

■ Кардиология

«Оцифрованное сердце» СТУЧИТ РИТМИЧНО

На базе ГрГМУ прошла республиканская научно-практическая конференция с международным участием «II Гродненские аритмологические чтения».

С докладами выступили ведущие ученые страны, кардиологи, рентгенэндоваскулярные хирурги, аритмологи, а также специалисты из России и США.



Слева направо: участники конференции Андрей Ардашев (Россия), Игорь Ефимов (США), Виктор Снежицкий (Беларусь).

Интервенционные методы профилактики внезапной сердечной смерти

Андрей Ардашев, генеральный директор Евразийской аритмологической ассоциации, заведующий научным отделом аритмологии Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М. В. Ломоносова, доктор мед. наук, профессор (Россия).

На сегодняшний день в России существует нормативная база, касающаяся показаний коррекции желудочковых нарушений ритма сердца, профилактики внезапной сердечной смерти. Специальный раздел посвящен терапии пациентов с левожелудочковой дисфункцией. В повседневной практике терапевты едва ли занимаются лечением сердечной недостаточности. В нашем арсенале традиционный набор препаратов. Но этого, как видим, не хватает. Уходит из жизни пациент по двум возможным сценариям: либо угасает на фоне

прогрессирующей сердечной недостаточности, либо погибает от внезапной желудочковой аритмии.

В 1984 году определена группа высокого риска внезапной сердечной смерти (ВСС). Был обозначен критерий: желудочковая аритмия. В 2012-м подготовлены рекомендации для профилактики ВСС. Ноу-хау — выделение первостепенных и второстепенных факторов риска для каждой патологии. Были названы основные факторы риска, среди которых перенесенный инфаркт как повод задуматься о ВСС.

Что делать с пациентами, которые перенесли инфаркт и у которых фракция выброса выше 36? Есть инновационные подходы: виртуальное моделирование с целью оценки риска фатального аритмического события. Посегментарный анализ позволит определить с точностью до миллиметра фиброз желудочка. Путем виртуального моделирования можно предсказать реальное аритмическое событие.

Из интервенционных методов ключевое значение имеет имплантация кардиовертера-дефибриллятора.

Нефармакологический подход лучше любого фармакологического. Наиболее эффективна первичная профилактика ВСС: можно помочь 70–80 % пациентов, чья жизнь под угрозой.

В 2009 году опубликованы результаты пятилетнего клинического мониторинга двух групп пациентов, страдающих сердечной недостаточностью. Одна группа лечилась с помощью радиочастотной абляции, другая — консервативным методом. За 5 лет исходы по инфарктам и инсультам в 5–6 раз лучше были в той группе, где проводились РЧС.

В рамках второго секционного заседания с докладом по проблеме аритмий у пациентов с острым коронарным синдромом выступила заведующая кафедрой кардиологии и внутренних болезней БГМУ доктор мед. наук, профессор **Наталья Митьковская**.

Тактике антикоагулянтной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий посвятил свое выступление заведующий кафедрой кардиологии и ревматологии БелМАПО доктор мед. наук, профессор **Андрей Пристром**.

О том, как предупредить неблагоприятные исходы у пациентов с фибрилляцией предсердий, рассказал ведущий научный сотрудник лаборатории нарушения сердечного ритма РНПЦ «Кардиология», председатель Белорусской ассоциации ритма сердца, кандидат мед. наук **Александр Часнойть**.

Нарушения ритма при каналопатиях

Виктор Снежицкий,
ректор ГрГМУ,
член-корреспондент
НАН Беларуси,
доктор мед. наук,
профессор.

В практической кардиологии существует группа клинико-электрокардиографических синдромов, которая ассоциируется с высоким риском синкопальных состояний аритмологической природы, влекущих внезапную смерть. В основе каналопатий — аномалии ионных каналов кардиомиоцитов. Для каждого синдрома обнаружена мутация в одном из генов, которая приводит к поражению белков ионных каналов, ионных насосов.

Внезапная сердечная смерть при первичных генетически детерминированных нарушениях ритма сердца в 5 % случаев наступает у лиц без структурного поражения сердца вследствие первичной фибрилляции желудочков. При синдроме удлиненного интервала (LQTS) у лиц мужского пола моложе 15 лет риск ВСС выше, чем у лиц женского пола. Существуют клинические

особенности LQTS, проявляющиеся у некоторых пациентов чрезмерной брадикардией. Врожденная глухота может свидетельствовать о синдроме Джервелла — Ланге — Нильсена. Среди клинических особенностей следует упомянуть аномалии скелетной мускулатуры, невысокий рост, сколиоз, врожденной порок сердца, когнитивные и поведенческие нарушения, заболевания опорно-двигательного аппарата, иммунную дисфункцию, характерную для больных с синдромом Тимоти.

Лечение пациентов с LQTS предусматривает изменение образа жизни, устранение физических нагрузок, назначение необходимых препаратов. При брадикардии — имплантация постоянного кардиостимулятора, при остановке сердца, синкопе, фибрилляции желудочков, пароксизмах желудочковой

тахикардии — имплантация кардиовертера-дефибриллятора.

Среди критериев синдрома укороченного интервала (SQTS) — генетически подтвержденная патологическая мутация генов, наличие в семейном анамнезе эпизодов ВСС у лиц моложе 40 лет, эпизод желудочковой тахикардии/фибрилляции желудочков (ЖТ/ФЖ) при отсутствии заболеваний сердца. Для асимптомных пациентов четкие рекомендации не разработаны. Для вторичной профилактики ВСС предлагается имплантация кардиовертера-дефибриллятора, медикаментозная терапия (хинидин, соталол).

У пациентов с синдромом J-волны повышенный риск ЖТ/ФЖ и ВСС — преимущественно у представителей мужского пола, манифестация чаще в возрасте 36–40 лет. Эпизоды ЖТ/ФЖ и ВСС обычно происходят на фоне брадикардии ночью.

Характерна динамичность изменений ЭКГ.

Существуют особенности диагностики при синдроме Бругада: ЭКГ покоя может быть в норме; проявления синдрома Бругада демаскируют гипертермия, нарушения электролитного баланса, антиаритмические препараты 1-го класса. Особенности аритмий при этом синдроме следующие: эпизоды ЖТ/ФЖ чаще возникают у мужчин 30–40 лет, в большинстве случаев (93,3 %) в вечернее и ночное время, в 2 раза чаще, чем в общей популяции, встречаются фибрилляция предсердий и суправентрикулярные тахикардии.

Пациентам, пережившим остановку сердца, показана имплантация кардиовертера-дефибриллятора. Для вторичной профилактики ВСС в дополнение к имплантации рекомендуется хинидин.

Кардиостимуляторы: новое поколение

Игорь Ефимов,
декан факультета
биомедицинской инженерии
университета Джорджа
Вашингтона,
профессор (США).

В настоящее время в мире более 33 млн пациентов, страдающих мерцательной аритмией (МА). Предполагается, что к 2050 году их количество удвоится. К сожалению, способов лечения МА очень мало. Единственная эффективная терапия — абляция.

Одна из проблем: отсутствие имплантируемого прибора для лечения МА. Такие приборы были разработаны в начале 2000-х, в т. ч. компанией Electronic. Они были эффективны и безопасны, но превышали порог боли.

Мы разработали последовательность импульсов, назвав метод лечения мультистадийной терапией. Эмпирически показали, что энергию импульсов можно снизить и в 10, и даже в 100 раз для успешной кардиоверсии МА. Провели исследования на животных. Затем клинические испытания проходили в Англии, Франции, Чехии. Применяя 1,2 Дж, восстанавливали нормальный ритм. Доказали, что даже при 0,8 Дж наша терапия способна укротить мерцательную аритмию.

Создали прибор второго поколения с гибким корпусом и защитой от биологических жидкостей, который можно имплантировать на 70–80 лет. По сути, это платформа по разработке многочисленных приборов для диагностики и лечения МА.

Придумали третье поколение устройств: они не только гибкие, но и оснащены «умными» сенсорами. Появилась возможность нанести множество сенсоров на всю поверхность сердца. Это даст высокое разрешение при диагностике и позволит стимулировать работу органа в любых точках. **МЫ МОЖЕМ ДАЖЕ СДЕЛАТЬ ПРИБОР, КОТОРЫЙ ЧЕРЕЗ МЕСЯЦ РАСТВОРИТСЯ И ОТ НЕГО НЕ ОСТАНЕТСЯ СЛЕДА**, например, если нужно поставить временный кардиостимулятор ребенку, у которого вылечили порок сердца и поддержка понадобится только на 2–3 недели. Сейчас такие устройства уже тестируются.

Светлана Хорсун,
«МВ».
Фото Виталия Северного,
Гродно.



Афлумед

**ПРИ ПЕРВЫХ СИМПТОМАХ
ПРОСТУДЫ И ГРИППА**



Для кратковременного симптоматического лечения ОРВИ и гриппа, сопровождающихся высокой температурой, ознобом, ломотой в теле, головной и мышечной болью, насморком, заложенностью носа, чиханием

**ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ
С ИНСТРУКЦИЕЙ, ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ.**

Имеются противопоказания, возможны побочные эффекты. Противопоказан в период беременности и лактации, а также детям до 12 лет. Курс лечения не более 7 дней. Производитель: иностранное производственное унитарное предприятие «Мед-интерпласт».

Реклама.



MED-INTERPLAST

УНП 690653130