

ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БРАДИТАХИКАРДИИ

Ю.В. ТАРИЧКО, В.Ю. БАРАНОВИЧ, А.Б. КУЗНЕЦОВ, Р.И. МИХАЙЛИВ

Кафедра госпитальной хирургии РУДН, Отдел кардиологии Научно-исследовательского центра Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, ЦКБ МПС им. Семашко
107150 Москва, ул. Лосиноостровская, 43

У больных с синдромом тахикардии при отсутствии приступов МЭС (Морганьи - Эдем - Стокса) целесообразность имплантации ЭКС дискуссионна. Представляется целесообразность имплантации ЭКС (электрокардиостимуляция) тем больным, у которых имеются прямые показания к назначению бета-блокаторов, т.е. больным со стенокардией и/или сердечной недостаточностью. Нами ЭКС был имплантирован 16 больным со стенокардией 2-4 ф. кл. и/или сердечной недостаточностью 2-3 ф. кл. по NYHA (VVI, DDD), в т.ч. 7-ми женщинам в 40-50-летнем возрасте. С момента имплантации ЭКС основным препятствием для терапии антиаритмическими средствами становилась реальная опасность возникновения артериальной гипотонии, а у больных с выраженной сердечной недостаточностью и возможность отрицательного инотропного эффекта. При этом её эффект (у 5 полный), в то же время тахисистолия при пароксизмах мерцания-трепетания предсердий устранялась у 12 больных. Ни у одного больного, получающего бета-блокатор, не отмечалось развитие синдрома ЭКС. Следует отметить, что при постановке DDD сохраняющиеся пароксизмы мерцания-трепетания предсердий требуют перепрограммирования ЭКС в режим DDI в связи с реальной опасностью возникновения «Р-триггеруемой» (запускаемой импульсами из предсердий) желудочковой тахикардии.

Электрическая стимуляция сердца давно уже признана единственным надежным средством лечебной помощи больным с предсердно-желудочковой блокадой и CCCU (синдромом слабости синусового узла). Использование предсердно-желудочковой ЭКС дает возможность не только улучшить процесс ЭС (электростимуляции) сердца, исключая осложнения, наблюдаемые при изолированной желудочковой ЭС вследствие синхронизации сокращений камер сердца и искусственной регуляции СВ /сердечного выброса/, но и расширить возможности медикаментозной терапии, обеспечивая наиболее устойчивый лечебный эффект без угрозы брадиаритмических нарушений ритма. Последовательная атриовентрикулярная ЭС сердца может давать положительный эффект для подавления желудочковых аритмий посредством ЭС с повышенной частотой и одновременно с этим сохранить гемодинамическую функцию предсердий.

Индивидуальный правильный подбор искусственного av - интервала при использовании бифокальных режимов кардиостимуляции (режимы VDD, DVI, DDD) позволяет не только повысить роль предсердного вклада в наполнение желудочков, но и повысить СВ до 50%. Проведенные исследования (проводились: опрос с помощью Лондонского опросника на стенокардию, для определения качества жизни с помощью опросника по ДЮКЭ, ЭКГ-мониторирование, ЭХОКГ) и полученные результаты способствуют более широкому внедрению в клиническую практику физиологических режимов ЭКС, особенно предсердно-желудочковых кардиостимуляторов, что позволяет улучшить как процесс кардиостимуляции, так и качество жизни больного. В нашем кардиологическом отделении за период с 1995 по 1999 г. подверглось обследованию и хирургическому лечению 131 пациент, потребовавших имплантации системы кардиостимуляции. Показаниями к имплантации ЭКС в 57 наблюдениях был синдром слабости синусового узла, у 16 - синдром тахикардии, у 58 - атриовентрикулярные блокады. В результате проведенных гемодинамических исследований выявлено, что использование программируемых режимов предсердно-желудочковой кардиостимуляции ведет к увеличению сердечного выброса на 30% и более в состоянии покоя в результате вклада предсердной систолы в наполнение желудочков (вследствие синхронизации сокращений сердца). Установлено, что толерантность пациентов к физическим нагрузкам при использовании режимов DDD (DVI) возрастает до 25% по сравнению с изолированной желудочковой стимуляцией сердца. Лекарственная терапия (сердечные гликозиды, мочегонные, антиангинальные, противоаритмические, дезагреганты) назначались больным с ПЭКС (постоянной электрокардиостимуляцией) при наличии показаний в общепринятых дозах. В нашем сообщении 1996 г. о широком применении β -блокаторов у больных с постоянной ЭКС указывалось, что в течение госпитального периода наблюдения этих больных не полу-

чено признаков усиления сердечной недостаточности. Данные последующего длительного наблюдения за такими больными подтвердили точку зрения о положительной роли β -блокаторов в терапии сердечной недостаточности.

Основным ограничивающим фактором при попытках наращивания доз антиаритмиков хинидиноподобной группы у этих больных в отличие от больных без ПЭКС явились не нарушение синоатриальной и ав проводимости, а развитие артериальной гипотонии.

Антиаритмический эффект контролировался с помощью ХМ (Холтеровского монитрования) как на госпитальном, так и на амбулаторном этапах наблюдения. В течение последних полутора лет все больные с постоянными ЭКС и повторяющимися нарушениями ритма находились под наблюдением по программе ЭКГ по телефону, что позволяет достаточно тщательно контролировать их состояние на амбулаторном этапе.

Добиться предотвращения эпизодов тахисистолии нам удалось у всех больных.

В результате появившейся возможности назначения β -блокаторов и предотвращения эпизодов тахисистолии нам удалось оптимизировать терапию коронарного синдрома и сердечной недостаточности у всех больных, которым были имплантированы ЭКС. Заслуживает внимания то, что на фоне терапии β -блокаторами у больных с ЭКС, работающем в режиме VVI и DDI, развитие синдрома ЭКС не было отмечено ни разу, и то, что из осложнений у нас было всего 3-дислокации электрода, 5 случаев несостоятельности ИВР (это вероятнее всего было связано с неудачной закупкой некачественных ЭКС-501), 2 случая перелома электрода. Гнойно-септических осложнений не было.

ВЫВОДЫ

1. При синдроме брадикардии назначение бета-адреноблокаторов больным с постоянной ЭКС в режиме VVI и DDI позволяет предотвратить развитие синдрома ЭКС.

2. В случае сочетания этого синдрома со стенокардией и/или застойной сердечной недостаточностью имплантация постоянного ЭКС оправдана, т.к. позволяет более свободно маневрировать дозами бета-адреноблокаторов, чье прогностическое значение у этих групп больных является доказанным.

3. Устранение эпизодов как брадикардии, так и тахикардии в сочетании с терапией бета-адреноблокаторами оказывает выраженный положительный эффект у рассматриваемой группы больных и существенно улучшает качество их жизни.

4. Взаимодействие кардиохирурга и кардиолога позволяет продлевать срок и улучшать качество жизни таким больным, не имевших прежде шансов прожить и несколько лет.

5. При синдроме слабости синусового узла изолированная желудочковая стимуляция нежелательна.

PHYSIOLOGICAL ELECTROCARDIOSTIMULATION AT THE PATIENTS WITH A SET OF SYMPTOMS OF A BRADYTACHYCARDIA

Yu.V. TARICHKO, V.Yu. BARANOVICH, A.B. KUZNETSOV, R.I. MICHAYLIV.

Department of clinical surgery of RPFU, Central clinical hospital of the ministry of means of communication named Semashko. 107150 Moscow, Losinoostrovskaya st., 43

At the patients with a set of symptoms of a tachi-bradycardia at absence of attacks MAS (Morganyi-Adams-Stoks) expediency of an implantation pacemaker is the cause of discussion. The expediency of an implantation pacemaker by that patient is represented, which have direct indications to purpose (assignment) of beta-blockers, i.e. patient with a stenocardia and - or by a heart failure. Us pacemaker was implanted 16 patients with a stenocardia 2-4 functional class. And - or by a heart failure 2-3 fun. cl. on NYHA (VVI, DDD), including 7 to the women at 40-50 years age. From the moment of an implantation pacemaker the basic obstacle for therapy of antiarhythmic disease became real danger of occurrence of an arterial hypotonia, and at the patients with the expressed heart failure and opportunity of negative inotropic effect. Thus the partial effect (at 10 complete) was reached (achieved) mainly, at the same time tachisistol at paroxysms of a fibrillation - atrial flutter was eliminated at 12 patients. At one patient receiving a beta-blocker, the development of a set of symptoms of pacemaker was not marked. It is necessary to note, that at statement DDD retained paroxysms of a fibrillation - atrial flutter the reprogrammings pacemaker in a regimen DDI require (demand) in connection with real danger of occurrence "P-trigger" (started by pulses from auricles) ventricular tachyarrhythmia.