

ОБМЕН ОПЫТОМ

М.Н. Петрова, О.Г. Маркова, Г.Р. Саввина, Н.И. Трофимова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПЛАНТИРУЕМОГО КАРДИОВЕРТЕР-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА И ВНЕЗАПНУЮ СМЕРТЬ

История развития этих удивительных устройств связана с именем М. Mirovsky. Смерть его друга и учителя, погибшего от внезапной аритмии, побудила этого исследователя к созданию «надёжных защитников от внезапной смерти». Прототипом новых аппаратов стали внешние дефибрилляторы, которые подавали электрошоки снаружи через грудную клетку. Техническое оснащение аппаратов совершенствовалось: сейчас они устанавливаются подкожно в подключичной области, а электроды проводятся к сердцу по сосудам без вскрытия грудной клетки [4]. В начале 90-х годов была проведена серия исследований, доказавших, что имплантация кардиовертера-дефибриллятора (ИКД) – единственный на сегодня способ надёжно защитить пациента с жизнеугрожающими тахикардиями от внезапной аритмической смерти и продлить ему жизнь [1]. В клиниках Запада эти операции растут в геометрической прогрессии [2]. В нашей стране в 2000 г. было имплантировано всего 22 аппарата, хотя потребность в подобных операциях – 300-350 на миллион населения. Причина такого малого количества операций – отсутствие государственной программы и недостаточное финансовое обеспечение, поскольку стоимость одного устройства варьирует от 20 до 50 тыс. долларов США [3]. У больных, реанимированных после остановки сердца в поздние сроки инфаркта миокарда, имплантация кардиовертера-дефибриллятора – более эффективный метод в плане снижения риска неблагоприятных исходов, чем обычная антиаритмическая терапия.

По данным МЗ РС (Я), в республике зарегистрировано 2 пациента с установленным ИКД.

ПЕТРОВА Милана Николаевна – к.м.н., ст. препод. МИ ЯГУ; **МАРКОВА Ольга Гаврильевна** – отличник здравоохранения РС(Я), засл. врач РС(Я), зав. отделением, главный ревматолог МЗ РС(Я); **САВВИНА Галина Робинзоновна** – врач-ревматолог; **ТРОФИМОВА Наталья Ивановна** – врач-ревматолог.

Благодаря усовершенствованию трансвенозных электродов и уменьшению размеров устройства имплантация ИКД стала менее травматичной, к тому же для лечения больных с ИКД можно затем использовать и антиаритмические препараты [5].

Цель нашего исследования – проанализировать эффективность работы ИКД.

Материалы и методы: физикальное обследование пациента, анализ результатов инструментально-лабораторных методов исследования, медицинской документации.

Больной А., 1952 г.р., с молодости страдал ревматической болезнью сердца. Диагноз поставлен в 1994 г., при обследовании (проведении зондирования сердца) перенес инфаркт миокарда с формированием аневризмы межжелудочковой перегородки.

В 1997 г. проведена открытая митральная комиссуротомия. После операции были эпизоды желудочковой тахикардии с развитием клинической смерти. Неоднократно госпитализировался в отделение кардиореанимации и ревматологическое отделение.

В 2003 г. проведено протезирование митрального клапана, тромбэктомия из полости левого предсердия, аневризморрафия передне-боковой стенки левого желудочка. В плановом порядке вторым этапом проведено внутрисосудистое электрофизиологическое исследование с радиочастотной аблацией атриовентрикулярного соединения с первичной имплантацией электрокардиостимулятора (электрод помещен в область верхушки правого желудочка).

На фоне индуцированного синусового ритма у больного отмечались пароксизмы фибрилляции предсердий, желудочковой тахикардии, по поводу чего в 2003 г. был имплантирован кардиовертер-дефибриллятор (электрод в области верхушки правого желудочка).

В январе 2005 г. двукратно отмечались разряды ИКД, обусловленные регистрацией считывающим аппаратом эпизодов желудочковой тахикардии. В марте и сентябре 2005 г. отмечались многократные разряды ИКД, по поводу чего был госпитализирован в кардиореанимацию, РБ №1-НЦМ, ревматологическое отделение ЯГКБ. В сентябре–октябре 2005 г. проведено перепрограммирование ИКД.

Больной постоянно принимает со-талекс 160 мг/сут, β-блокаторы с подбором дозы, мочегонные, варфарин 1+1/4 таб. в сутки под контролем МНО (3,47-3,23).

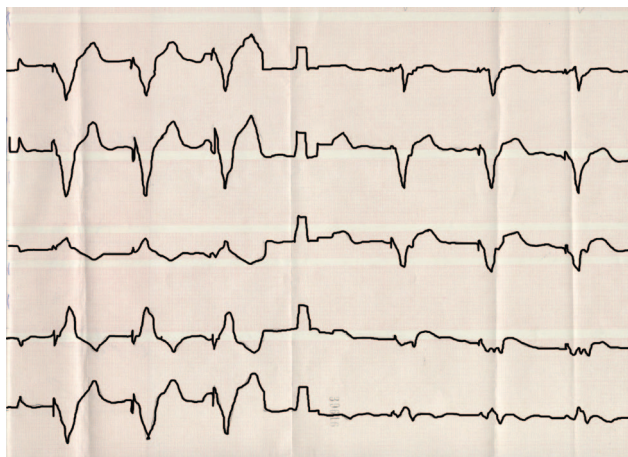
В настоящее время у больного болевой синдром в рамках ИБС: стенокардии напряжения I-II ФК. ХСН IIa.

Показатели эхо-кардиографического исследования в динамике за последние годы наблюдения представлены в таблице.

Заключение. Наблюдали пациента с жизнеугрожающими нарушениями ритма на фоне хронической ревматической болезни сердца (проведено протезирование митрального клапана) после перенесенного крупноочагового инфаркта миокарда, осложнившегося формированием аневризмы межжелудочковой перегородки. Аорта уплотнена и расширена. За год в динамике дилатация левого предсердия, левого желудочка, правого желудочка. Фракция выброса прогрессивно снижается преимущественно за

Эхо-КТ данные в динамике

Показатель	Норма	VII 2004	XI 2005
Аорта, см	2,0-3,7	4,5	4,85
Лев.предс., см	1,9-4,0	4,7	5,7
Пр. желуд., см	0,7-2,6	2,5	2,9
ТМЖП, см	0,7-1,1	1,0	1,1
КДР, см	3,5-5,6	8,1	7,8
ТЗС, см	0,7-1,1	1,5	1,4
КСР, см	2,5-4,0	6,4	6,5
ФВ, %	>65	41	34
СУ, %	>20	21	17
Легочный ствол, см	1,2-2,3	2,3	2,4



Ритм ЭКС 72-80 в минуту. Электрод в правом желудочке

счет зон гипокинеза по переднему, средне-переднеперегородочному и верхушечному сегментам, акинез межжелудочковой перегородки.

ЭКГ пациента представлена на рисунке.

Результаты и обсуждение. Имплантированный ИКД доказал свою эффективность, так как со времени установки отмечались неоднократные разряды стимулятора, обусловленные регистрацией считывающим аппаратом эпизодов желудочковой тахикардии.

В настоящее время у пациента клинически не наблюдается прогрессирования симптомов ХСН несмотря на снижение фракции выброса. До установки ЭКС больной поступал в отделение с проявлениями значительной сердечной недостаточности (вплоть до анасарки). В настоящее время выраженных застойных явлений не отмечается.

Вывод

Таким образом, своевременная имплантация ИКД позволяет продлить жизнь больным, улучшить течение и прогноз заболевания.

Литература

1. **Болезни органов кровообращения:** Руководство для врачей/Под ред. Е.И. Чазова. — М.: Медицина, 1997— 832 с., илл.
2. **Кардиология** в таблицах и схемах / Под ред. М.Фрида и С.Грайнс. Пер. с англ. — М.: Практика, 1996. — 736 с., илл.
3. **Шевченко Н.М.** Рациональная кардиология. Справочное руководство. — 3-е изд., перераб. — М.: Оверлей, 2001. — 272 с., илл.
4. **An implantable cardioverter-defibrillator was effective for cardiac arrest in postinfarction sudden death survivors.** — ACP J Club. — 1996. — Jan-Febr. №8.
5. **Wever E.F., Hauer R.N., van Capelle F.J. et al.** Randomized study of implantable defibrillator as first-choice therapy versus conventional strategy in post-infarct sudden death survivors // Circulation. — 1995. — №91. — P. 2195-203.

Т.Н. Курбатова

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ У РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА (на примере предприятий объединения «Якутуголь»)

Второе Маастрихтское соглашение среди показаний к антихеликобактерной терапии установило на первое место язвенную болезнь, причем особенно отмечено, что эрадикационная терапия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ) является необходимым лечебным мероприятием и обоснованность ее использования не вызывает сомнений. В настоящее время антихеликобактерная терапия считается основным стандартом лечения ЯБ, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (Hr) [1,3,5]. Перед назначением антихеликобактерной терапии у больного с верифицированным эндоскопически язвенным дефектом необходимо определить обсемененность Hr.

К настоящему времени предложено множество схем комбинированной терапии больных ЯБ, ассоциированной с Hr, включающих антисекретор-

ный препарат группы блокаторов H2-рецепторов гистамина ранитидин или фамотидин, или омепразол с одним или двумя, или даже тремя антибактериальными препаратами, преимущественно де-нолом, амоксициллином, тетрациклином, метронидазолом, кларитромицином в различных сочетаниях.

Таким образом, современная медикаментозная курсовая терапия ЯБ может обеспечить безрецидивное течение этих заболеваний и избавить больных от возможных тяжелых осложнений. При этом в большинстве случаев лечение может проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях. Успех терапии зависит не только от назначения врачом оптимальной медикаментозной комбинации, но и в значительной степени от ее реализации с участием пациента. Естественно, это становится возможным, если все больные ЯБ будут находиться под диспансерным наблюдением и если им будет

обеспечена после соответствующего обследования адекватная терапия современными медикаментозными комбинациями. Проведение эрадикации *H. Pylori* у больных с ЯБ является абсолютно необходимым лечебным мероприятием, которое дает не только прогнозируемый клинический и профилактический результаты, но и обеспечивает полное излечение, а также обосновано экономически [2, 8].

В настоящее время большое внимание уделяется определению затратно-эффективных схем лечения хеликобактериоза. Согласно данным, полученным в Бельгии, эрадикация у больных язвенной болезнью позволяет экономить западноевропейским странам 1 млн. 750 тыс. долларов в год по сравнению с лечением только антисекреторными средствами [5].

Экономический эффект связан, во-первых, с прекращением длительного, практически постоянного, приема антисекреторных препаратов. Во-вто-