



Асоціація аритмологів України



Аритмологія

Arrhythmology

№ 2 (22) 2017

ISSN 2309-8872

Науково-практичний журнал
Видається з 2012 року

– половина всіх пацієнтів (50,5 %) проти 14,5 % з групи СР ($p<0,001$) та ГХ (87,9 % проти 77,1 %; $p<0,05$). На час проведення ЕКВ кількість хворих з серцевою недостатністю (СН) III функціонального класу серед 2-ї групи сягало 44,8 %, що більше, ніж у 1-ї групи (31,3 %) ($p<0,01$).

При аналізі впливу поєднання фонових захворювань на перебіг аритмії виявлено, що в обох досліджених групах аритмія найчастіше виникала на тлі лише двох основних фонових захворювань – ГХ та ожиріння (20,5 % та 19,0 %). У групі з рецидивом аритмії достовірно частіше діагностовано декілька патологічних станів у одного пацієнта. 5 хронічних захворювань (ГХ, ІХС, ожиріння, серцева недостатність (СН), хронічна хвороба нирок (ХХН)) виявлено у 17,2 % осіб проти 2,4 % з 1-ї групи ($p<0,01$). У пацієнтів 2-ї групи частіше виявлялась комбінація ІХС, ГХ та ожиріння (15,5 % проти 2,4 %; $p<0,05$). У свою чергу, пацієнти 2-ї групи частіше мали поєднання ГХ, ожиріння на ХХН (18,1 % проти 3,4 %; $p<0,05$). Серед пацієнтів, які утримували СР весь час спостереження, 20,5 % осіб не мали ні ІХС, ні ГХ, у хворих с рецидивом цей показник сягав лише 10,3 % ($p<0,05$). 10 % хворих з 1-ї групи не мали жодної з аналізованих хвороб, а ось у 2-ї групі таких пацієнтів взагалі не було.

Висновки. Паління та обтяжений сімейний анамнез за серцево-судинними захворюваннями, поєднання ІХС з ГХ, ожирінням та ХХН мають тісну кореляцію з ризиком розвитку рецидиву аритмії протягом 6 місяців після електричної кардіоверсії. Відсутність ІХС та ГХ виявилось прогностично сприятливим фактором утримання СР.

Аритмогенні синкопе: основні положення настанов Американського коледжу кардіології 2017 року

В.А. Потабашній

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
Кривий Ріг

У практиці лікаря-кардіолога досить часто зустрічаються синкопе, асоційовані з порушеннями ритму і провідності. Враховуючи різні механізми аритмогенних синкопе (АС), тактика ведення пацієнтів цієї категорії потребує диференційованого підходу. На міжнародному і національному рівні рекомендації щодо ведення пацієнтів з АС регулярно уточнюються і поновлюються.

Мета – аналіз оновлених керівництв відносно ведення пацієнтів з аритмогенними синкопе. Проведено аналіз рекомендацій щодо ведення пацієнтів з аритмогенними синкопе, представлених в оновленому керівництві Американського коледжу кардіології з синкопальних станів в 2017 році. Оновлення керівництва з синкопальних станів

Європейським кардіологічним товариством заплановане на 2018 рік.

Результати. Ведення пацієнтів із синкопе, асоційованого з брадикардією, тахікардією або наявністю структурного ураження серця повинно відповідати сучасним керівництвам з діагностики і лікування зазначених станів (Клас I). Імплантація кардіовертерів-дефібриляторів пацієнтам із синдромом Бругада або рефлексорно-обумовлених синкопе при відсутності інших факторів ризику не рекомендується (Клас III: відсутня користь). Бета-блокатори за відсутності протипоказань є першою лінією лікування пацієнтів з синдромом подовженого інтервалу QT (LQTS) і підозрою на аритмічне синкопе (Клас I). Імплантація кардіовертера-дефібрилятора має сенс пацієнтів з LQTS і підозрою на аритмічне синкопе, які отримують бета-блокатори або не переносять останні (Клас IIa). Обмеження фізичних навантажень рекомендується пацієнтам з катехоламінергічною поліморфною шлуночковою тахікардією (CPVT), яка супроводжується синкопе вірогідно аритмічної етіології (Клас I). Пацієнтам з CPVT і стрес-індукованим синкопе рекомендуються бета-блокатори без внутрішньосимпатоміметичної активності (Клас I). Електрофізіологічне дослідження є прийнятним у відібраних пацієнтів з синкопом, можливо пов'язаним з аритміями (Клас IIa). Оцінка стану серцево-судинної системи досвідченими спеціалістами у лікуванні спортсменів із випадками синкопе рекомендується перед висновком про допущення до спортивних змагань (Клас I). Участь у спортивних змаганнях не рекомендується спортсменам із синкопе в анамнезі і фенотип-позитивним щодо гіпертрофічної кардіоміопатії, CPVT, LQTS1-го типу або з аритмогенною правошлуночковою кардіоміопатією до обстеження спеціалістом (Клас III: небезпека).

Висновки. В оновленому керівництві із синкопальних станів Американського коледжу кардіології значне місце займають рекомендації щодо синкопе аритмічної етіології, що відповідає потребам клінічної практики. Імплементация даного керівництва, адаптованого до реальної кардіологічної практики в Україні, буде сприяти удосконаленню та персоналізації медичної допомоги пацієнтам з аритмогенним синкопе.

Класи пульсового артеріального тиску та особливості медикаментозної терапії у пацієнтів через 1 рік після імплантації електрокардіостимуляторів

М.В. Починська, М.І. Яблучанський

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

Мета – вивчити частоту призначення окремих груп медикаментозних препаратів у класах пульсового артеріального

тиску (ПАТ) у пацієнтів через рік після імплантації електрокардіостимуляторів (ЕКС).

Матеріали та методи. Обстежено 220 пацієнтів (110 жінок та 110 чоловіків) віком (70 ± 9) років. ЕКС в режимах DDD(R) – у 132 пацієнтів, VVI(R) – у 69, CRT(P/D) – у 19 були імплантовані з приводу атріовентрикулярної блокади – у 125 пацієнтів, блокади ніжок пучка Гіса – у 55, синдрому слабкості синусового вузла – у 51, постійної форми фібриляції передсердь – у 70, дилатаційної кардіоміопатії – у 16. Пацієнти були віднесені до 5 класів ПАТ: I – дуже низький, ПАТ – менше 20 мм рт. ст., II – низький – 20–40 мм рт. ст., III – норма – 40–60 мм рт. ст., IV – високий – 60–80 мм рт. ст., V – дуже високий ПАТ – більше 80 мм рт. ст.

До, в ранній період (3–5 днів), через 6 та 12 місяців після імплантації в класах ПАТ визначалась частота призначення медикаментозних препаратів: антикоагулянти, антиагреганти, антиаритмічні препарати (аміодарон і блокатори β -адренорецепторів), діуретики, антагоністи кальцію, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ), блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА II), статини. Статистична обробка проводилась за допомогою Microsoft Excel (параметричні критерії: абсолютні (n, кількість)).

Результати. До імплантації частота призначення антикоагулянтів, антиагрегантів, діуретиків, блокаторів β -адренорецепторів, іАПФ, БРА II і статинів була меншою у II і більшою в III, IV і V класах ПАТ, антагоністів Са – меншою в III і більшою в V класах ПАТ, антиаритмічних препаратів (аміодарону) – однакова у всіх класах ПАТ.

На річному етапі спостереження в III класі ПАТ збільшувалась частота призначення антикоагулянтів на 1 %, діуретиків – на 5 %, блокаторів β -адренорецепторів – на 16 %, антагоністів кальцію – на 3 %, іАПФ – на 5 %, статинів – на 14 %; в IV класі – антикоагулянтів на 2 %, антиаритмічних препаратів – на 15 %, діуретиків – на 5 %, блокаторів β -адренорецепторів – на 23 %, антагоністів Са – на 4 %, іАПФ – на 6 %, БРА II – на 13 %, статинів – на 19 %; в V класі – антикоагулянтів – на 6 %, антиаритмічних препаратів – на 21 %, діуретиків – на 9 %, блокаторів β -адренорецепторів – на 20 %, антагоністів кальцію – на 11 %, іАПФ – на 6 %, БРА II – на 15 % та статинів – на 23 %.

Висновки. Імплантація ЕКС не знижує потребу пацієнтів в медикаментозній терапії, більш того, частота призначення антиаритмічних препаратів, діуретиків, блокаторів β -адренорецепторів, антагоністів кальцію, інгібіторів АПФ, БРА II і статинів підвищується у всіх класах ПАТ, причому тим більше, чим більше вихідний клас ПАТ. Пацієнти з імплантованими ЕКС вимагають ретельного підбору медикаментозних препаратів з урахуванням класу ПАТ.

Оценка эффективности транскатетерной модификации субстрата аритмии при лечении пациентов с фибрилляцией предсердий (15-летний опыт)

С.А. Правосудович, Л.Л. Бельмас, О.Б. Бондаренко,
Д.А. Мисюра, Л.Д. Сущенко

КУ «Днепропетровский областной клинический центр кардиологии и кардиохирургии» ДООС»

Цель – анализ опыта применения радиочастотной катетерной абляции субстрата аритмии (РЧКА СА) у пациентов с медикаментозно резистентной фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы. С 1999 по 2014 год произведено 912 РЧКА СА у 592 пациентов (возраст $(57,3 \pm 32)$ года, женщин 242) с ФП. 496 (54 %) процедур проведено в условиях системы нефлюороскопического картирования сердца. Наносились локальные в области устьев легочных вен, а также линейные точечные аппликации в предсердиях (30–60 секунд, 30–50 Вт, 15–20 мл/мин при применении орошаемых деструкционных электродов). Критериями окончания процедуры служили: непровоцируемость ФП, отсутствие фрагментации, снижение локальной активности предсердных потенциалов, отсутствие дисперсии проведения, изменение локальной рефрактерности, отсутствие спонтанной эктопической активности. При невосстановлении синусового ритма (СР) во время аппликаций производилась электрическая кардиоверсия (68–7,5 %) с последующей РЧКА СА. Анализ характеристик и эффективности процедур РЧКА СА проведен в зависимости от формы ФП: пароксизмальная (ПарФП) – группа I, персистирующая (ПФП) – группа II, длительно персистирующая (ДПФП) – группа III. Полной эффективностью (ПЭ) лечения считали отсутствие симптоматики и зарегистрированных эпизодов аритмии при отсутствии приема антиаритмических препаратов (ААП) I и III классов. Клинической эффективностью (КЭ) считали урежение и уменьшение симптоматики приступов на 75 % и более без приема и/или на фоне приема ААП I и III классов (постоянного или в режиме «по требованию»). Сроки наблюдения $(8,6 \pm 6,3)$ лет (от 2,3 до 15 лет, менее 3 лет – 74 – 12,5 %).

Результаты. Группы анализа и характеристика процедур РЧКА СА при ФП представлены в таблице.

Характеристика процедуры/группы	I	II	III
Количество пациентов (%)	21 (3,5)	402 (68,0)	169 (28,5)
Количество РЧКА СА (процедур на 1 пациента)	22 (1,05)	579 (1,44)	311 (1,84)
Продолжительность (средняя, часы)	$2,5 \pm 0,7$	$4,5 \pm 2,03$	$6,5 \pm 3,05$
Рентген время (среднее, минуты)	$25,1 \pm 10,03$	$45,1 \pm 28,3$	$53,1 \pm 27,2$
Количество аппликаций (среднее)	35 ± 12	73 ± 44	100 ± 46