



Аритмология в Республике Татарстан Наши возможности и перспективы

Ю. Э. ТЕРЕГУЛОВ, И. Г. САЛИХОВ, Ф. Р. ЧУВАШАЕВА
М. М. МАНГУШЕВА, С. А. ЕРЕМИН, Т. А. ГАБИТОВ
Казанский государственный медицинский университет
Республиканская клиническая больница МЗ РТ

УДК 616.12-008.313

Жизнеугрожающие нарушения ритма сердца являются осложнением всех сердечно-сосудистых заболеваний, являются у каждого третьего кардиологического больного, определяют тяжесть течения, летальность, инвалидизацию пациента, являются непосредственным механизмом развития внезапной сердечной смерти. В структуре сердечно-сосудистых заболеваний нарушения ритма сердца занимают одно из ведущих мест и являются причиной внезапной смерти 200 тысяч людей в России ежегодно [1]. В связи с отсутствием в республике официальной статистики заболеваемости нарушениями ритма сердца, применяя мировые данные в пересчете на население Республики Татарстан (3,7 млн.), можно прогнозировать следующую распространенность нарушений ритма сердца: наджелудочковые тахикардии — 7400 чел., мерцательная аритмия — 14800 чел., синдром WPW — 5550 чел., синоатриальные блокады — от 15920 чел., А-V блокады III степени — 740 чел., желудочковые тахикардии — 8100 чел. Таким образом, сегодня в республике проживает 40000-50000 человек с жизнеугрожающими аритмиями сердца, имеющих высокий риск внезапной сердечной смерти, из них не менее 5000 пациентов ежегодно умирает внезапно [2].

Для решения проблемы радикального лечения больных с жизнеугрожающими аритмиями сердца и профилактики внезапной сердечной смерти в 1993 году Министерством здравоохранения Республики Татарстан на базе Республиканской клинической больницы был организован Республиканский центр диагностики и лечения нарушений ритма сердца. В состав центра вошли отделение интенсивной терапии нарушений ритма сердца на 6 коек, отделения рентгенохирургии и функциональной диагностики, кабинет аритмолога в поликлинике РКБ.

Основные задачи центра:

- Оказание специализированной лечебно-диагностической помощи больным с жизнеугрожающими нарушениями ритма сердца на основе новых технологий.
- Прогнозирование риска, профилактика и лечение внезапной сердечной смерти.
- Организация межрайонных центров в РТ.
- Создание единого регистра больных с жизнеугрожающими нарушениями ритма сердца.
- Оказание высокотехнологичной помощи проводится по следующим направлениям:

ТЕРЕГУЛОВ ЮРИЙ ЭМИЛЬВИЧ —
к.м.н., руководитель Республиканского центра
диагностики и лечения нарушений ритма сердца,
заведующий отделением функциональной
диагностики РКБ МЗ РТ, врач высшей категории

— лечение брадиаритмий — имплантация электрокардиостимуляторов (ЭКС);

— лечение тахикардий — радиочастотная абляция проводящих путей и очагов тахикардий (РЧА);

— прогнозирование и профилактика внезапной сердечной смерти;

— ресинхронизирующая терапия при тяжелой сердечной недостаточности.

В настоящее время в Центре используются высокоэффективные радикальные методы лечения жизнеугрожающих аритмий, что позволяет во многих случаях излечить многие заболевания — синдром WPW, желудочковые тахикардии, А-V тахикардии, трепетание предсердий и т. д. После операции больные не требуют медикаментозной терапии и не имеют ограничений в профессиональной деятельности. Использование радикальных методов лечения жизнеугрожающих аритмий сердца резко сокращает пребывание больного на койке, что является экономически выгодным. Так, только на 6 койках отделения аритмологии в 2007 году пролечено 488 пациентов, среднее пребывание больного на койке составило 3,8 дня, проведено 198 имплантаций ЭКС, 125 — РЧА, имплантаций кардиовертера дефибриллятора — 5, имплантаций ресинхронизатора — 3, летальность 0,6%. Всего с 1993 года пролечено 5485 больных.

Лечение брадиаритмий — имплантация электрокардиостимуляторов проводится с 1994 выполнено более 1500 имплантаций. С 2006 года отделение аритмологии работает в круглосуточном режиме по оказанию неотложной помощи больным, требующим имплантацию ЭКС.

Лечение тахикардий — радиочастотная абляция — проводится с 1997 г. в прекрасно оснащенной электрофизиологической операционной: электрофизиологическая система Prucka — 96 каналов, нефлюороскопическая система Carto, внутрисердечная ультразвуковая система навигации, рентгентелевизионная система Pulsera с возможностью ангиографии.

В настоящее время выполняются все виды РЧА при различных тахикардиях с высокой эффективностью (табл. 1). Бурно развиваются новые направления радикального лечения таких распространенных аритмий как фибрилляция предсердий, при которой проводится радиочастотная абляция внутрисердечных нервных ганглиев и легочных вен при пароксизмальных формах, модификация АВ соединения при постоянной форме мерцательной аритмии. Использование РЧА в лечении пароксизмальных и персистирующих форм мерцательной аритмии уже дало обнадеживающие результаты: из 10 проведенных операций по деструкции нервных ганглиев левого предсердия у 8 пациентов достигнуто прекращение или резкое уменьшение количества приступов без

приема антиаритмических препаратов. В то же время, очевидно, что необходим тщательный отбор пациентов на оперативное лечение. Считаем, что нецелесообразно проводить РЧА нервных ганглиев пациентам с атриомегалией (размер левого предсердия более 6 см по ЭхоКГ), при редких приступах (2-3 раза в год), при некоррегированных пороках сердца и ИБС, при сопутствующей патологии (сахарный диабет, ХГН, ожирение, гипертиреоз и др.).

Таблица 1
Количество и эффективность радиочастотных абляций, проведенных в 1997-2008 гг.

Виды нарушения ритма сердца	Кол-во РЧА	Эффективность лечения в %
A-V узловая тахикардия	204	98
Синдром WPW	265	97
Желудочковая тахикардия идиопатическая	37	86
Трепетание предсердий	57	90
Очаговая предсердная тахикардия	15	80
Деструкция A-V соединения	45	100
Разрушение внутрисердечных ганглиев при пароксизмальной форме мерцательной аритмии	10	80
ВСЕГО	633	97

Наиболее сложной задачей является предотвращение внезапной сердечной смерти. Внезапная сердечная смерть (ВСС) — естественная кардиальная смерть, неожиданная по характеру и времени даже в случае установленного ранее заболевания сердца, первым проявлением которой служит потеря сознания в пределах 1 часа с момента возникновения симптомов (Рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов 2003 г.). Среди экономически развитых стран распространенность внезапной смерти составляет от 36 до 128 на 100000 населения [1].

Проблема предотвращения внезапной сердечной смерти требует комплексных программных мероприятий. Центром разработана Республиканская программа «Прогнозирование и профилактика внезапной сердечной смерти в РТ», которая включает мероприятия, направленные на обеспечение своевременного выявления лиц, имеющих высокий риск ВСС. В основе их лежит организация скрининга мужчин старше 40 лет по холтеровскому мониторингу ЭКГ. Кроме того, одной из причин ВСС являются генетически детерминированные состояния, которые вызывают первичную фибрилляцию желудочков, аритмогенную дисплазию/кардиомиопатию правого желудочка, синдром Леви-Ленегра, синдром Бругада, катехоламинэргическую полиморфную, желудочковую тахикардию, синдром удлиненного интервала QT, синдром короткого интервала QT, синдром слабости синусового узла и т.д. Выявление генетических аномалий является одним из необходимых этапов выявления групп риска и профилактики развития ВСС. Таким образом, углубленному обследованию должны подвергаться ближайшие родственники лиц, перенесших внезапную смерть. Профилактика развития ВСС предполагает имплантацию кардиовертеров-дефибрилляторов пациентам, перенесшим или имеющим высокий риск внезапной сердечной смерти. В центре имплантация ИКД проводится с 2006 г., установлено 11 аппаратов, из них при первичной фибрилляции желудочков — 1, синдроме Бругада — 2, идиопатической желудочковой тахикардией — 2, постинфарктной желудочковой тахикардией — 6.

Широкое распространение в мире получает ресинхронизирующая терапия при тяжелой застойной сердечной недостаточности с низкой фракцией изгнания у больных с полной блокадой левой ножки пучка Гиса. Сердечная ресинхронизирующая терапия уменьшает симптомы и улучшает функцию левого желудочка у большинства пациентов с сердечной недостаточностью, вызванной левожелудочковой систолической дисфункцией и асинхронной работой камер сердца. Мировой опыт использования ресинхронизирующей терапии при сердечной недостаточности составляет 10 лет. Ресинхронизирующая терапия основана на имплантации пациенту искусственного водителя ритма сердца, разработанного специально для пациентов с сердечной недостаточностью. Имплантируется трехкамерный (бивентрикулярный) ЭКС, который обеспечивает синхронное сокращение обоих желудочков сердца. Успешная имплантация устройства требует соответствующих умений, риск осложнений при данной процедуре не превышает 1%. Сегодня ресинхронизирующая терапия относится к классу I показаний для лечения сердечной недостаточности, что означает наличие убедительных доказательств и общего мнения о полезности и эффективности данного метода лечения (Рекомендации ВНОА, 2005) [3]. Таким образом, у пациентов с уменьшенной фракцией выброса, желудочковой диссинхронией (ширина QRS \geq 120 мс) и сохраненной симптоматикой (NYHA III-IV), несмотря на оптимальную медикаментозную терапию, следует проводить ресинхронизирующую терапию с бивентрикулярной стимуляцией для улучшения симптоматики [4, 5]. Имплантация ресинхронизирующих устройств проводится в центре с 2007 года, в настоящее время имплантировано 6 трехкамерных стимуляторов. У всех пациентов наблюдалось значительное улучшение состояния. При эхокардиографическом обследовании отмечалось уменьшение левых камер сердца и увеличение фракции изгнания у всех пациентов, хотя и разной степени выраженности, что отражает отличие в резервных возможностях миокарда пациентов. По нашему мнению, необходимо широко использовать ресинхронизирующую терапию у пациентов с ХСН и проводить ее как можно раньше при сохраненном резерве миокарда к сокращению у больных с полной блокадой левой ножки п. Гиса.

В настоящее время центром ведется большая работа по организации межрайонных аритмологических центров в республике. Уже функционируют межрайонные центры в Альметьевске и Нижнекамске, где проводится имплантация электрокардиостимуляторов больным из прикрепленных районов. Планируется организации городских аритмологических центров в Набережных Челнах, Чистополе.

Задачи межрайонных центров диагностики и лечения нарушений ритма сердца:

- Обследование больных — ХМ ЭКГ и АД, ВЭМ, ЭФИ чреспищеводное, регистрация поздних потенциалов желудочков, ЭхоКГ, в том числе чреспищеводная.
- Организация скрининга ХМ ЭКГ.
- Оказание терапевтической помощи — плановая кардиоверсия, восстановление ритма чреспищеводной ЭКС, антиаритмическая терапия.
- Оказание неотложной и реанимационной помощи — дефибрилляция, временная ЭКС, внутрисердечная лечебная ЭКС.
- Хирургическое лечение НРС — имплантация ЭКС.
- Транспортировка больных в Республиканский центр.
- Создание регистра больных с жизнеугрожающими аритмиями.



- Приближение оказания высокоспециализированной помощи к пациенту при жизнеугрожающих аритмиях сердца позволит реально снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и во многих случаях предотвратит внезапную сердечную смерть.

В заключении можно сказать, что в Республике Татарстан уже 15 лет функционирует аритмологическая служба. Целью ее деятельности является снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и предупреждение внезапной сердечной смерти, чего можно достичь, только обеспечив выявление больных с жизнеугрожающими аритмиями сердца и широким внедрением современных радикальных методов лечения жизнеугрожающих аритмий, в том числе и имплантацию ресинхронизаторов при ХСН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазур Н. А. Внезапная сердечная смерть. — М.: Мед-практика-М, 2003. — 148 с.
2. Кушаковский М. С. Аритмии сердца. Руководство для врачей. Издание 2-е. — СПб.: ИКФ «Фолиант», 1998. — 640 с.
3. Рекомендации Всероссийского научного общества специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции. — М.: ООО «Издательский дом Золотой абрикос», 2005. — 238 с.
4. Кузнецов В. А. Сердечная ресинхронизирующая терапия. — М.: «Полиграфическая компания Абис», 2007. — 126 с.
5. Российские национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (второй пересмотр). — М.: ООО ОССН, 2007. — 76 с.