



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**



Висновки. Оригінальний алгоритм застосування ривароксабану дозволяє не тільки істотно оптимізувати протокол проведення планової кардіоверсії, але і матеріальні витрати на лікування. При виявленні аритмії ривароксабан призначають як можна раніше. Проводиться ЧС-ЕхоКГ і за відсутності ознак тромбоутворення (тромб або ФСК 3-4 «+») кардіоверсія виконується відразу або протягом перших декількох діб. Після відновлення синусового ритму хворі продовжують отримувати АКТ протягом 1 тижня, у зв'язку з можливим раннім рецидивуванням ТП або виявленням супутньої ФП. При виявленні ФСК 3-4 «+» АКТ призначається відповідно до існуючих Рекомендацій.

Ефективність радіочастотної абляції залежно від локалізації субстрату аритмії та медикаментозного лікування

Т.В. Золотарьова¹, Д.Е. Волков², Д.О. Лопін², М.І. Яблучанський¹

¹ Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків

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

Комбінація радіочастотної абляції (РЧА) з медикаментозним лікуванням таких аритмій серця, як фібриляція та тріпотіння передсердь (ФП, ТП) набуває дедалю більше поширеності.

Мета – проаналізувати ефективність РЧА залежно від локалізації субстрату аритмії у ранній (3–5 днів) період після інтвенційного втручання у пацієнтів з ФП та ТП у комбінації з медикаментозною терапією.

Матеріали і методи. Обстежені 66 пацієнтів, віком (55±15) років з різними формами ФП та ТП (пароксизмальна, персистуюча, постійна), які піддалися різним методикам РЧА: катетризму істмусу (КТИ); легеневи вен (ЛВ); комбінована стратегія – КТИ + ЛВ; комбінація КТИ/ЛВ з ізоляцією мітрального перешийку, покривлі лівого передсердя. У ранній післяопераційний період оцінювали епізоди виникнення різних форм аритмій: поновлення аритмії, частота виникнення нових типів аритмій.

Усім пацієнтам проводилася медикаментозна терапія у періопераційний період. Пацієнти приймали різні комбінації таких груп препаратів: бета-блокатори (бетаксалол, біспролол, небіволл, карведилол, метопролол), діуретики (спіронолактон, гідрохлоротіазид, торасемід), інгібітори АПФ (раміприл, периндоприл, зовеноприл, лізиноприл), сартани (валсартан), антагоністи кальцію (ніфедипін, амлодипін, верапаміл), антиаритмічні препарати інших груп (аміодарон, соталол, пропафенон), статини (аторвастатин, розувастатин), антитромбоцитарні (ацетилсаліцилова кислота, клопидогрель) та антикоагулянтні (ривароксабан, дабігатран, варфарин) засоби.

Оцінювалися показники ефективності проведеної терапії: збереження синусового ритму; відсутність рецидиву аритмії, виникнення нових аритмій; частота виникнення аритмій залежно від локалізації субстрату аритмії та схеми медика-

ментозного лікування. Дані оброблялися непараметричною статистикою.

Результати. Частота рецидивів аритмії у ранньому періоді інтвенційного втручання склала 14 % від загальної кількості пацієнтів. Найбільша частота виникнення спостерігалася у пацієнтів, яким проводилася РЧА ЛВ (6,2 %), найменша частота – у групі пацієнтів з комбінованою стратегією (КТИ + ЛВ) – 1,5 %. Найбільша частота рецидивів аритмії спостерігалася в групі пацієнтів на комбінованій терапії бета-блокатора з пропафеноном.

Висновки. У нашому дослідженні відзначена висока ефективність РЧА при комбінованій стратегії абляції (КТИ + ЛВ) у комбінації з медикаментозним лікуванням. Однак, вимагає дедалю більше вивчення у динаміці через 6 та 12 місяців.

Можливості оцінки параметрів екстрасистолічного комплексу за допомогою власного програмного забезпечення

П.Р. Іванчук, В.К. Ташук, О.Ю. Поліщук

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Із чисельних методів функціонального дослідження стану серцево-судинної системи електрокардіографія (ЕКГ) не тільки не втратила свого значення, але й знаходить все ширше впровадження. Незважаючи на тривалий досвід аналізу ЕКГ, методика вимірювання її параметрів визнана недостатньо уніфікованою і електрофізіологічно обґрунтованою при визначенні точки підрахунку амплітуд зубців, зміщення сегмента ST тощо. У підвалинах цих фактів лежать різноманітні причини: при звичайній ЕКГ, за винятком деяких випадків складних порушень ритму та провідності, вимірювання більшості параметрів не проводиться; апаратура, що використовується внаслідок високого рівня перешкод і малого ступеня підсилення та диференціації не дозволяє здійснити достеменний розрахунок тривалостей і амплітуд; місцезнаходження деяких точок встановлюється у відповідності з тим, як автори розуміють їх зв'язок з електрофізіологічними процесами (визначення точки J, вибір ізоелектричної лінії, початок зубця Т та хвилі U тощо).

Мета – розробка медичного програмного забезпечення для кількісної оцінки електрокардіограми з дослідженням змін сегмента ST і покращенням інформативності діагностики та прогнозування перебігу кардіальної патології з її клінічним впровадженням.

Матеріали і методи. Для виконання поставленої мети було обстежено 68 пацієнтів, що надійшли в обласний кардіологічний диспансер м. Чернівці. Відносно встановленого діагнозу вони були розподілені на групи: стабільна стенокардія напруження (СтСт, n=36) з наявністю шлуночкової екстрасистолії (ШЕ), групу зіставлення склали хворі на гострий Q-інфаркт міокарда (ГІМ, n=32) з наявністю ШЕ. Всім хворим проведено аналіз ЕКГ спокою з оцінкою змін сегмента ST екстра-