



Асоціація аритмологів України



Аритмологія

Arrhythmology

№ 2 (14) 2015

ISSN 2309-8872

Науково-практичний журнал

Видається з 2012 року

Зміст

Практичні рекомендації • Practice guidelines

- 6 Рекомендації з діагностики і лікування екстрасистолії та парасистолії
**Асоціації аритмологів України та робочої групи
 з порушень ритму серця Асоціації кардіологів України**
 Guidelines for the diagnosis and treatment of asystolic and parasystolic arrhythmias
**Association of Arrhythmologists of Ukraine and Working Group
 of arrhythmias of Association of Cardiologists of Ukraine**

Оригінальні дослідження • Original articles

- 21 Предоставление специализированной аритмологической помощи в Украине
 в 2014 году
О.С. Сычёв, А.А. Бородай
 Provide special assistance arrhythmology in Ukraine in 2014
O.S. Sychov, A.O. Borodai
- 32 Возможности фармакологической кардиоверсии у пациентов с пароксизмом
 фибрилляции предсердий
О.С. Сычёв, Е.Н. Романова, О.В. Срибная
 Capabilities of pharmacological cardioversion in patients with paroxysmal
 atrial fibrillation
O.S. Sychov, O.M. Romanova, O.V. Sribna

Матеріали V Науково-практичної конференції Асоціації аритмологів України, 19–20 травня 2015 року, м. Київ

- 41** Імплантовані кардіовертери-дефібрилятори в лікуванні небезпечних для життя аритмій
О.З. Парацій, Р.Г. Малярчук, О.В. Поканевич, О.С. Стичинський
Implantable cardioverter-defibrillators in the treatment of life-threatening arrhythmias
O.Z. Paratsyy, R.G. Malyarchuk, A.V. Pokanevych, A.S. Stychynskyy
- 48** *Тези наукових доповідей • Abstracts*

Шановні читачі !

Журнал «Аритмологія» можна замовити у видавництві.
Для цього потрібно попередньо оформити замовлення за такою електронною адресою:
E-mail: 4w@4w.com.ua.

У листі потрібно вказати, який номер журналу ви хочете придбати та кількість примірників. Замовлення на 3-й і 4-й номери – до 15 липня 2015 року.
Вартість одного примірника – 35 грн без вартості пересилання.

ном періодах. Пациенты с СН имеют более высокую вероятность летальных исходов.

Особливості ураження лівого шлуночка у хворих на артеріальну гіпертензію

М.Я. Доценко, В.О. Дєдова, І.О. Шехунова С.С. Босв
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Мета – визначити частоту ураження органів-мішеней на прикладі лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) різних вікових груп залежно від вираженості ознак дисплазії сполучної тканини (ДСТ).

Матеріал і методи. Обстежено 147 хворих на АГ II стадії з підвищенням АТ 2–3-го ступенів, високим і дуже високим додатковим ризиком серцево-судинних ускладнень (101 жінка, 46 чоловіків) з ознаками ДСТ і без таких, середній вік $(48,3 \pm 7,7)$ року. Недиференційовану форму ДСТ діагностували згідно з російськими рекомендаціями «Наследственные нарушения соединительной ткани» 2009 р. у разі виявлення у хворого не менше 6 фенотипічних та / або вісцеральних ознак, після вилучення симптомів ДСТ, які можна класифікувати. Обстежені хворі були розподілені на дві групи: 1-ша – з ознаками ДСТ ($n=74$) та 2-га – без ознак ДСТ ($n=73$). Структури серця, внутрішньосерцеву гемодинаміку досліджували ультразвуковим методом у М-, В- та D- режимах за загальноприйнятою методикою з використанням рекомендацій Європейської та Американської асоціацій кардіологів. Враховуючи індивідуальні конституційні особливості досліджуваних, для більш об'єктивної оцінки наявності ГЛШ та її ступеню використовували індекс маси міокарда ЛШ (ІММЛШ, г/м²). Згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів (2011), за ГЛШ вважали значення ІММЛШ більше 125 г/м² для чоловіків та більше 110 г/м² для жінок.

Результати. З боку показників структурно-функціональної характеристики ЛШ в обох групах хворих спостерігалися характерні для АГ зміни основних показників. Проте, в групі хворих на АГ без ознак ДСТ товщина міжшлуночкової перегородки (ТМШП) та товщина задньої стінки ЛШ (ТЗСЛШ) були достовірно вищими – $(1,20 \pm 0,02)$ і $(1,14 \pm 0,02)$ см ($t=3,0$; $P<0,01$) та $(1,10 \pm 0,01)$ і $(1,05 \pm 0,02)$ см ($t=2,5$; $P<0,02$) відповідно. Подібні зміни спостерігалися при порівнянні показників у групі хворих на АГ без та з ознаками ДСТ: діаметр лівого передсердя – $(3,46 \pm 0,06)$ і $(3,26 \pm 0,04)$ см ($t=2,86$;

$P<0,01$ відповідно), кінцевосистолічний розмір ЛШ – $(2,99 \pm 0,04)$ і $(2,89 \pm 0,04)$ см ($t=2,00$; $P=0,05$) відповідно, ступінь скорочення передньозаднього розміру ЛШ – $(35,29 \pm 0,60)$ і $(37,41 \pm 0,61)$ % ($t=2,49$, $P<0,02$) відповідно, відносна товщина стінок ЛШ $(0,50 \pm 0,01)$ і $(0,48 \pm 0,01)$ ум. од. ($t=2,00$; $P=0,05$) відповідно). Достовірних змін з боку показників, які відображають систолічну та діастолічну функцію ЛШ не виявлено. Частота виявлення ГЛШ, як основного маркера ураження органів-мішеней при АГ, у обстежених хворих з віком збільшувалася, проте у пацієнтів з ознаками ДСТ всіх вікових груп вона залишалася нижчою ніж без ознак ДСТ: у віці 40–49 років 51,6 і 57,1 %, 50–59 років – 58,6 і 64,1 % відповідно.

Висновки. У пацієнтів з ознаками ДСТ частота виявлення ГЛШ менша, ніж у пацієнтів без ознак ДСТ: у віці 40–49 років 51,6 і 57,1 %, 50–59 років – 58,6 і 64,1 % відповідно. Частка пацієнтів з ГЛШ з віком збільшувалася, проте у пацієнтів з ознаками ДСТ всіх вікових груп вона залишалася нижчою ніж у пацієнтів без ознак ДСТ. В обох групах хворих спостерігалися характерні для АГ зміни показників ТМШП, ТЗСЛШ та ІММЛШ, проте в групі хворих на АГ без ознак ДСТ ТМШП, ТЗСЛШ були достовірно вищими ($P<0,01$ та $P<0,02$ відповідно).

Функціональний клас хронічної серцевої недостатності та зміни гемодинамічних показників у пацієнтів у ранній післяопераційний період після імплантації кардіостимуляторів та серцевої ресинхронізаційної терапії

І.М. Коломицева¹, Д.Є. Волков², Д.О. Лопин²,
М. І. Яблучанський¹

¹ Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

² ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України», Харків

Мета – оцінити гемодинамічні показники в функціональних класах хронічної серцевої недостатності (ФК ХСН) до і в ранньому післяопераційному періоді після імплантації електрокардіостимуляторів (ЕКС) у режимах стимуляції DDD/DDDR і VVI/VVIR та після серцевої ресинхронізаційної терапії (СРТ).

Матеріал і методи. Обстежені 162 пацієнти (89 чоловіків і 73 жінок) до і безпосередньо після імплантації електрокардіостимулятора з приводу атріовентрикулярної (АВ) блокади, постійної брадисистолічної форми фібриляції передсердь (ФВ) та синдрому слабкості синусового вузла (СССВ) з режимами стимуляції

DDD/DDDR і VVI/VVIR та після СРТ з такими показаннями, як ХСН II–IV класи по NYHA при ФВ $\leq 35\%$ і тривалістю QRS ≥ 120 мс. Оцінювалися систолічний (САТ) і діастолічний (ДАТ) артеріальний тиск, частота серцевих скорочень (ЧСС), кінцевий систолічний (КСО ЛШ) і діастолічний (КДО ЛШ) об'єми, фракція викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ), товщина задньої стінки і міжшлуночкової перегородки лівого шлуночка (ТЗС і ТМЖП ЛШ), розміри лівого (ЛП) і правого (ПП) передсердь, а також правого шлуночка (ПШ) в ранньому післяопераційному періоді (3–5 днів) залежно від ФК ХСН. Згідно до рекомендацій Асоціації кардіологів України пацієнти були розділені на I, II, III і IV ФК ХСН. Дані обробляли за допомогою непараметричної статистики.

Результати. Імплантація ЕКС в ранньому післяопераційному періоді істотно покращила САТ, КСО ЛШ, КДО ЛШ і ФВ ЛШ. Ці зміни співвідносилися з ФК ХСН, де повна нормалізація САД відбулася у всіх групах ФК ХСН, повна нормалізація КСО ЛШ і КДО ЛШ – в групах I і II ФК ХСН і частково в групах III і IV ФК ХСН. ФВ ЛШ у групах I і II ФК ХСН була в межах норми, повністю нормалізувалася в групі III ФК ХСН і частково – в групі IV ФК ХСН. СРТ у свою чергу призвела до стабілізації САТ, ДАТ, ЧСС, зменшенню КДО ЛШ, КСО ЛШ і збільшенню ФВ ЛШ, що також співвідносилося з ФК ХСН і було більш значимо у високих ФК. ТЗС і ТМЖП ЛШ, ЛП, ПП, ПШ після імплантації ЕКС та СРТ залишилися без змін і на своє відновлення вимагають ефективної медикаментозної підтримки.

Висновки. Імплантація ЕКС у гострий післяопераційний період приводить до нормалізації САТ, і при СРТ нормалізації ДАТ, ЧСС, та деякого зменшення КСО ЛШ, КДО ЛШ і збільшенню ФВ ЛШ, що співвідносяться з ФК ХСН, більш виражених у високих ФК ХСН. Проте ТЗС ЛШ, ТМЖП ЛШ, розміри ЛП, ПП, ПШ незалежно від ФК ХСН не зазнають змін і потребують ефективної медикаментозної підтримки, що обов'язково потрібно здійснюватися залежно від тяжкості ФК ХСН.

Терапія омега-3-поліненасиченими жирними кислотами при порушеннях ритму

О.В. Левчук, О.С. Сичов, Т.В. Гетьман

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска" НАМН України», Київ

Мета – визначити ефективність застосування препарату омега-3-поліненасичених жирних кислот (ПНЖК)

у пацієнтів з надшлуночковими та шлуночковими порушеннями ритму на фоні ішемічної хвороби серця (ІХС) та артеріальної гіпертензії (АГ).

Матеріал і методи. Обстежено 39 пацієнтів (23 жінок та 16 чоловіків віком (59 ± 8) року) з суправентрикулярними та шлуночковими порушеннями ритму. Усі пацієнти приймали стандартну терапію: антиагрегантну терапію; статини; блокатори ренін-ангіотензинової системи; антагоністи кальцію; бета-адреноблокатори. 93 % була призначена антиаритмічна терапія (із них 68 % – пропafenон, 26 % – етакізін, 6 % – аміодарон).

Усім хворим проводилося клінічне спостереження, 24-годинне холтеровське моніторування ЕКГ (прилад DiaCard, Україна) з оцінкою добової варіабельності серцевого ритму, загальний аналіз крові, ліпидограма та коагулограма на етапі включення в дослідження та через 1 міс після призначення омега-3-ПНЖК.

Результати. За даними 24-годинного ХМ ЕКГ середня частота скорочень серця (ЧСС) за добу на фоні прийому омега-3-ПНЖК зменшилася на 23 %.

Порушення ритму	Вихідні дані	ААТ	ААТ+омега-3-ПНЖК
Одиночна ШЕ	3867 $\pm$ 943	1124 $\pm$ 647	736 $\pm$ 292
Парна ШЕ	837 $\pm$ 394	246 $\pm$ 101	103 $\pm$ 86
Одиночна СВЕ	6128 $\pm$ 3147	2345 $\pm$ 1102	1321 $\pm$ 543*
Парна СВЕ	2346 $\pm$ 987	803 $\pm$ 546	617 $\pm$ 421
Групова СВЕ	2346 $\pm$ 987	956 $\pm$ 243	295 $\pm$ 98*

* $P < 0,05$ при порівнянні ААТ та ААТ + омега-3-ПНЖК.

Додавання омега-3-ПНЖК до антиаритмічної терапії сприяє достовірному додатковому зниженню числа: одиночних суправентрикулярних екстрасистол на 56 % ($P < 0,05$); групових суправентрикулярних екстрасистол на 31 % ($P < 0,05$). Відзначається тенденція до зниження числа: парних суправентрикулярних екстрасистол на 23 %; одиночних шлуночкових екстрасистол на 25 %; парних шлуночкових екстрасистол на 42 %. При додатковому призначенні омега-3-ПНЖК у пацієнтів спостерігалася покращення показників варіабельності серцевого ритму (BCP): достовірне покращення часового показника трикутного індексу (TI), тенденція до покращення часових показників SDNN та SDANN і спектрального низькочастотного показника LF.

Показники ВРС	ААТ	ААТ+ омега-3-ПНЖК
SDNN	75,7 $\pm$ 11,9	84,4 $\pm$ 12,9
SDANN	136,7 $\pm$ 11,9	128,8 $\pm$ 12,3
pNN50	16,3 $\pm$ 4,7	15,9 $\pm$ 4,2
TI	6,9 $\pm$ 2,0	12,2 $\pm$ 2,1*
LF	4739 $\pm$ 1361	4000 $\pm$ 1737
HF	5477 $\pm$ 1884	5454 $\pm$ 1040

* $P < 0,05$ при порівнянні ААТ та ААТ + омега-3-ПНЖК.