

дисфункція у пацієнтів з АГ свідчить про істотні порушення внутрішньосерцевої гемодинаміки.

Прогноз та профілактика ускладнень у пацієнтів з фібриляцією передсердь, які перебувають на програмному та перитонеальному діалізі

І.П. Катеренчук, С.Т. Рустамян

Полтавський державний медичний університет

Фібриляція передсердь, як у загальній популяції, особливо у пацієнтів з комор бідними станами, так і у пацієнтів, що знаходяться на нирковій замісній терапії, асоціюється з надто несприятливим прогнозом, передусім. З підвищенням кардіоваскулярного ризику і смертельних наслідків. Тому актуальним і важливим з практичної точки зору є аналіз наявних даних з проблеми вдосконалення лікування пацієнтів з метою зменшення кардіоваскулярного ризику та запобігання передчасної смерті пацієнтів.

Мета – з'ясувати частоту та структуру порушень серцевого ритму у пацієнтів на діалізній терапії, проаналізувати наявні клінічні рекомендації з зазначеної проблеми, зіставити власні дані з даними реєстрів та визначити оптимальну тактику ведення пацієнтів з фібриляцією передсердь, що перебувають на діалізній терапії.

Результати. За нашими даними, з 97 пацієнтів, які перебували на діалізній терапії протягом 5-річного терміну спостереження порушення серцевого ритму діагностовано у 17 (17,5 %) пацієнтів – екстрасистоля – у 10 (10,3 %) і фібриляція передсердь у 7 (7,2 %) пацієнтів. Протягом 5-річного терміну спостереження у одного пацієнта розвинувся ішемічний інсульт, який став причиною смерті.

За результатами проведеного аналізу літературних джерел з'ясовано, що національні і міжнародні рекомендації по веденню пацієнтів з фібриляцією передсердь, що перебувають на діалізній терапії, відсутні. Наявні ряд реєстрів, які висвітлюють окремі складові проблеми і мають важливе практичне значення.

Дані одного з найбільших реєстрів, опублікованого у США (Winkelmayer W.C., Patrick A.R., Liu J. et al., 2011), свідчать, що смертність протягом року в пацієнтів з фібриляцією передсердь, які перебувають на програмному діалізі вдвічі вища, ніж у пацієнтів без порушень серцевого ритму (39 % проти 19 %) і зростала з кожним роком протягом 15 років спостереження.

У реєстрі, опублікованому китайськими дослідниками у 2018 році, було показано, що частота смер-

тельних випадків у пацієнтів з термінальною нирковою недостатністю, асоційованою з фібриляцією передсердь, які перебували на діалізній терапії, була значно нижче, ніж за даними американського реєстру, однак досягала високих цифр – 10 % в період з 2005 по 2010 рр. (Cheng X., Nauyar S., Wang M. et al., 2018). Як і в американському дослідженні, вона щорічно зростала і склала 47,8 на 1000 людино-років у 2007 році і 76,8 на 1000 людино-років у 2010 році.

Також було переконливо продемонстровано, що частота серцево-судинних ускладнень у хворих з фібриляцією передсердь, які перебували на діалізній терапії протягом 3 років спостереження, була статистично достовірною вище, ніж у пацієнтів без порушень серцевого ритму – 56,5 % проти 30,4 %.

В іншому дослідженні виявлено, що серед 1217 хворих з термінальною нирковою недостатністю та фібриляцією передсердь, які перебували на програмному діалізі і не отримували анти тромботичних засобів, у 11,7 % пацієнтів розвинувся ішемічний інсульт. Ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень за шкалою CHA₂DS₂-VASc у цих хворих дорівнював 5 балам.

У проспективному реєстрі RAKUEN автори провели оцінку ризику смерті, тромбоемболічних ускладнень і великих кровотеч у пацієнтів з фібриляцією передсердь, які перебували на програмному діалізі на фоні прийому антагоністів вітаміну К. Пацієнти перебували у дослідженні протягом 36 місяців. За результатами дослідження встановлено, що фібриляція передсердь на діалізній терапії була незалежно пов'язана зі збільшенням загальної смертності (відносний ризик 1,82 при 95 % довірчого інтервалу, від 1,12 до 2,94, p=0,014) без статистично значимих зв'язків з ризиком ішемічного інсульту (відносний ризик 1,91 при 95 % довірчого інтервалу, від 0,74 до 4,92, p=0,177) і великих кровотеч (відносний ризик 1,80 при 90 % довірчого інтервалу, від 0,80 до 4,08, p=0,15) (Mitsuma W., Matsubara T., Hatada K. et al., 2018).

Також у багатьох дослідженнях, проведених у Західній Європі і Японії, показано, що фібриляція передсердь не пов'язана зі збільшенням ризику інсульту у хворих, які перебувають на діалізній терапії.

Щодо оцінки фібриляції передсердь у пацієнтів, які перебувають на перитонеальному діалізі, то тут також результати досліджень малочисельні та неоднозначні. В одному з досліджень, проведених на базі одного центру, з'ясували, що частота розвитку ішемічного інсульту в пацієнтів на перитонеальному діалізі була аналогічною з такою у хворих з фібриляцією передсердь без хронічної хвороби нирок (9,32 % проти 9,30 %). Як у хворих

з фібриляцією передсердь у загальній популяції, так і у хворих, які перебували на перитонеальному діалізі, ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень зростає зі збільшенням балів оцінки за шкалою CHA₂DS₂-VASc.

Існує точка зору, що в пацієнтів з фібриляцією передсердь, які перебувають на діалізі, мають бути розроблені окремі спеціальні шкали ризику для оцінки ризику інсульту і кровотеч, оскільки діалізні хворі мають своєрідні унікальні фактори ризику, зокрема такі, як хронічне запалення, кальцифікація судин тощо.

Питання призначення нових оральних антикоагулянтів потребує подальшого вивчення, розробки і впровадження нових міжнародних і національних стандартів у пацієнтів з фібриляцією передсердь, які перебувають на програмному або перитонеальному діалізі.

Висновки. 1. Фібриляція передсердь є розповсюдженим порушенням серцевого ритму у пацієнтів на програмному і перитонеальному діалізі, яка потребує нових підходів та затвердження нових національних та міжнародних стандартів терапії в умовах коморбідності. 2. Кількість випадків ускладнень фібриляції передсердь у пацієнтів з термінальною нирковою недостатністю, які перебувають на діалізі, зростає з плином часу і створює загрозу розвитку ускладнень, високого кардіологічного ризику і передчасної смерті пацієнтів.

Імплантація двокамерного електрокардіостимулятора з метою контролю ритму в пацієнтів з брадисistolічною формою ФП

І.П. Катеренчук¹, Є.М. Люлька², Л.О. М'якінькова¹

¹ Полтавський державний медичний університет

² КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради»

Фібриляцію передсердь (ФП) не вважають безпосередньо життєбезпечною аритмією, але її виникнення асоціюється з підвищеним ризиком розвитку тромботичних ускладнень, серцевої недостатності (СН), погіршенням якості життя та фізичної витривалості, втрата скорочувальної функції передсердь – з діастолічною дисфункцією лівого шлуночка (ЛШ), а у пацієнтів з брадисistolічною формою – із синкопальними станами. Стратегія контролю синусового ритму (СР) має клінічні переваги у пацієнтів з ФП, але не завжди досяжна. Дослідили ефективність імплантації 2-камерного електрокардіостимулятора (ЕКС) DDDR з метою контролю СР у пацієнтів з брадисistolічною ФП та збереженою сис-

толічною функцією лівого шлуночка (СФ ЛШ) порівняно з імплантацією 1-камерного ЕКС в режимі VVIR.

Матеріали і методи. Дослідну групу склали 11 пацієнтів з брадисistolічною ФП EHRA IIb–III, тривалістю більше 1 року та СН II–III функціонального класу за NYHA зі збереженою СФ ЛШ. Тромботичний ризик за шкалою CHA₂DS₂-VASc 2–4 бали, геморагічний ризик за шкалою HAS-BLED 1–2 бали, середній вік пацієнтів (71±5) років, 7 – чоловіки, 4 – жінки. Артеріальна гіпертензія – у 8, цукровий діабет 2-го типу – у 4 пацієнтів. Критерії включення: ФВ ЛШ ≥50 %, індекс об'єму лівого передсердя (LAVI) 35–48 мл/м², натрійуретичний пептид ≥125 pg/ml, показання до імплантації 1-камерного ЕКС. Всім пацієнтам в анамнезі проводились процедури планової електричної кардіоверсії (ЕІТ) з відновленням СР, термін ефективного медикаментозного контролю СР становив від 4 годин до 5 діб. Пацієнтам проводилася імплантація правощлуночкового ендокардіального електрода, інтраопераційна електроімпульсна терапія та подальша імплантація передсердного електрода та 2-камерного ЕКС за умови утримання СР інтраопераційно протягом контрольного часу – 5 хвилин. Результати оцінювалися шляхом контролю ЕКГ, ЕХОКС, тесту з 6-хвилинною ходьбою (6MWT) до та через 1, 3, 6, 12 місяців, а також статистики наявності порушень ритму під час перевірки роботи ЕКС. Медикаментозна терапія проводилася за рекомендаціями ESC і EACTS (2020). У всіх пацієнтів було обрано стратегію контролю СР з метою зменшення симптомів та покращення якості життя. Контрольну групу (КГ) склали 10 пацієнтів, зіставних за основними показниками, яким імплантовано однокамерний ЕКС в режимі VVIR з метою контролю частоти скорочень шлуночків.

Результати. У пацієнтів ДГ було досягнуто ефективне відновлення та контроль СР. У всіх пацієнтів ДГ через 12 місяців зберігався СР з покращенням якості життя та зменшенням симптомів до EHRA I–IIa, збільшенням толерантності до фізичного навантаження за 6MWT з (213,6±42,5) м до (435,9±70,0) м, в середньому в 2,1 рази, в КГ – з (211,0±42,5) до (297,5±95,0) м, отже не було достовірно значущого покращення ТФН. У пацієнтів ДГ визначено зниження LAVI з (43±6,5) до (38,3±4,0) мл/м², у пацієнтів КГ цей показник становив відповідно (43±6,5) мл/м² та (43,1±7,0) мл/м². Протягом досліджуваного періоду в пацієнтів відзначались пароксизми ФП тривалістю від 30 секунд до 48 годин, які відновлювались медикаментозно.

Висновки. Імплантація двокамерного ЕКС в режимі DDDR є ефективним методом контролю СР у пацієнтів