

риск с чувствительностью более 80% и специфичностью более 90%, что открыло возможность персонализации имплантации ICD, CRT-D для первичной профилактики ВСС.

Разработанная информационная технология (цифровой ЭКГ-контроллер + программа “Интекард 7.3” + модель риск-стратификации) открывает возможность

стратегии адресной помощи пациентам с наибольшим риском ЖТ/ФЖ/ВСС. В отличие от популяционных моделей разработанный метод риск-стратификации основан на данных ЭНМ, функционально сопряженных с ВСС. Метод обладает оптимальным отношением “информативность/цена”.

## V. Имплантируемые антиаритмические устройства

### 015 ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА У БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ АВТОМАТИЧЕСКИМИ КАРДИОВЕРТЕР-ДЕФИБРИЛЛЯТОРАМИ

Ксанав И. И., Певзнер А. В., Литвин А. Ю., Елфимова Е. М., Соколов С. Ф., Голицын С. П.

НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова  
ФГБУ НИИЦ кардиологии МЗ РФ, Москва, Россия  
apevzner@rambler.ru

**Цель.** Определить частоту встречаемости нарушений дыхания во время сна у больных с имплантированными автоматическими кардиовертер-дефибрилляторами (АКВД), установленными в целях первичной или вторичной профилактики внезапной сердечной смерти.

**Материал и методы.** В исследование включены 19 больных с индексом массы тела более 25 кг/м<sup>2</sup>, средний возраст 67±7 лет, из них 17 (90%) мужчины. 13 (69%) пациентам имплантированы двухкамерные АКВД, 5 (26%) больным — трехкамерные АКВД, 1 (5%) — однокамерный АКВД. У большинства больных — 17 (90%) имелась ИБС, постинфарктный кардиосклероз, у 2 (10%) — дилатационная кардиомиопатия. В 8 случаях — (42%) отмечены снижение ФВ ЛЖ < 35% и признаки недостаточности кровообращения.

**Результаты.** По данным кардиореспираторного мониторинга у всех 19 (100%) больных выявлены дыхательные нарушения во время сна: в 7 (37%) случаях — легкой степени, в 9 (47%) случаях — средней степени тяжести, в 3 (16%) случаях — тяжелой степени. У всех 19 больных было диагностировано обструктивное апноэ/гипопноэ сна, при этом у 15 (79%) пациентов обструктивные дыхательные нарушения сочетались с эпизодами центрального апноэ/гипопноэ.

**Заключение.** У всех включенных в исследование больных с имплантированными для первичной и вторичной профилактики внезапной сердечной смерти АКВД выявлены дыхательные нарушения во время сна. В большинстве случаев наблюдались эпизоды апноэ/гипопноэ как обструктивного, так и центрального генеза.

### 016 ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТА С ИМПЛАНТИРОВАННОЙ КАРДИОВЕРСИОННОЙ СИСТЕМОЙ. НА ЧТО ОБРАЩАТЬ ВНИМАНИЕ?

Первова Е. В.

ГБУЗ ГКБ №4 ДЗ, Москва, Россия  
ekaterina.pervova@gmail.com

Имплантация кардиовертера дефибриллятора (ИКД) входит в комплекс лечебных манипуляций, приводящихся пациентам, имеющим в своем анамнезе клиническую смерть и реанимацию желудочковых тахикардий, а также пациентам, имеющим сердечный субстрат в виде приобретенных или врожденных выраженных нарушений сердечной мышцы, проводящей системы сердца, приводящих к дисфункции ее работы, которые могут привести к инициализации жизнеугрожающих желудочковых тахикардий (ЖА): фибрилляции желудочков (ФЖ) и желудочковых тахикардий (ЖТ). Причем у пациентов с сопутствующей сниженной фракцией выброса левого желудочка, при наличии электрической (расширение комплекса QRS и блокада левой ножки п.Гиса(БЛНПГ)) и механической диссинхронии различных участков миокарда

необходимо рассматривать возможность одновременного применения ИКД с имплантированным устройством сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ-Д) в лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН) пациента, т.к. данный субстрат в случае декомпенсации может привести к инициализации ЖА, являясь предиктором ухудшения течения ХСН, повышения как общей, так и внезапной сердечной смертности.

Послеоперационное наблюдение подразумевает в первую очередь комплексный кардиологический контроль и обязательный прием комплексной, оптимально подобранной пациенту, медикаментозной терапии для контроля частотного профиля ритма сердца и поддержания компенсированного состояния организма в целом. При наличии ИКД пациент должен особенно тщательно следить за своевременностью антиаритмической терапии (ААТ). Нарушение приверженности к продолжению медикаментозной антиаритмической терапии может привести к увеличению численности пароксизмов как ЖТ, так и наджелудочковых тахикардий (НЖТ), повышению частот сердечных сокращений (ЧСС) ритма сердца пациента с потерей бивентрикулярности желудочковой стимуляции СРТ, к увеличению числа доставляемых к сердцу от ИКД/СРТ-Д антитахикардических терапий (АТТ) и нанесению кардиоверсионных (КВ) разрядов, что может способствовать преждевременному истощению батареи устройства и ишемическому повреждению миокарда пациента.

Подбор оптимальной медикаментозной терапии и контроль сохранения ее адекватности на протяжении времени и при изменении клинического статуса пациента потенциально может выполняться в любой клинике, поликлинике, медицинском центре. Пациент с ИКД /СРТ-Д устройством на диспансерном этапе наблюдения нуждается в регулярном ЭХО-кардиографическом и Электрокардиографическом контроле. В ситуации декомпенсации клинического состояния пациента с СРТ-Д на фоне адекватного медикаментозного лечения должна быть предложена коррекция соответствующих атриовентрикулярных и межжелудочковых задержек системы СРТ с целью их оптимизации (выполняется специалистами по программированию кардиостимуляционных систем во взаимодействии с врачами УЗИ-диагностики), а так же психосоциальная реабилитация пациентов.

Для контроля пациенту с СРТ верхней ЧСС на фоне фибрилляции предсердий, трепетания предсердий, частой желудочковой экстрасистолии может быть предложено хирургическое лечение данного вида тахикардии путем проведения радиочастотной абляции (РЧА) устьев легочных вен. Пациенту с ИКД/ СРТ-Д, имеющему в анамнезе пароксизмальные тахикардии может быть предложено проведение инвазивного электрофизиологического исследования, и быть рассмотрен вопрос о возможности применения РЧА области АВ соединения, желудочкового аритмогенного фокуса. Следовательно, может потребоваться консультация специалиста отделения/центра хирургического лечения тахикардий. Данные процедуры выполняются в условиях специализированного аритмологического стационара при наличии показаний.

При нанесении имплантированным устройством КВ-разрядов (особенно первых) пациенту рекомендуется прийти на внеплановый контроль системы стимуляции, т.к. далеко не всегда КВ осуществляется устройством на истинные ЖТ/ФЖ. Известно, что через 4-5 лет наблюдения 1/3 пациентов с ИКД испытывают по крайней мере 1 шок, а для 16-18% пациентов КВ является немотивированной (нанесенной