. Все пациенты получили адекватную медикаментозную терапию.

**Результаты:** В обеих группах умерло по 1 пациенту от декомпенсации СН. В 1 группе у 11 наблюдаемых пациентов отмечалось увеличение фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) на 6-20%, у 13 – уменьшился ФК СН по данным теста 6 минутной ходьбы с III до II и I, со II до I. Во 2 группе только у 2 пациентов отмечалось повышение ФВ на 8-10% и у 5 снизился ФК по результатам теста 6 минутной ходьбы со III до II и со II до I.

**Выводы:** Создание ИПАВБ повышает эффективность СРТ у пациентов с тяжелой СН и ПФП, что проявляется увеличением ФВ ЛЖ и снижением ФК СН по данным теста 6 минутной ходьбы.

**Ресинхронизирующая терапия**

227

**ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ ЭЛЕКТРОДА ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СТИМУЛЯЦИИ.**

Колунин Г.В., Кузнецов В.А., Харац В.Е., Павлов А.В., Белоногов Д.В. Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

По обобщенным литературным данным успех имплантации систем для сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) составил 93%. Одной из причин неуспеха вмешательства является сложности с позиционированием левожелудочкового электрода.

**Цель** нашего исследования, оценить особенности позиционирования левожелудочкового электрода при имплантации системы СРТ.

На имплантацию СРТ систем было направлено 100 пациентов, 97 больным СРТ системы были успешно имплантированы. В 3 случаях имплантировать системы не удалось. У одного пациента были сложности с катетеризацией коронарного синуса, во втором случае отмечалось отсутствие оптимальных вен и их малый диаметр и у одного пациента были высокие пороги стимуляции во всех доступных венах на боковой стенке ЛЖ (4,5V и более).

Перед имплантацией левожелудочкового электрода проводилась детальное контрастирование коронарного синуса с целью определения возможных альтернатив для имплантации электрода, на случай отсутствия средне-боковой вены сердца или ее малого диаметра. Основными факторами для выбора места стимуляции ЛЖ были: локализация электрода в проекции боковой стенки ЛЖ, пороги стимуляции менее 1,5 - 2V и отсутствие стимуляции диафрагмального нерва при 8 - 10V. А так же принималось во внимание наличие зон рубцового поражения и аневризмы ЛЖ и у части больных зон максимальной задержки кинеза по данным эхокардиографии. Из 97 имплантированных систем в 79 (81,5%) случаях электрод для стимуляции ЛЖ позиционировался в среднюю вену сердца, в 8 (8,2%) случаях электрод был имплантирован в область боковой стенки ЛЖ через боковые ветви задней вены, и в 10 (10,3%) случаях была выбрана передняя вена сердца.

**Выводы:** Успешно позиционировать левожелудочковый электрод при имплантации СРТ систем удается подавляющем большинстве случаев. Имплантировать левожелудочковый электрод в целевую (средне-боковую) вену сердца для стимуляции левого желудочка удается в 81,5% случаев.

228

**ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ 100 СИСТЕМ ДЛЯ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ.**

Колунин Г.В., Кузнецов В.А., Харац В.Е., Криночкин Д.В., Павлов А.В., Белоногов Д.В.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

С июня 2003 года 97 больным (средний возраст 49±2,4 года, 87 мужчин, 51 - с ИБС) с выраженной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) было имплантировано 37 систем для сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) и 59 систем для СРТ с функцией кардиовертера – дефибриллятора (ИКД).

Средний срок наблюдения составил 15 ± 4 месяца (от 1 до 38 месяцев). При наблюдении до 1 года у всех больных была отмечена стойкая положительная динамика клинико-функционального состояния. У 15 пациентов выраженность сердечной недостаточности уменьшилась с IV до III функционального класса (NYHA), у 40 - с III до II класса, у 17 – с IV до II класса и у 20 – с III до I класса. Было зафиксировано достоверное увеличение дистанции шестиминутной ходьбы, величины фракции выброса ЛЖ, уменьшение конечного систолического размера ЛЖ, давления в легочной артерии, митральной регургитации.

За время наблюдения умерло 14 пациентов. Восемь пациентов имели ИБС с многососудистым поражением коронарных артерий, функциональным классом ХСН на момент имплантации III – IV, четверо пациентов после операции аорто-коронарного шунтирования. Три пациента умерло внезапно на фоне стабильного состояния по ИБС, остальные на фоне нарастающей симптоматики ИБС и ХСН. Средний срок получаемой СРТ у умерших пациентов составил 16 ± 4 месяца.

СРТ не только в ближайшем, но и отдаленном периоде наблюдения ведет к стойкому улучшению клинико-функциональных параметров у больных с выраженной ХСН. Но как показало наше наблюдение, отдаленный прогноз у пациентов с ИБС на фоне многососудистого поражения коронарного русла значительно хуже, чем у пациентов с дилатационной кардиомиопатией. Для достижения хороших клинических результатов при проведении СРТ как в ближайшем, так и отдаленном периоде необходим правильный отбор пациентов и проведения регулярного контроля параметров электрокардиостимуляции и при необходимости их оптимизация.