

УДК 616.12-008.313-089.819

«Дни аритмологии в Киеве»: новые идеи и технологии интервенционного лечения аритмий сердца

17–18 ноября 2016 г. на базе ГУ «Институт сердца МЗ Украины» состоялась традиционная конференция «Дни аритмологии в Киеве», организованная Ассоциацией аритмологов Украины совместно с Всеукраинской ассоциацией специалистов по аритмологии и электрофизиологии сердца и Национальной медицинской академией последипломного образования им. П.Л. Шупика.

В преддверии конференции состоялся мультидисциплинарный симпозиум «Медикаментозное сопровождение и осложнения кардиохирургических вмешательств». Кардиохирурги, кардиологи, анестезиологи и терапевты приняли участие в обсуждении различных аспектов предоперационной подготовки и профилактики осложнений у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Генеральный директор ГУ «Институт сердца МЗ Украины», член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Борис Михайлович Тодуров во вступительной лекции охарактеризовал достижения и проблемы украинской кардиохирургии, а также поделился опытом внедрения перспективных технологий лечения в клинике Института сердца МЗ Украины.

Кардиохирургические центры Украины еще очень далеки от показателей европейских стран по охвату населения необходимыми видами вмешательств, в частности при такой социально значимой патологии, как ишемическая болезнь сердца (ИБС). При потребности 200 тыс. коронарографий в год реально выполняется около 29 тыс. процедур, операций на сердце – 140 и 24 тыс. соответственно. Региональную представленность центров кардиохирургической помощи лектор охарактеризовал как «вынужденную централизацию»: три мощнейших клиники находятся в г. Киеве, в то время как на больших территориях страны население вообще не имеет доступа к центрам кардиохирургии в радиусе 90 км, что делает невозможной доставку в течение 2 ч для проведения экстренной реваскуляризации при остром инфаркте миокарда (ОИМ).

Вместе с тем крупные центры демонстрируют высокие показатели выживаемости и реабилитации пациентов после хирургического лечения ИБС. В Институте сердца выполняется около трети всех операций аортокоронарного шунтирования (1235

за 2015 г.) и практически каждое пятое стентирование венечных артерий в стране (1693 вмешательства за 2015 г.). С 2014 г. действует программа «Стоп инфаркт», по которой клиника дежурит в режиме 24 ч в сутки 7 дней в неделю, принимая больных с ОИМ для проведения ургентной коронарографии и стентирования или аортокоронарного шунтирования. Госпитальную летальность при ОИМ удалось снизить до 4,2 % за счет спасения пациентов с кардиогенным шоком и поражениями венечных артерий сложных локализаций, что стало возможным благодаря внедрению методов временной поддержки кровообращения – экстракорпоральной мембранной оксигенации и внутриаортальной баллонной контрпульсации.

Из достижений последних лет профессор Б.М. Тодуров отметил освоение специалистами ГУ «Институт сердца МЗ Украины» прогрессивных методик операций на крупных сосудах и клапанах сердца: эндоваскулярного протезирования дуги аорты с брахиоцефальными сосудами и брюшного отдела аорты при больших аневризмах, операции Дэвида (протезирование восходящей аорты без замены клапана) и операции Озаки (формирование аортального клапана из аутоперикарда), а также первые успешные имплантации механических устройств поддержки желудочков сердца, выполненные в 2016 г. Следует также упомянуть о разработке материалов и устройств для нужд кардиохирургии украинского производства, которые, возможно, станут заменой дорогостоящих импортных аналогов. Это опорные кольца для пластики клапанов сердца, кава-фильтры для профилактики венозной тромбоэмболии.

Заведующий кафедрой анестезиологии и интенсивной терапии НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Олег Анатольевич Лоскутов осветил вопросы профилактики кардиальных осложнений в общей хирургии. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы составляют до 42 % от всех периоперационных осложнений. Например, у пациента, который перенес инфаркт миокарда (ИМ) за 3 мес до операции, риск получить повторный интраоперационный ИМ достигает 30 %, по данным статистики общей анестезиологической практики.

Безусловно, риск осложнений определяется объемом хирургического вмешательства, величи-

ной кровопотери, длительностью и видом анестезии. Однако европейские рекомендации по предоперационной подготовке больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ESC/ESA, 2014) исходят из того, что пациент-специфические факторы более значимы для оценки риска и возможности выполнения вмешательства, чем вид операции. Разработан четкий алгоритм принятия решений, основанный на данных анамнеза и клинических признаках сердечно-сосудистой патологии.

Большие клинические признаки, при наличии которых оперативное вмешательство однозначно противопоказано до стабилизации состояния больного, – это острый (от 7 до 30 дней) ИМ, нестабильная или тяжелая стенокардия, декомпенсированная сердечная недостаточность (СН), угрожающие аритмии и тяжелая клапанная патология.

К средним клиническим признакам относятся легкая стенокардия (II класс по Канадской классификации), ИМ в анамнезе или патологический зубец Q на электрокардиограмме, компенсированная СН, инсулинозависимый сахарный диабет, почечная недостаточность (креатинин ≥ 2 мг/дл). При наличии признаков этой группы следует перейти к шагу 6 – определению функциональных возможностей пациента (толерантности к нагрузкам) согласно методике метаболических эквивалентов (МЭ). При оценке < 4 МЭ в сочетании со средними клиническими признаками рекомендуется отсрочка операции до стабилизации состояния пациента оптимальной медикаментозной терапией. При оценке > 4 МЭ (полное самообслуживание, возможность выполнять легкую работу по дому и подняться по лестнице на 1 этаж) пациента можно оперировать, если хирургический риск операции средний или низкий. Если же планируемая операция относится к категории высокого хирургического риска, то для уточнения степени сердечно-сосудистого риска и принятия дальнейших решений показано нагрузочное тестирование, по результатам которого также может быть рассмотрена необходимость выполнения коронарографии.

Авторы европейских рекомендаций вместе с тем отмечают, что применение инвазивного метода может вызвать ненужную и непредсказуемую задержку выполнения уже запланированной операции, к тому же коронарография сама по себе может вызвать осложнения, которые дополняют периоперационный риск. Поэтому диагностические тесты должны назначаться только в том случае, если полученные с их помощью результаты повлияют на тактику периоперационного ведения пациента. Показания класса I (настоятельно рекомендуется) для проведения коронарографии при подготовке к плановой операции следующие:

- стенокардия, стойкая к лекарственной терапии;

- нестабильная стенокардия при планировании операции средней или высокой степени хирургического риска;

- сомнительные результаты неинвазивных тестов при высокой степени хирургического риска.

Комментируя набор обязательных предоперационных лабораторных анализов у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, лектор обратил внимание на то, что анемия (гемоглобин < 110 г/л, эритроциты $< 2,5 \times 10^{12}$ /л) ограничивает доставку кислорода к миокарду в условиях гипоперфузии и поэтому требует обязательной коррекции перед вмешательством. Также перед плановой операцией следует убедиться в том, что содержание тромбоцитов в крови составляет не менее 150×10^9 /л. Диуретическая терапия, например, у пациентов с СН, существенно влияет на электролитный состав крови. Согласно американским стандартам подготовки пациента анестезиолог не может начинать вводный наркоз при уровне сывороточного калия < 4 ммоль/л. Низкое содержание калия может иметь фатальные последствия из-за высокого риска жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма.

Успех операции во многом зависит от совместного планирования сопровождающей терапии хирургом, анестезиологом и лечащим врачом, который ведет пациента. Первое и обязательное условие безопасного гемостаза – это своевременная отмена антикоагулянтов и антиагрегантов перед операцией.

Рекомендации по новым оральным антикоагулянтам (дабигатран, ривароксабан, апиксабан):

- при операциях без значимого риска кровотечений (офтальмологические, поверхностные, дерматологические) отменить за 18–24 ч, продолжить прием через 6 ч;

- при минимальном риске кровотечений (биопсии, грыжесечение) отменить за 24 ч или раньше, продолжить прием через 24 ч;

- при высоком риске кровотечений (операции в брюшной полости, грудной клетке, нейрохирургия) отменить за 48 ч и раньше, продолжить прием через 48–72 ч при условии стабильного гемостаза.

Руководитель отдела гипертонической болезни ГУ «ННЦ “Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско” НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Евгения Петровна Свищенко более подробно рассказала о значении артериальной гипертензии (АГ) как фактора операционного риска и принципах периоперационной коррекции антигипертензивной терапии.

АГ не относится к большим факторам операционного риска, но повышает вероятность осложнений или смерти после операции на 35 % по сравнению с нормотензивными пациентами. Особенно неблагоприятный прогноз у пациентов с высо-

ким пульсовым давлением; это, как правило, лица пожилого возраста с атеросклерозом и повышенной жесткостью сосудов. Последствия неконтролируемой АГ можно условно разделить на две группы: обусловленные операцией (кровотечение, расхождение швов, расслоение аорты) и обусловленные поражением органов-мишеней (ИМ, инсульт, почечная недостаточность, острая СН).

У всех пациентов с АГ при планировании операции обязательно следует оценить уровень креатинина в сыворотке крови и скорость клубочковой фильтрации (СКФ), так как скрытое поражение почек в виде микроальбуминурии или снижения СКФ < 60 мл/мин согласно данным исследований обнаруживается у 42 % больных, а почечная недостаточность входит в число больших факторов операционного риска. Также целесообразно выполнить электро- и эхокардиографическое исследования для оценки степени дисфункции левого желудочка.

АГ 1-й и 2-й степени (артериальное давление (АД) < 180/110 мм рт. ст.) не является поводом для отсрочки оперативного вмешательства. Только при АГ 3-й степени операцию по возможности следует отложить для оптимизации терапии и снижения АД.

Что касается лечения АГ в предоперационный период, то нет доказательств преимущества одних антигипертензивных препаратов перед другими. Долгое время β-адреноблокаторы (β-АБ) считались обязательным компонентом предоперационной подготовки пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском. Эти рекомендации основывались на результатах нескольких исследований, которые продемонстрировали снижение послеоперационной смертности в результате назначения β-АБ. Но в исследовании POISE при приеме метопролола (100 мг до и 100 мг после операции) смертность увеличилась на 33 %, а частота инсультов – в 2 раза. Поэтому вопрос пользы или вреда β-АБ на сегодняшний день остается открытым. Европейские рекомендации (ESC/ESA, 2014) сформулированы так:

- продолжать прием, если β-АБ был назначен ранее для лечения АГ, ИБС, аритмии или СН;
- можно рассмотреть начало приема β-АБ перед операцией у пациентов с АГ, ИБС, СН, но начинать не менее чем за 24 ч до операции, лучше за 7–30 дней с постепенной титрацией дозы;
- не начинать лечение β-АБ в день операции;
- не начинать лечение β-АБ перед операцией низкого хирургического риска.

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) вызывают гипотензию во время анестезии. Согласно европейским рекомендациям (ESC/ESA, 2014) у пациентов с АГ следует временно отменять ингибиторы АПФ за 24 ч до операции и возобновлять прием как можно раньше после вмешательства, но при условии стабильного АД и нормоволемии.

Исследование VISION (2016) подтвердило, что отмена ингибиторов АПФ или БРА за сутки до операции уменьшает риск смерти и сердечно-сосудистых осложнений на 18 %, а риск гипотензии – на 20 %. У пациентов с СН, которые постоянно принимают ингибиторы АПФ, следует рассмотреть возможность продолжения терапии перед операцией под контролем гемодинамики. Начинать терапию ингибиторами АПФ или БРА у пациентов с СН следует не ранее чем за неделю до плановой операции.

Не рекомендуется назначать дигидропиридиновые антагонисты кальция короткого действия перед операцией. Больные, которые не переносят β-АБ, могут продолжать прием недигидропиридиновых препаратов; при необходимости их прием можно инициировать перед операцией.

Прием диуретиков для лечения СН можно продолжать до дня операции, но не принимать в день операции, так как гиповолемия затрудняет работу анестезиолога. Электролитные нарушения (гипокалиемию, гипомагниемию) следует устранить до операции.

Если пациент принимает статины, не следует прерывать лечение перед операцией. Перед плановой операцией на сосудах рекомендуется назначить статины, если пациент их еще не принимал, но не менее чем за 2 нед. Убедительно доказано, что статины уменьшают риск развития ИМ, инсультов и снижают смертность в послеоперационный период, вероятно, за счет стабилизации атеросклеротических бляшек.

Заведующий кафедрой пропедевтики внутренней медицины Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Юрий Михайлович Мостовой осветил вопросы выбора антибактериальных препаратов для лечения инфекционных осложнений в кардиологии и кардиохирургии.

Одно из наиболее частых показаний к антибиотикотерапии – это госпитальная пневмония у пациентов, длительно находящихся на постельном режиме в связи с декомпенсированным заболеванием или в послеоперационный период. Согласно клиническому протоколу (Приказ МЗ Украины № 128 от 19.03.2007) стартовая эмпирическая терапия ранней пневмонии с факторами риска наличия полирезистентных штаммов возбудителей должна включать цефалоспорин с антисинегнойной активностью (цефтриаксон) или защищенный аминопенициллин (амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам) в комбинации с фторхинолоном III–IV поколения (левофлоксацин, моксифлоксацин). Наиболее распространенная схема с хорошо изученной эффективностью и безопасностью – амоксициллин/клавуланат + левофлоксацин.

При инфекционном эндокардите на интактных клапанах или через 12 ч и более после протезирования рекомендуется начинать терапию с комбинации

антистафилококковых антибиотиков – ампициллина и оксациллина. Альтернативная комбинация – ванкомицин + гентамицин. При инфекционном эндокардите протезированных клапанов, который развивается позже чем через 12 ч после операции, или у больных с нозокомиальной инфекцией рекомендуется тройная терапия ванкомицин + гентамицин + рифампицин (Рекомендации ESC по лечению инфекционного эндокардита, 2015; Приказ МЗ Украины № 436 от 03.07.2006).

Для лечения гнойного перикардита рекомендуется комбинация ванкомицин + ципрофлоксацин. Альтернативная комбинация – ванкомицин + цефепим. Обязательным является дренирование полости перикарда (Рекомендации ESC по лечению заболеваний перикарда, 2015).

Для профилактики инфекционных осложнений при кардиохирургических вмешательствах рекомендуются три антибиотика – цефазолин, цефуросим или ванкомицин. В мире самым назначаемым является цефуросим (1,5 г внутривенно однократно или каждые 12 ч до суммарной дозы 6 г). Его спектр антимикробной активности против грамотрицательных и грамположительных возбудителей более сбалансированный, чем у популярного в Украине цефтриаксона.

Кардиологам и терапевтам важно помнить о некоторых нежелательных взаимодействиях антибиотиков с кардиологическими препаратами. Так, антагонисты кальция в комбинации с макролидами могут вызывать гипотензию. Одновременное лечение цефалоспорином II–III поколений повышает риск геморрагических осложнений антикоагулянтной и антиагрегантной терапии. Поэтому, если у пациента с показаниями к приему варфарина или клопидогреля (например, после стентирования) возникает пневмония или отит, лучше назначить альтернативные препараты – защищенные аминопенициллины или левофлоксацин. Также цефалоспорины повышают риск нефротоксичности аминогликозидов, петлевых диуретиков и нестероидных противовоспалительных препаратов.

Заведующий кафедрой анестезиологии, интенсивной терапии с последипломной подготовкой Одесского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Олег Александрович Тарабрин продемонстрировал возможности низкочастотной пьезоэлектрической тромбоэластографии (НПТГ) в диагностике состояний, связанных с риском тромботических осложнений. На сегодняшний день это золотой стандарт определения гемостатического потенциала в образце цельной крови, который оценивает кинетику тромбообразования в реальном масштабе времени. Результаты тромбоэластографии помогают оперативно контролировать действие антикоагулянтов и антиагрегантов у

постели больного и выбирать оптимальную стратегию терапии. Полное исследование занимает 90–95 мин, но в некоторых ситуациях достаточно 20 мин для принятия решений о коррекции терапии. При НПТГ измеряется более 20 показателей, среди которых интенсивность контактной коагуляции (дает представление о тромбоцитарном звене гемостаза), константа тромбиновой активности (характеризует скорость нарастания тромбинообразования, интенсивность протеолитического этапа образования сгустка), интенсивность полимеризации сгустка, время образования поперечно сшитого фибрина, интенсивность ретракции и лизиса сгустка. Лектор продемонстрировал на клинических примерах, как НПТГ помогает индивидуализировать антикоагулянтную и антиагрегантную терапию в сложных случаях.

В ходе конференции также были проведены пленарное заседание «Современные технологии диагностики и интервенционного лечения аритмий», симпозиум по антитромбоцитарной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), мастер-классы ведущих специалистов по ведению пациентов с нарушениями ритма и коморбидными заболеваниями. Две центральные темы научной программы – профилактика внезапной кардиальной смерти (ВКС) у пациентов с желудочковыми тахикардиями (ЖТ) и оптимизация лечения ФП.

Заведующий отделением нарушений ритма сердца ГУ «Институт сердца МЗ Украины», кандидат медицинских наук, Александр Николаевич Грицай напомнил слушателям, что ЖТ ответственны за 62 % случаев ВКС в популяции. Несмотря на некоторые успехи, связанные с установкой дефибрилляторов в общественных местах и транспорте в некоторых странах, низкая выживаемость при внезапной остановке кровообращения определяет приоритетность первичной профилактики аритмической ВКС. ИБС и СН, особенно в постинфарктный период, являются самыми частыми причинами развития опасной ЖТ и фибрилляции желудочков (ФЖ), а низкая фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) остается единственным достоверным предиктором ВКС. Золотым стандартом первичной профилактики в настоящее время является имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор (ИКД), показанный всем пациентам с ФВ ЛЖ $\leq 35\%$ и симптомами СН, которые сохраняются несмотря на адекватную медикаментозную терапию.

В отношении использования аппаратных и интервенционных методов лечения желудочковых аритмий в нашей стране мало что изменилось за последние годы. Несмотря на экономические трудности, с 2014 г. не прослеживается тенденция к уменьшению количества выполненных имплантаций кардиостимуляторов, ИКД, а также процедур

катетерной абляции, но их количество еще очень далеко от реальных потребностей и показателей большинства европейских стран в пересчете на численность населения – отметил А.Н. Грицай.

В это же время в западном мире продолжается технологическая эволюция кардиостимуляции в сторону удешевления, продления срока службы устройств, повышения надежности контроля аритмий и безопасности процедур имплантации. ИКД V поколения позволяют приблизить операцию имплантации по сложности и травматичности к операции имплантации постоянного водителя ритма с использованием местной анестезии. Срок службы устройства приближается к 10 годам, а эффективность в купировании приступов ЖТ и профилактике ВКС – к 100 %.

Профессор кардиологии Джеффри Андерсон (Университет Юта, США) представил в своем докладе две инновационные технологии беспроводной кардиостимуляции. Первая – миниатюрное устройство Nanostim, которое имплантируется непосредственно в правый желудочек через эндоскопический доступ. Такой способ установки устраняет проблемы, связанные со смещением электродов или инфицированием. Согласно итогам исследования LEADLESS II аппарат был одобрен Управлением по контролю качества продуктов питания и лекарственных средств США (FDA), и на данный момент в США и других странах имплантировано уже более 1400 таких устройств. По мнению профессора Дж. Андерсона, это подходящий вариант для тех пациентов, которым показана однокамерная стимуляция правого желудочка (VVI-R). К сожалению, в ноябре 2016 г. исследования были приостановлены из-за того, что 7 устройств потеряли связь с внешним программатором по причине проблем с батареей.

Вторая технология – ИКД с подкожными электродами (S-ICD) – также показала многообещающие результаты в клинических исследованиях. Это перспективная разработка для молодых пациентов с кардиомиопатиями, генетическими аритмогенными заболеваниями миокарда, которым требуется защита от ВКС без функции водителя ритма.

Вместе с тем все специалисты признают, что ИКД – это «подушка безопасности», которая должна срабатывать как можно реже на фоне оптимально подобранной медикаментозной терапии ЖТ и основного заболевания сердца. Успешная катетерная абляция аритмогенного субстрата также не всегда означает радикальное устранение риска.

Заведующий отделением ультразвуковой и клинико-инструментальной диагностики и миниинвазивных вмешательств Института общей и неотложной хирургии им. В.Т. Зайцева НАМН Украины, кандидат медицинских наук Дмитрий

Евгеньевич Волков в докладе «Желудочковые аритмии: абляция или устройства?» отметил, что ИКД и абляция – взаимодополняющие, но не самодостаточные методы лечения ЖТ. Постинфарктные аритмии лучше поддаются абляции, чем неишемические. В то же время постинфарктные ЖТ – самые опасные для жизни. Поэтому даже при возможности выполнения абляции необходимо имплантировать ИКД для профилактики ВКС, если пациент соответствует показаниям.

По-видимому, ИКД не являются универсальным средством долгосрочной профилактики ВКС для всех категорий больных со сниженной ФВ ЛЖ. Так, исследование DANISH, опубликованное в октябре 2016 г., не подтвердило пользы от имплантации ИКД в целях первичной профилактики ВКС пациентам с СН неишемической этиологии (не снижалась общая смертность).

Польза от ИКД сомнительна, если устройство срабатывает слишком часто. Частые дефибрилляторные разряды указывают на более тяжелое состояние больного и необходимость комплексного подхода (перепрограммирование ИКД, оптимизация медикаментозной терапии, рассмотрение возможности абляции).

В завершение Д.Е. Волков отметил парадоксы лечения ЖТ в Украине. Вопросы качества жизни важнее выживаемости: при отсутствии симптомов скрытая угроза в виде эпизодов ЖТ игнорируется. Абсолютное большинство пациентов получают в лучшем случае только антиаритмическую терапию. При практически полном отсутствии первичной и вторичной профилактики с помощью ИКД пациенты умирают внезапно и рано, не успевая попасть в поле зрения электрофизиологов. Отсюда замкнутый круг: «мало ИКД – мало абляций».

Алексей Зиновьевич Параций (лаборатория электрофизиологических, гемодинамических и ультразвуковых методов исследования с рентгеноперационной НИССХ им. Н.М. Амосова) в своем докладе развенчивал мифы о работе ИКД и затронул вопросы оптимального программирования устройства. Дефибрилляция – не основная функция ИКД. В идеале высокоэнергетичные шоковые разряды для прерывания ФЖ наносятся редко. В остальное время устройство работает как антибрадикардический (при необходимости) и антахикардический стимулятор, устраняя начинающиеся эпизоды ЖТ сериями низкоэнергетичных импульсов. Вместе с тем, как показал анализ серии исследований, неоправданно частые разряды сами по себе не ассоциируются с повышением смертности. «Частые разряды ИКД не убивают миокард, его убивает основное заболевание, которое нужно адекватно лечить. Для продления жизни пациента используйте

все возможности терапии β -АБ, антиаритмическими препаратами и предложите абляцию, если это возможно», – резюмировал докладчик.

Заведующий лабораторией электрофизиологических, гемодинамических и ультразвуковых методов исследования с рентгеноперационной НИССХ им. Н.М. Амосова Борис Богданович Кравчук представил последние данные о предикторах успеха радиочастотной абляции по поводу ФП. На сегодняшний день ФП остается одной из наиболее устойчивых к катетерному лечению аритмий, несмотря на почти 20-летнюю историю совершенствования технологии. Докладчик привел усредненные данные литературы с 2003 г. по сегодняшний день: при пароксизмальной ФП успешность первой процедуры составляет 60–100 %, а частота рецидивов – до 40 % в течение 5 лет; при персистирующей ФП – 40–70 % и 60–100 % соответственно.

Метаанализ 13 исследований, опубликованный в 2013 г. (A.N. Ganesan и соавт.), выявил наиболее значимые факторы, предрасполагающие к низкой вероятности сохранения синусового ритма: дилатация левого предсердия, старший возраст пациента, длительный анамнез ФП, персистирующая ФП, наличие гипертонической болезни, клапанной патологии, ИБС, хроническая СН, ишемическая дилатационная кардиомиопатия.

Последняя публикация на эту тему вышла в ноябре 2016 г. В совместном исследовательском проекте американских и британских кардиологов (R.A. Winkle и соавт.) на основе шести параметров и факторов риска была разработана шкала СААР-АФ.

Тестирование шкалы в когорте 937 больных, которым предстояла абляция по поводу ФП, подтвердило ее способность предсказывать двухлетние исходы. При оценках до 4 баллов включительно у 90 % и более пациентов сохранялся синусовый ритм в течение двух лет после абляции. При оценке выше 10 баллов успешность процедуры составляла около 50 %.

Подводя итоги, Б.Б. Кравчук выделил предикторы успеха абляции при ФП: короткий анамнез ФП, пароксизмальная форма, отсутствие или умеренная дилатация левого предсердия, молодой возраст, отсутствие структурных заболеваний сердца, гипертонической болезни, мужской пол. «Но мы очень редко имеем дело с «идеальными» пациентами, поэтому необходим индивидуальный подход к оценке соотношения потенциальной пользы и риска», – заключил докладчик.

Доктор медицинских наук, профессор Юрий Иванович Карпенко (кафедра внутренней медицины № 1 с курсом сердечно-сосудистой патологии Одесского национального медицинского университета) представил доклад по неаритми-

ческим сферам применения радиочастотной катетерной абляции. Одной из них может стать лечение нейрокардиогенных (вазовагальных) синкопе путем абляции парасимпатических ганглиев, залегающих в стенках предсердий близко к эндокарду. Согласно данным Т. Aksu и соавт. (2016), у 22 пациентов, пролеченных по этой методике, в течение 12 мес не наблюдалось обморочных состояний.

Перспективным направлением является симпатическая денервация почечных артерий для лечения резистентной артериальной гипертензии. В 2010 г. докладчик провел первую в странах СНГ абляцию почечных артерий, а на сегодняшний день одесскими нейрофизиологами выполнено уже 38 таких процедур по оригинальной методике. С использованием трехмерной навигации и под контролем внутрисосудистого ультразвукового исследования проводится полная изоляция обеих почечных артерий (12–16 точек абляции, 5–10 мин на каждый сосуд). В результате достигается клинически значимое снижение артериального давления у пациентов, у которых терапия тремя и более гипотензивными препаратами была неэффективной.

При радиочастотной редукции митрального клапана используется принцип короткой экспозиции. Кратковременное тепловое воздействие не приводит к повреждению ткани, а сокращает коллагеновые спирали, вызывая эффект стягивания фиброзного кольца клапана, чем достигается уменьшение площади митрального отверстия и улучшение смыкания створок. Профессор Ю.И. Карпенко поделился опытом проведения такой процедуры во время абляций по поводу ФП. Даже если не удастся восстановить синусовый ритм, пациенты отмечают существенное улучшение самочувствия за счет уменьшения степени митральной регургитации и улучшения гемодинамики.

Еще одно перспективное и очень востребованное показание к катетерной абляции – это лечение легочной гипертензии путем циркулярной денервации легочной артерии. Правда, пока что по этой методике опубликованы лишь несколько экспериментальных работ и единичные клинические случаи.

Радиочастотная редукция межжелудочковой перегородки для снижения градиента давления в выносном тракте ЛЖ у пациентов с рестриктивной гипертрофической кардиомиопатией является удачной альтернативой открытым операциям при искусственном кровообращении или алкогольной абляции. Опубликованы серии случаев успешного применения этой методики как у взрослых, так и у детей. Одесские специалисты применили ее у 7 пациентов с гипертрофической кардиомиопатией, в 6 случаях достигнуто клинически значимое снижение градиента давления и улучшение качества жизни больных.

Подготовил Дмитрий Молчанов