

277

**ОПЫТ ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИОВЕРТЕРОВ-ДЕФИБРИЛЯТОРОВ.**

А.Я. Косоногов, К.Г. Горшенин, С.А. Айвазян, Косоногов К.А.  
МЛПУ «Городская клиническая больница № 5»,  
Нижний Новгород, Россия

**Цель исследования:** изучить результаты имплантации кардиовертеров-дефибрилляторов и их влияние на продолжительность жизни пациентов.

**Материал и методы:** За период с 2002 по 2006 год имплантировано 16 ИКД больным с желудочковой тахикардией и фибрилляцией желудочков. Ишемическая болезнь сердца была у 7-ти больных, ДКМП – у 6 пациентов, идиопатическая полиморфная ЖТ – у 2-х больных и в одном случае – синдром удлиненного QT-интервала с пароксизмами полиморфной ЖТ. 5 больным имплантированы однокамерные ИКД (4 GEM IIIVR, 1 – Atlas VR); 7 больным – двухкамерные ИКД (2 – Belos DR, 1 – Tahos DR, 1 – GEM III DR, 1 – Ventac Prizm DR, 2 – Ovatio®DR) и 4 бивентрикулярных ИКД (4 – InSinc III Protect и 1 – InSinc Sentry).

**Результаты:** Сроки наблюдения составили от 3 месяцев до 60 месяцев. За это время зарегистрировано 194 эпизода желудочковых аритмий. Из них мономорфная ЖТ была в 80 (36,8%) случаях, полиморфная в 60 (33,3%) случаях и фибрилляция желудочков определена в 54 (29,9%) случаях. В 47 случаях синусовый ритм восстановлен программируемой стимуляцией. В остальных 147 случаях применена высокоэнергетическая шоковая терапия. У 3 пациентов в связи с частыми срабатываниями ИКД была выполнена успешная абляция от 2 до 3 очагов тахикардии. У больных с двухкамерными и бивентрикулярными ИКД отмечалось улучшение функционального класса. В отдаленные сроки после имплантации антитахикардического устройства погибло два пациента. Оба находились в финальной стадии ДКМП.

**Выводы:** Имплантация кардиовертера дефибриллятора надежно защищает пациентов от внезапной смерти. В случае применения двух- и трехкамерных устройств улучшается функциональный класс пациентов. В ряде случаев показана РЧА очага тахикардии.

278

Динамика выживаемости и качества жизни больных с сердечной недостаточностью при хирургическом лечении нарушений ритма сердца.  
Лебедев Д.С., Маринин В.А., Лебедева У.В.  
ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова, СПбГМУ им.И.П.Павлова, ГМПБ №2,  
Санкт-Петербург, Россия

**Материалы и методы.** Нами наблюдается 402 пациента с нарушениями ритма сердца. Среди них можно выделить: 1 группа – больные с тяжелым поражением миокарда (в 82% постинфарктным), 2 группа – пациенты с нарушениями ритма на фоне патологии сердца и 3-я группа – больные без выраженной патологии сердца с приступообразными аритмиями. Для первой группы были характерны жизнеопасные желудочковые тахикардии (ЖТА) с эпизодами клинической смерти, аритмогенных коллапсов, сердечной астмы. Все больные имели отчетливые признаки сердечной недостаточности и в межприступный период. Во второй группе в межприступном периоде больные не имели явных признаков НК, но имели нарушения гемодинамики во время приступа аритмии. Во второй и третьей группах отмечались ЖТА, наджелудочковые тахикардии, фибрилляция и трепетание предсердий. Больным выполнено 56 имплантаций кардиовертеров-дефибрилляторов (ИКД), 65 имплантации систем бивентрикулярной стимуляции, 349 операций катетерной абляции (РЧА).

**Результаты:** Мы не имели случаев интраоперационной летальности несмотря на тяжесть пациентов. Сроки наблюдения составили от 2 недель до 8 лет (3,4±2,2 года). В первой группе оценивали выживаемость пациентов. Во второй группе эффективность РЧА составила 74%, а в третьей 92%. Изменения функционально статуса в наибольшей степени отмечены во второй группе. Все виды хирургического лечения повышали КЖ пациентов. Больные с ИКД в 95% случаях чувствовали себя более уверенно и защищены.

**Выводы:** Использование современных хирургических технологий позволяет повысить выживаемость пациентов с тяжелой патологией сердца и сердечной недостаточностью, улучшить качество жизни пациентов с нарушениями ритма, предупредить развитие у них НК или снизить степень таковой.

**Дефибрилляция, кардиоверсия**

279

Имплатируемые кардиовертеры-дефибрилляторы в лечении больных с желудочковыми тахикардиями. Опыт 12-лет.  
Лебедев Д.С., Немков А.С., Маринин В.А., Аржелас С.Л.  
ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова, ГМПБ №2, Санкт-Петербург

**Задачи исследования.** Оценить эффективность имплантируемых кардиовертеров-дефибрилляторов в лечении жизнеопасных желудочковых тахикардий.

**Материалы и методы.** Под наблюдением в нашем центре находится 56 пациентов с имплантированными кардиовертерами-дефибрилляторами. Использованы только эндокардиальные системы с трансвенозным введением электродов. Использованы аппараты III – VI поколений. Сроки наблюдения составили 3 – 115 месяцев (в среднем 37±8мес).

**Результаты.** За время наблюдения у наших пациентов возник 1177 эпизод тахикардии. Среди них фибрилляция желудочков в 55 (5%) случаях, полиморфная ЖТ в 57 (5%), мономорфная желудочковая тахикардия в 992 (84%). Высокоэнергетическая терапия полиморфной желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков была эффективной в 100% случаев из 57 и 55 эпизодов соответственно. Среди двух- и трехкамерных устройств у 7 пациентов отмечалось улучшение функционального класса за счет ресинхронизации и коррекции диастолической дисфункции. Отмечалось уменьшения частоты пароксизмов фибрилляции предсердий.

При изучении психологического статуса отмечалась четкая зависимость между количеством срабатываний кардиовертера и степенью выраженности тревоги и депрессии, требующей психофармакокоррекции.

**Выводы.** ИКД являются высокоэффективным способом лечения жизнеопасных желудочковых тахикардий, профилактики внезапной смерти. Использование электростимуляционных программ позволяет эффективно и безболезненно купировать пароксизмы желудочковой тахикардии, в основе которых лежит механизм reentry, снизить энергозатраты и продлить срок службы имплантированной системы. Двухкамерная кардиостимуляция позволяет снизить частоту рецидивов фибрилляции предсердий, корригировать нарушения автоматизма и проводимости, улучшить кардиогемодинамику у больных с дисфункциями миокарда.

280

**ПРОБЛЕМА СПОНТАННО ОБРАТИМОЙ ФЖ И РАЗГРАНИЧЕНИЯ ФЖ И ЖТ**

Г.Г. Иванов, В.А.Востриков  
ММА им. И.М.Сеченова

В последние годы ряд исследователей стала привлекать проблема спонтанно обратимой ФЖ. Представленные в опубликованных статьях случаи самопроизвольного прекращения ФЖ, к сожалению, часто не дают точного представления о виде иллюстрируемой тахикардии: является ли она истинной ФЖ или одной из разновидностей полиморфной ЖТ с высокой частотой желудочковых сокращений, например, “пируэтная” ЖТ. Авторы не приводят данные о частоте и амплитуде основных фибриллярных осцилляций и их динамике при длительном ( $\geq 60$  с) течении возможной ФЖ; не указывают связь амплитуды ФЖ с ЭГК характеристиками до и после фибрилляции. Электрокардиографические данные приводятся часто в одном отведении (в основном результаты мониторингирования ЭКГ по Холтеру) по которому достаточно трудно оценить истинный вид тахикардии (амплитуду и длительность осцилляций).

В этой связи как с теоретической, так и с практической точки зрения заслуживают обсуждения следующие вопросы:

1) возможно ли спонтанное восстановление фибрилляции желудочков у взрослого человека? Если это возможно, то на какой стадии ФЖ и какие электрофизиологические механизмы лежат в основе спонтанного прекращения;

2) можно ли отнести паттерн ФЖ у человека к паттерну ЖТ (особенно при регистрации в одном отведении), или их следует разделять, относя ЖТ к ранней стадии ФЖ.

3) Для всех спорных случаев в ЭКГ заключении целесообразно использовать такие определения как ФЖ/ЖТ и если нет, то что может быть предложено в качестве жестких критериев разделения ФЖ и ЖТ?

4) Правомочно ли (как предлагается) объединение различных видов ЖТ с ФЖ.

5) Насколько идентичны процессы возникновения и поддержания ФЖ при здоровом и скомпроментированном миокарде.