



Асоціація аритмологів України

№ 2 (18) 2016

ISSN 2309-8872

Аритмологія

- **Рекомендації Європейського товариства кардіологів 2015 року щодо лікування пацієнтів зі шлуночковими аритміями та запобігання раптовій серцевій смерті**
Робоча група Європейського товариства кардіологів щодо лікування пацієнтів зі шлуночковими аритміями та запобігання раптовій серцевій смерті
Під загальною редакцією Європейської асоціації педіатричної кардіології та природжених вад серця
- **Матеріали VI Науково-практичної конференції Асоціації аритмологів України, 19–20 травня 2016 р., м. Київ**



ФЖСЛ (59,1±9,5) %, ОФВ1/ФЖСЛ 59,2±5,7. Частота дихання 20,5±4,1/хв. Шлуночкову екстрасистолію виявлено у 24,5 % хворих (13), надшлуночкову екстрасистолію – у 22,6 % (12), шлуночкову тахікардію – у 16,9 % (9), передсердну екстрасистолію – у 10,7 % (6), епізоди фібриляції передсердь – у 28,3 % (15) та епізоди безболівової ішемії міокарда – у 11,3 % (6).

Висновки. 1. Серед типів добового профілю АТ у пацієнтів з коморбідною патологією переважають “non-dippers” та “night-peakers”. 2. Переважає симпатичний тонус над парасимпатичним, що сприяє виникненню шлуночкових аритмій.

Распределения значений угла α электрической оси сердца у пациентов, подвергшихся имплантации постоянного электрокардиостимулятора

Е.С. Вороненко¹, М.С. Брынза¹, Д.Е. Волков²,
Н.И. Яблучанский¹

¹ Харьковський національний університет імені В.Н. Каразіна
² ГУ «Інститут общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева НАМН України», Харків

Цель – провести анализ изменений распределения значений угла α электрической оси сердца (ЭОС) у пациентов, подвергшихся имплантации постоянного электрокардиостимулятора (ЭКС).

Материалы и методы. Обследованы 52 пациента (24 мужчины и 28 женщин) в возрасте 71±8 (р (M±sd)) до и после имплантации ЭКС в режимах: DDD (21 пациент), DDDR (15 пациентов), VVI (12 пациентов), VVIR (5 пациентов). Проводился анализ изменений распределения значений угла α ЭОС в трех плоскостях до и на фоне постоянной электрокардиостимуляции. Значения угла α измерялись по усредненному комплексу за период 5 с из 12 стандартных отведений. Данные обрабатывались в Microsoft Excel с расчетом среднего и его стандартного отклонения. Достоверность различий в данных до и после имплантации ЭКС оценивалась с использованием теста Фридмана ANOVA и коэффициента конкордации Кендала.

Результаты. До имплантации ЭКС распределение значений угла α во всей группе пациентов во фронтальной плоскости было одномодальным с максимумом в классе горизонтального положения ЭОС (от 0 до 30°). На фоне постоянной ЭКС распределение значений угла α становилось бимодальным с максимумами в классах смещения ЭОС влево ($\alpha < 0^\circ$) и вправо ($\alpha > 90^\circ$). Распределение значений угла α в сагиттальной и горизонтальной плоскостях было близким к бимодальному как до, так и после имплантации ЭКС с максимумами ЭОС в нормальном (от 30 до 70°) и горизонтальном (от 0 до 30°) положениях до и их смещениями влево ($\alpha < 0^\circ$) и вправо ($\alpha > 90^\circ$) после имплантации ЭКС.

Выводы. Касаясь найденных нами двух вариантов смещения угла α и, следовательно, ЭОС у пациентов на фоне

имплантации ЭКС, вправо и влево соответственно, можно предположить, что данные изменения обусловлены вариантами позиционирования правожелудочкового электрода при имплантации ЭКС, что, однако, требует проведения специального исследования.

Фібриляція передсердь та інфаркт міокарда: клінічна характеристика хворих та особливості післяінфарктного ремоделювання серця на тлі коморбідних станів

М.В. Гребеник, Л.І. Зелененька, С.М. Маслій*,
О.І. Левчик, В.Р. Микуня

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»
Рівненська обласна клінічна лікарня*

Мета – встановити особливості морфо-функціонального стану серця у хворих з гострим інфарктом міокарда (ГІМ) та фібриляцією передсердь (ФП) на тлі супутньої артеріальної гіпертензії (АГ) і цукрового діабету (ЦД).

Матеріали і методи. У проспективне обсерваційне дослідження залучено 1037 хворих на ГІМ різної локалізації в умовах коморбідності. Усім хворим проведено загальноклінічні обстеження, ехокардіографію згідно зі стандартами ASE.

У 16,9 % осіб в гострий період ІМ виявлено ФП неклапанного походження, з них у 10 % хворих – пароксизмальну форму ФП (ПФП), у 6,9 % – постійну ФП (ФП). Всіх пацієнтів поділено на три групи залежно від наявності та форми ФП. 1-шу групу склали особи з ГІМ з синусовим ритмом (умовно контрольна група) (n=887 осіб), 2-гу гр. – з ГІМ та ПФП (n=89), 3-тю гр. – з ГІМ та ФП (n=61).

Результати. Хворі 1-ї гр. були порівняно молодшого віку (64,29±0,39) р. (p<0,001), без гендерних відмінностей з іншими групами з перевагою чоловічої статі, що склала в середньому по групах 70 % осіб. Частка хворих похилого та старечого віку у 2-й та 3-й групі склала, відповідно, 83,1 та 93,4 % осіб. Результати ехокардіографічного обстеження наведено в таблиці.

Показник	ГІМ	ГІМ+ПФП	ГІМ+ФП
Ас, см	3,40±0,02	3,51±0,05*	3,56±0,06**
ЛП, см	3,99±0,02	4,35±0,07***	4,88±0,07***
КДР, см	5,22±0,02	5,44±0,09**	5,65±0,09***
МШП, см	1,29±0,03	1,27±0,02	1,30±0,03
ФВ, %	48,59±0,84	44,72±0,88**	42,89±0,86***
ПШ, см	2,44±0,01	2,52±0,04*	2,71±0,05***

* – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001 порівняно з групою ГІМ.

Тривалість анамнезу АГ як коморбідного стану у 2 гр. склала (15,69±1,20) проти (13,39±0,35) у 1 гр. (p<0,05) та (14,92±1,34) р. у 3 гр. Стаж ЦД теж асоціював з розвитком ПФП, яка при цьому виникала в 1,6 разу частіше (p<0,05). Встановлено кореляції між різними формами ФП у хворих