

273

К ВОПРОСУ О ВЫРАЖЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ, УМЕРШИХ ВНЕЗАПНО ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Быкова Е.Г., Болдуева С.А., Леонова И.А.

Санкт-Петербургская Государственная Медицинская Академия им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования – оценить выраженность постинфарктного ремоделирования у больных инфарктом миокарда (ИМ), умерших внезапно.

Обследовано 627 пациентов, перенесших ИМ. При проспективном наблюдении в сроки от 1 до 5 лет у 55 человек (8,8%) зарегистрирована внезапная кардиальная смерть (ВКС). ВКС достоверно чаще выявлялась в группе пациентов с повторным ОИМ (58,2% против 24,9% $p < 0,05$). В группе ВКС по сравнению с выжившими достоверно чаще обнаруживалась аневризма левого желудочка (ЛЖ) (51,1% против 23% $p < 0,05$), систолическая дисфункция ЛЖ (21,3% против 5,7% $p < 0,05$). У внезапно умерших средний уровень фракции выброса (ФВ) ЛЖ составил 46,5%±13,6% против 56,53%±10,7%, $p < 0,05$, конечно-систолического размера ЛЖ 44,03см±12,04см против 35,9см±7,8см, $p < 0,05$; конечно-диастолического размера ЛЖ 57,7см±8,9см против 52,2см±6,6см, $p < 0,05$, достоверно чаще выявлялась гипертрофия ЛЖ (ГЛЖ) (73,2% против 57,9 $p < 0,05$) по сравнению с выжившими больными. В группе ВКС достоверно чаще регистрировались поздние потенциалы желудочков (ППЖ), (43,9% против 22,6% $p < 0,05$). При этом уровень средних значений показателей ППЖ составил: Tot QRS 110,0±28,4 против 95,5±23,6; RMS 27,8±17,1 против 36,2±16,8 ;LAS 37,1±14,2 против 29,9 ±13,7 ($p < 0,05$). Установлена достоверная корреляция средней силы между ФВ ЛЖ и как наличием ППЖ ($r = -0,44$; $p < 0,005$), так и отдельными параметрами: tot QRS ($r = -0,47$; $p < 0,001$), RMS 40 ($r = 0,36$; $p < 0,005$) и LAS 40 ($r = -0,31$; $p < 0,005$). ($r = 0,33$; $p < 0,001$); между ППЖ и аневризмой ЛЖ. Обнаружена также связь между наличием ППЖ и диастолической дисфункцией ($r = 0,04$; $p < 0,001$).

Таким образом, у больных ИМ, умерших внезапно, достоверно более выражены процессы постинфарктного ремоделирования, что создает предпосылки для реализации фатальных аритмий.

274

СЕРДЕЧНО-ЛЁГочНАЯ РЕАНИМАЦИЯ: ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА

В.А. Востриков

ММА им. И.М. Сеченова, Россия, Москва

В декабре 2005 г были приняты новые международные рекомендации (MP-2005) по сердечно-лёгочной реанимации (СЛР) и дефибрилляции (ДФ) при внезапной остановке сердца (ВОС) (European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation). Принципиальным отличием MP-2005 от MP-2000 является существенное изменение протокола проведения базовой СЛР и ДФ. Анализ огромного материала позволил установить основные причины отсутствия увеличения успеха СЛР при *длительной* фибрилляции желудочков (ФЖ). Это не адекватный и часто прерываемый массаж сердца в сочетании с избыточной частотой искусственного дыхания и избыточным количеством наносимых разрядов. При ВОС соотношение компрессия грудной клетки / дыхание должно составлять 30:2 (MP-2000 – 15:2). Начинать оживление следует с массажа сердца. Проводить ДФ рекомендуется биполярным импульсом (БИ), эффективность первого БП разряда (120-200 Дж) составляет 86-98%; при использовании монополярного (МП) импульса (200 Дж) – ~60-91%, поэтому величина 1-го МП разряда должна быть 360 Дж. При устойчивой ФЖ следует наносить только одиночные разряды через каждые ~ 2 мин СЛР! После нанесения разряда, не определяя ритм, необходимо сразу продолжать массаж сердца. Ритм контролируется через 2 мин СЛР. Если ФЖ не устранена 2-м разрядом, через 2 мин после него, не прерывая массаж, вводят 1 мг адреналина и сразу наносят 3-й разряд с быстрым продолжением СЛР, затем контроль ритма. Если ФЖ продолжается, перед нанесением 4-го разряда вводят 300 мг амиодарона. MP-2005 рекомендуют определять пульс через 2 мин СЛР после эффективного разряда. Это связано с тем, что после длительной ФЖ в первые минуты оживления ритм часто бывает гемодинамически не эффективным. Авторы MP-2005 подчёркивают, что прерывать массаж сердца только для введения лекарств не следует; их следует вводить во время контроля ритма перед разрядом или после нанесения разряда.

Дефибрилляция, кардиоверсия

275

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ ТАХИАРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ КАРДИОВЕРТЕРАМИ-ДЕФИБРИЛЯТОРАМИ

Ардашев А.В., Джанжгава А.О., Кузнецов Ю.В., Желяков Е.Г., Шаваров А.А., Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко, Москва

Цель: Оценить динамику развития жизнеугрожающих тахикардий у больных с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами (ИКД).

Материалы и методы: обследован 41 пациент (5 женщины), средний возраст 57,9±16,6 лет, которым были имплантированы кардиовертеры-дефибрилляторы в связи с высоким риском развития жизнеугрожающих тахикардий. Этиологическим фактором внезапной сердечной смерти были: ишемическая болезнь сердца – 28 (68,3%), аритмогенная дисплазия правого желудочка – 8 (19,6%), обструктивная кардиомиопатия – 2 (4,9%), синдром Бругада – 1 (2,4%), дилатационная кардиомиопатия – 1 (2,4%), синдром удлиненного QT- 1 (2,4%). В ходе исследования оценивались результаты проводимой АТТ (дефибрилляции, кардиоверсии и АТС): эпизоды успешного купирования желудочковой тахикардии, ускорения ЖТ, неоправданной терапии. Различные режимы АТС использовались у 13 (32 %) пациентов. Средний период наблюдения 19,3±8,6. Данные регистрировались при тестировании ИКД во время контрольных визитов пациентов через 2, 6, и 12 месяцев после имплантации.

Результаты: Период наблюдения за больными составил 19,3±8,6 месяцев. Два пациента умерло через 5 и 11 месяцев наблюдения от повторного инфаркта миокарда. За указанный период у 17 (41%) пациентов отмечалась развитие жизнеугрожающих тахикардий, потребовавших проведения терапии ИКД. Через 2 месяца наблюдения у 14,6% пациентов отмечалась терапия ИКД, через 6 месяцев у 29,3% а через 6 месяцев у 41,5 % пациентов зарегистрирована терапия ИКД.

За 12 месяцев наблюдения у всех пациентов с ФВ ЛЖ менее 25% отмечалось развитие жизнеугрожающих тахикардий, потребовавших проведения терапии ИКД и только у 50% пациентов с ФВ ЛЖ от 25 до 35% регистрировалась обоснованная терапия ИКД а в группе больных с ФВ ЛЖ более 35% только у 25% пациентов.

Вывод: пациентов категории высокого риска внезапной сердечной смерти в течение первого года наблюдения возникают жизнеугрожающие нарушения ритма сердца. Имплантация кардиовертера-дефибриллятора является надежным и эффективным методом первичной и вторичной профилактики внезапной сердечной смерти.

276

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ АНТИТАХИКАРДИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ КАРДИОВЕРТЕРАМИ-ДЕФИБРИЛЯТОРАМИ

Ардашев А.В., Джанжгава А.О., Кузнецов Ю.В., Желяков Е.Г., Конев А.В., Шаваров А.А.,

Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко, Москва

Цель: Оценить эффективность антитахикардической стимуляции (АТС) у больных с имплантируемыми кардиовертерами-дефибрилляторами (ИКД).

Материалы и методы: обследован 41 пациент (5 женщины), средний возраст 57,9±16,6 лет, которым были ИКД в связи с высоким риском развития жизнеугрожающих тахикардий. Этиологическим фактором внезапной сердечной смерти были: ишемическая болезнь сердца – 28 (68,3%), аритмогенная дисплазия правого желудочка – 8 (19,6%), обструктивная кардиомиопатия – 2 (4,9%), синдром Бругада – 1 (2,4%), дилатационная кардиомиопатия – 1 (2,4%), синдром удлиненного QT- 1 (2,4%). В ходе исследования оценивались результаты проводимой АТТ (дефибрилляции, кардиоверсии и АТС): эпизоды успешного купирования желудочковой тахикардии (ЖТ), ускорения ЖТ, неоправданной терапии. Различные режимы АТС использовались у 13 (32 %) пациентов. Данные регистрировались при тестировании ИКД во время контрольных визитов пациентов через 2, 6, 12, 24, 36 и 48 месяцев после имплантации.

Результаты: Период наблюдения за больными составил 19,3±8,6 месяцев. Два пациента умерло через 5 и 11 месяцев после имплантации ИКД в результате повторного инфаркта миокарда. Всего зафиксировано 592 случаев проведения АТТ у 15 пациентов (36,5%). Дефибрилляция осуществлялась 300 раз (27%), из них в 253 (85%) случаях была успешна, в 37 (12 %) случаях – шок был неэффективен, что требовало повторного разряда ИКД. В 10 (3 %) случаях разряды ИКД были неоправданы. Кардиоверсия (КВ) была зафиксирована в 121 случае, из них в 81 (67 %) случае ЖТ была успешно купирована, а в 36 (30 %) - неэффективна, что потребовало проведения дефибрилляции следующим шагом АТТ, в 4 (3%) срабатывания были необоснованны. АТС применялась 695 раз, из них режим Burst использовался в 387 (55,7%) эпизодах, в 275 (39,6%) - режим Ramp и Ramp+ в 33 (4,8%) случаях. Стимуляция в режиме Burst в 168 (43 %) случаях эффективно купировала ЖТ, в 193 (50 %) - была неэффективна и в 26-х (7 %) эпизодах приводила к ускорению ЖТ. АТС в режиме Ramp в 109 (40%) случаях эффективно прерывала ЖТ, в 129 (47 %) эпизодах была неэффективна и в 37 (13 %) случаях ускоряла ЖТ. АТС в режиме Ramp+ 33 раза, в 9 (27%) случаях эффективно прерывала ЖТ, в 24 (73 %) эпизодах была неэффективна.

Вывод: Использование АТС позволяет значительно уменьшить число эпизодов шоковых разрядов в режимах кардиоверсии и дефибрилляции, что улучшает переносимость терапии пациентами и увеличивает время работы ИКД.