



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**



вань дорослого населення старше 40 років. Коморбідність ХОЗЛ та ішемічної хвороби серця (ІХС), артеріальної гіпертензії (АГ) пов'язана зі спільними патогенетичними чинниками: гіпоксемія, системне запалення, оксидативний стрес, порушення метаболізму, ендотеліальна дисфункція, зростання активності прокоагулянтних факторів, імунні порушення тощо. Поєднання ІХС та ХОЗЛ, за даними різних досліджень, у осіб старших вікових груп досягає 62 %, а 15-річна виживаність таких пацієнтів становить не більше 25 %. ХОЗЛ у поєднанні з ІХС та АГ характеризується високою частотою атипового перебігу стенокардії та безболівової ішемії міокарду, яка асоціюється з підвищенням кардіоваскулярного ризику, зокрема розвитком життєзагрозливих аритмій.

Мета – дослідити розповсюдженість та структуру порушень серцевого ритму у пацієнтів ІХС, АГ в поєднанні з ХОЗЛ.

Матеріали і методи. Обстежені 40 пацієнтів (31 чоловік та 9 жінок) віком ($59,4 \pm 10,1$) року, яких поділено на клінічні групи ХОЗЛ згідно з наказом МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р. Діагностику ІХС та АГ проводили згідно з наказами МОЗ України №152 від 02.03.2016р. та №384 від 24.05.2012 р. відповідно. Контрольна група включала 25 осіб (18 чоловіків і 7 жінок) віком ($58,1 \pm 4,83$) року з ІХС та АГ, але без патології органів дихання в анамнезі та за результатами обстеження. Методи дослідження включали клінічне обстеження, ЕКГ, добовий моніторинг ЕКГ, одно- і двомірну ЕхоКГ, кольорову, імпульснохвильову і безперервнохвильову доплероЕхоКГ, спірометрію, пульсоксиметрію, лабораторні і біохімічні показники активності запального процесу, ліпідного, вуглеводного обміну, електролітів і математико-статистичні методи.

Результати. У обстежених пацієнтів, що мали поєднання ІХС, АГ та ХОЗЛ, надшлуночкові порушення серцевого ритму на ЕКГ спокою виявлялись у 32,7 % хворих, а за даними добового моніторингу – у 47,5 %. У контрольній групі – 28,1 та 41,2 % відповідно. Шлуночкова екстрасистолія зареєстрована на ЕКГ спокою у 35,2 % випадків, а за даними добового моніторингу – у 62,3 % хворих. У контрольній групі шлуночкова екстрасистолія у стані спокою мала місце в 25,2 %, а при добовому моніторингу – в 60,2 %. Пароксизмальна фібриляція передсердь виявлена у 5 % хворих з основної групи, постійна фібриляція передсердь – 19,1 %. В групі порівняння постійна фібриляція передсердь виявлена в 12%. Фібриляція передсердь та шлуночкові порушення ритму переважно виявлялись у хворих клінічної категорії D ХОЗЛ, а також хворих з показником ОФВ1 < 60 %.

Висновки. Поєднання ХОЗЛ з ІХС та АГ асоційоване з підвищенням частоти аритмій серця. Частота та важкість порушень серцевого ритму у цієї категорії хворих корелюють з тяжкістю перебігу ХОЗЛ, ступенем порушення бронхіальної прохідності та гіпоксемією.

Частота встречаемости клинических признаков в классах пульсового артериального давления у пациентов с показаниями для имплантации электрокардиостимулятора

М.В. Починская¹, Д.Е. Волков², Д.А. Лопин², Н.И. Яблучанский¹

¹ Харьковський національний університет ім. В.Н. Каразіна

² ГУ «Інститут общей и неотложной хирургии НАМН України», Харків

Пульсовое артериальное давление (ПАД) играет важную прогностическую роль в оценке сердечно-сосудистого риска. Его значение у пациентов, которым показана имплантация электрокардиостимулятора (ЭКС), до сих пор не изучена.

Цель – изучить частоту встречаемости клинических признаков в классах ПАД у пациентов с показаниями для имплантации ЭКС.

Материалы и методы. Обследовано 220 пациентов (110 мужчин и 110 женщин), средний возраст (70 ± 9) с показаниями для имплантации ЭКС. Пациенты были отнесены к пяти классам ПАД: I – очень низкое ПАД – менее 20 мм рт. ст., II – низкое более 20 – менее 40 мм рт. ст., III – норма – 40 – 60 мм рт. ст., IV – высокое более 60 – менее 80 мм рт. ст., V – очень высокое ПАД – более 80 мм рт. ст. Оценивались частоты встречаемости форм хронической ишемической болезни сердца (ХИБС) – постинфарктный кардиосклероз, функциональные классы (ФК) стабильной стенокардии (I–III); стадий (I–III) и степеней (1–3) артериальной гипертензии (АГ); форм фибрилляции предсердий (ФП) (пароксизмальная и персистирующая, постоянная); ФК (I–III) (NYHA) и стадий хронической сердечной недостаточности (ХСН) (I–III) в каждом классе ПАД. Достоверность отличий между группами определялась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты. Частоты встречаемости ХИБС и постинфарктного кардиосклероза составили (6 ± 4), (47 ± 9), (25 ± 7) и (22 ± 7) % во II, III, IV и V классах ПАД; I ФК стабильной стенокардии: (3 ± 3), (57 ± 9), (20 ± 7) и (20 ± 7) %, II ФК: (2 ± 2), (55 ± 7), (29 ± 6) и (14 ± 4) % III ФК: (0), (74 ± 9), (22 ± 8) и (4 ± 4) % во II, III, IV и V классах ПАД соответственно; II стадии АГ – (2 ± 1), (59 ± 4), (32 ± 4) и (7 ± 2) % и III стадии АГ – (3 ± 2), (62 ± 6), (20 ± 5) и (15 ± 4) % во II, III, IV и V классе ПАД соответственно. I и 3 степени АГ в V и II классах ПАД не выявлено. Частоты встречаемости I степени АГ составили (4 ± 2), (82 ± 5), (14 ± 4) и (0) %; 2 степени АГ: (3 ± 2), (59 ± 6), (33 ± 5) и (5 ± 3) %; 3 степени АГ: (0), (21 ± 6), (41 ± 8) и (38 ± 8) %; СД 2 типа: (0), (45 ± 9), (33 ± 8) и (21 ± 7) % во II, III, IV и V классах ПАД соответственно. Частоты встречаемости I стадии ХСН составили (0), (70 ± 9), (22 ± 8) и (7 ± 5) %; IIa стадии ХСН: (1 ± 1), (58 ± 5), (31 ± 4) и (10 ± 3) % и IIb стадии ХСН: (7 ± 4), (67 ± 7), (15 ± 5), (11 ± 5) % во II, III, IV и V классах ПАД соответственно; I ФК: (0), (65 ± 10), (31 ± 9) и (4 ± 4) %; II ФК: (2 ± 1), (57 ± 5), (29 ± 5) и (11 ± 3) %; III ФК ХСН: (3 ± 2), (66 ± 6),

(22±5), (9±4) % во II, III, IV и V классах ПАД соответственно. Частоты встречаемости пароксизмальной и персистирующей ФП составили (65±9), (32±8) и (3±3) %; постоянной формы ФП (74±7), (14±6) и (11±5) % в III, IV и V классах ПАД соответственно. ФП во II классе ПАД не выявлено.

Выводы. Повышение частоты встречаемости стадий и степеней АГ, стадий ХСН, увеличение частоты развития ФП у пациентов с показаниями для имплантации ЭКС взаимосвязано с повышением IV и V классов ПАД; постинфарктного кардиосклероза, стабильной стенокардии, СД и ФК ХСН ассоциировалось с III и IV классами ПАД. Наличие у 38 % пациентов нефизиологических классов ПАД показывает необходимость его медикаментозной оптимизации, в том числе после имплантации ЭКС.

Подготовка пациентов с неклапанной ФП к электроимпульсной терапии при низком риске развития тромбоэмболических осложнений

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

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

Цель – оценить необходимость проведения чреспищеводной эхокардиографии (ЧпЭхоКГ) у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий (ФП) и низким риском (НР) тромбоэмболических осложнений (ТО), которым планируется проведение электроимпульсной терапии (ЭИТ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ ТО у пациентов после ЭИТ. За период 2000–2012 гг. выбрано 232 пациента (93 женщины), которым произведена ЭИТ по поводу ФП. Критерии выборки были следующими: возраст до 60 лет; отсутствие клапанной патологии; отсутствие в анамнезе ТО, острых и преходящих нарушений мозгового кровообращения, инфаркта миокарда; отсутствие сахарного диабета; индексированный конечный диастолический объем левого желудочка по данным трансторакальной ЭхоКГ не больше 75 мл/м², скорость клубочковой фильтрации больше 50 мл/мин/1,73 м². Пациенты, вошедшие в исследование, расценивались как пациенты с НР ТО. Шкала CHA₂DS₂-VASc не использовалась, поскольку она некорректно отражала риск ТО после ЭИТ. Пациенты были разделены на 3 группы сравнения. В 1-ю группу вошли 73 пациента (29 женщин), принимавшие ацетилсалициловую кислоту (АСК) в дозе 325 мг в сутки и которым не производилась ЧпЭхоКГ перед ЭИТ. Во 2-ю группу включено 76 пациентов (27 женщин), принимавших Варфарин и которым не производилась ЧпЭхоКГ перед ЭИТ. В 3-ю группу вошло 83 пациента (37 женщин), принимавших Варфарин и которым перед ЭИТ была выполнена ЧпЭхоКГ. Варфарин или АСК принимались

не менее 3 недель до ЭИТ. У пациентов 2-й и 3-й группы антикоагуляционная терапия назначалась согласно шкале CHA₂DS₂-VASc. Доза Варфарина подбиралась индивидуально до достижения терапевтического интервала МНО на уровне 2–3. Стаж аритмии составил, в среднем, 4 года (2–7 лет). Актуальный (последний) эпизод – от 5 до 11 месяцев. Срок наблюдения – 1 месяц после ЭИТ.

Результаты. В первой и второй группах ТО не было. В 3-й группе был один случай (1,2 %) тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии. По данным ЧпЭхоКГ у этого пациента неорганизованных тромбов не было. В первой группе геморрагических осложнений не было. Во 2-й и 3-й группах геморрагические осложнения составили 27 %. Из них подкожные гематомы – 23 %. Остальные осложнения проявлялись в виде гематурии, метроррагии, эпистаксиса, забрюшинной гематомы (после ургентной аппендэктомии). Причем у 3 пациентов потребовалось хирургическое вмешательство для лечения геморрагического осложнения.

Выводы. 1. Отсутствие ЧпЭхоКГ у пациентов с НР ТО перед ЭИТ не повлияло на частоту ТО. 2. Проведение ЧпЭхоКГ не исключает возникновения ТО. 3. Пациентам с НР ТО, принимающим антикоагуляционную или дезагрегационную терапию не менее 3 нед, нет необходимости проводить ЧпЭхоКГ. 4. Не выявлено разницы в частоте ТО между пациентами с НР ТО, принимающими АСК, и такими же пациентами, принимающими варфарин. 5. У пациентов с НР ТО, принимавших варфарин, риск геморрагических осложнений на 27 % превышает риск тромбоэмболических осложнений. 6. Использование шкалы CHA₂DS₂-VASc для подготовки пациентов к ЭИТ приводит к превышению риска геморрагических осложнений над тромбоэмболическими у пациентов с НР ТО.

Контроль ритма после проведения электроимпульсной терапии персистирующей фибрилляции предсердий с помощью пропафенона, соталолола, амиодарона

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

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

Цель – сравнить эффективность контроля ритма пропафеноном или соталолом с амиодароном при фибрилляции предсердий (ФП) после проведения электроимпульсной терапии (ЭИТ).

Материалы и методы. В течение 2011–2015 гг. было проведено 1108 плановых ЭИТ. В качестве антиаритмической терапии назначался амиодарон у 995 пациентов (89,8 %), соталол – 48 пациентов (4,3 %), пропафенон – 65 пациентов (5,8 %). Дозы препаратов на момент ЭИТ составляли: амиодарон 400–600 мг/сут после достижения суммарной насыщающей дозы 18–22 г, соталол 160–320 мг/сут, пропафенон 400–600