

209

**ИМПЛАНТАЦИЯ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА, КАК ПРОФИЛАКТИКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ**

Нечепуренко А.А., Закладная О.В., Журавлев В.А., Абдулкадыров А.М., Паскеев Д.Р.,

ФБГУ «ФЦССХ» Минздравоохранения России г.Астрахань, Россия

**Цель работы:** изучить эффективность применения имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов (ICD) и ресинхронизирующих устройств с функцией кардиовертера-дефибриллятора (CRT-D) у пациентов с высоким риском развития внезапной сердечной смерти.

**Материалы и методы:** В нашем центре с 2010 г выполнено 68 операций имплантации ICD/CRT-D. Средний возраст пациентов: 53,49 ±8,5 лет, из них 49 (72,1%) мужчин, 19 (27,9%) женщин. Имплантировано 27 (39,7%) устройств в режиме VVIR, 27 (39,7%) в режиме DDDR, 14 (20,5%) в режиме ВIV стимуляции. Этиология заболевания у 31 (45,6%) пациентов ИБС (из них 28 ранее перенесли оперативное лечение). У 13 (19,1%) идиопатические нарушения ритма сердца (ЖТ, ЖЭС). 20 (29,4%) пациентов страдали ДКМП с ФВ от 45-19%. ГКМП без обструкции ВТ ЛЖ, но с документированными ЖТ. ФЖ выявлены у 2 (2,9%) пациентов. 2 пациента страдали синдромом Long - QT с синкопальными состояниями. Имплантация АИКД с целью первичной профилактики проведена 23 (33,8%) пациентам. Наблюдение осуществлялось в течение 1 года.

**Результаты:** за период наблюдения, осложнения документированы у 6 (8,8%) пациентов: из них у 4 (5,9%) проведена ревизия левого по поводу гематомы (все находились на антикоагулянтной терапии), у 1 (1,5%) пациента на 20 сутки после имплантации ICD наблюдалось нагноение левого, которое консервативным путем удалось купировать. У 1(1,5%) пациента, проведена ревизия ЛЖ и ПП электродов по поводу их дислокации, в результате тупой травмы грудной клетки, через месяц после имплантации CRT-D устройства. У 41(60,3%) пациента входе тестирования ICD зарегистрированы желудочковые события, купированные антитахикардийной стимуляцией и/или разрядом ICD У 2-х пациентов на фоне неконтролируемой терапии диуретиками и, как следствие, гипокалиемии, наблюдался «штурм» ICD.

**Выводы:** Опыт центра наглядно показывает эффективность имплантации ICD при различной патологии сердца в качестве профилактики и лечения внезапной сердечной смерти. Учитывая больший размер устройств, необходимо особое внимание уделять профилактике геморрагических осложнений при имплантации устройств.

210

**ПРИМЕНЕНИЕ БЕЗБОЛЕВОЙ И ШОКОВОЙ ЭЛЕКТРОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ КАРДИОВЕРТЕРАМИ-ДЕФИБРИЛЛЯТОРАМИ**

В.К. Лебедева, Е.И. Зубарев, Д.С. Лебедев. ФЦСКЭ им В.А. Алмазова, г. Санкт-Петербург

**Цель исследования:** Сравнение количества и эффективности шоков и безболевого лечения в разных группах пациентов с ИКД.

**Материалы и методы:** исследовались данные 191 пациента с ИКД со сроком наблюдения от 0,1 до 215,8 мес., в среднем 34,4 мес. 157 (84,5%) пациентам ИКД имплантирован для вторичной профилактики внезапной сердечной смерти в связи с наличием жизнеопасных желудочковых аритмий. Все пациенты были разделены на 2 группы по этиологическому признаку отсутствия или наличия ИБС и постинфарктного кардиосклероза. Средний возраст на момент имплантации составлял 61,57 и 49,21 год соответственно. Доля женщин составляла 28,1% в первой группе и 5,4% во второй. Пациентам выполнено 685 программирований, при которых оценивалось количество пароксизмов ЖТ, ФЖ, применение АТР, нанесение шоков, успешность электротерапии и ее мотивированность по данным статистики ИКД и анализу сохраненных электрограмм.

**Результаты:** в анализируемых группах в среднем выявлено количество пароксизмов ЖТ17/27\*, соответственно применение АТР 13/22\*, успешность АТР 8/13\*, неуспешность 6/10 с применением серии попыток безболевого лечения и/или последующим шоком. Не отмечено статистически достоверной разницы в количестве пароксизмов ФЖ 26/10, нанесении шоковой терапии 16/22, количестве успешных 9/17 и неуспешных шоков с повторными попытками 7/5. В обеих группах отмечено немотивированное применение электротерапии (8/6 без достоверной разницы) по сходным причинам (ФП, двойной счетчик, детекция Т-волны, помехи на электроде, синусовая тахикардия, интерференция, миопотенциалы), в 4(3/1) случаях проблемы не удалось устранить изменением программы, потребовалась хирургическая коррекция.

**Выводы:** у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом достоверно чаще возникают пароксизмы желудочковых тахикардий по сравнению с пациентами без ИБС, соответственно чаще применяется безболевого антиаритмическая терапия с более частым успешным купированием тахикардии. У пациентов без ИБС чаще встречаются короткие спонтанно купирующиеся пароксизмы ФЖ.  
\* - p < 0,05

**Катетерная абляция**

211

**ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЛЕВОПРЕДСЕРДНОГО ТРЕПЕТАНИЯ ПОСЛЕ АБЛЯЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

Шпилевой М.П., Петш А.И., Гушин И.В., Терешин А.А., Оферкин А.И. Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск, Россия.

**Цель исследования:** оценить эффективность создания левопредсердной передней линии абляции (пЛА) для устранения послеоперационного левопредсердного ТП (лТП).

**Материал и методы:** 53 пациентам проведена КА ФП, обязательным компонентом которой было создание линейного повреждения по крыше левого предсердия (ЛП). В случаях возникновения лТП проводилась попытка создания блока митрального истмуса (МИ), при ее неэффективности - создание пЛА от крыши левого предсердия (ближе к устью правой верхней легочной вены (ЛВ) до кольца митрального клапана. Воздействие проводилось в оршаемом режиме.

**Результаты:** в послеоперационном периоде лТП возникло у 4 пациентов (7%) в срок от 1 мес. до 3 лет после КА ФП. Всем пациентам на первом этапе (абляция ФП) был создан блок кавотрикуспидального истмуса. Повторные вмешательства проведены через 2,4±0,7 мес. после рецидивирования. Попытка создания блока МИ (воздействие в коронарном синусе не проводилось) не привела к купированию лТП ни в одном случае. пЛА привела к купированию ТП в ходе воздействия во всех 4 случаях. Среднее количество радиочастотных (РЧ) воздействий при абляции МИ составило 27±6 аппликаций, при создании пЛА - 21±3 аппликации (Р 0,5), время РЧ воздействия в области МИ - 14±2 мин, при создании пЛА - 8±3 мин (Р<0,05). Непосредственно после воздействия ТП не провоцировалось. Умеренное ухудшение систолической функции ЛП отмечено в 2 случаях. В течение 4,6±2,2 мес. наблюдения клинически и по данным суточного мониторирования ЭКГ лТП не регистрировалось.

**Выводы:** 1. Эндокардиальное воздействие в области МИ, несмотря на достоверное большее суммарное время РЧ-воздействия не привело к купированию лТП. 2. Создание пЛА оказалось более эффективным для купирования лТП, при этом время суммарного РЧ воздействия оказалось достоверно ниже, позиционирование электрода происходило проще.

**Заключение:** Создание передней линии от крыши левого предсердия (при условии предварительной абляции в этой области) до кольца митрального клапана является предпочтительным для устранения послеоперационного левопредсердного ТП.

212

**Первые отдаленные результаты многоэлектродной фазовой абляции РВАС - катетером пароксизмальной формы фибрилляции.**

Часнойть А.Р., Гончарик Д.Б., Коваленко О.Н., В.Ф.Голенища,

Перисидских Ю.А., Платинская Л.И.

РНПЦ Кардиология, Минск, Республика Беларусь.

**Цель исследования:** оценить эффективность циркулярной абляции (ЦА) устьев легочных вен (ЛВ) с помощью РВАС катетера в отдаленном периоде по результатам наблюдения с использованием имплантируемых петлевых регистраторов Reveal XT.

**Материалы и методы:** С мая 2011 года выполнена процедура ЦА ЛВ у 15 пациентов (12 мужчин, 3 женщины) с пароксизмальной фибрилляцией предсердий (ФП), среднего возраста 53(42; 58) лет с длительностью ФП 5,00(3,00; 6,00) лет. Размер левого предсердия составил 41,00(37,00; 44,00)мм. После процедуры абляции на 2-3 сутки всем пациентам была выполнена имплантация петлевого регистратора Reveal XT. Визиты наблюдения запланированы каждые 3 месяца.

**Результаты:** У всех 15 пациентов был достигнут синусовый ритм на момент окончания процедуры абляции. На 3 сутки у 1 пациента (6,6%) развилось левостороннее трепетание предсердий, которое было купировано использованием амиодарона. На данный момент 3-х месячного периода наблюдения достигли 9 из 15 пациентов. Верификация данных петлевого регистратора показала, что 6 из 9 (66,6%) на протяжении 3 месяцев не имели ни одного пароксизма ФП. 1 пациент (6,6%) имел единственный самопроизвольно купирующийся пароксизм ФП на протяжении первого месяца, который не потребовал изменений в антиаритмической терапии. 1 пациент (6,6%) имел рецидивирующие пароксизмы ФП на протяжении первых 1,5 месяцев, которые ушли при модификации антиаритмической терапии и на момент 3 месячного визита не регистрировались более. 1 пациент (6,6%), который имел левостороннее трепетание на 3 сутки после абляции, на момент осмотра имеет ежедневные пароксизмы ФП.

**Вывод:** Выполнение ЦА с использованием РВАС катетера демонстрирует высокую эффективность лечения пароксизмальной ФП по результатам 3-х месячного наблюдения: до 88,9% (8 из 9 пациентов) с учетом модификации антиаритмической терапии. Петлевые регистраторы Reveal XT позволяют высоко достоверно оценивать полученные результаты в периоде наблюдения.