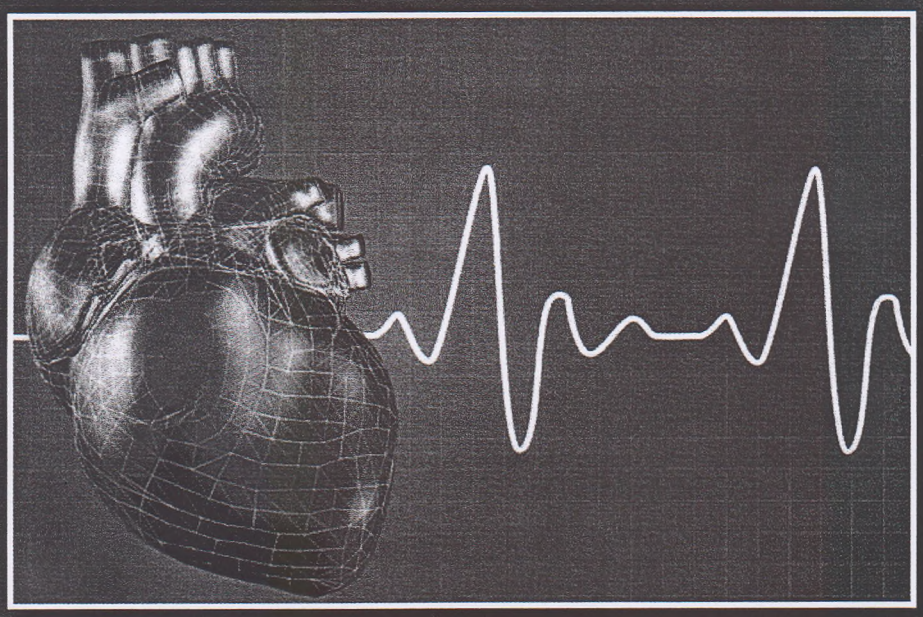
№ 2 (34) 2020
ISSN 2309-8872

Асоціація аритмологів України

Аритмологія

- Атлас інвазивного лікування аритмій серця в Україні у 2019 році
- Матеріали X Науково-практичної конференції Асоціації аритмологів України. Тези наукових доповідей



Асоціація аритмологів України

Аритмологія

Arrhythmology

№ 2 (34) 2020 ISSN 2309-8872

https://asar.org.ua/

Науково-практичний журнал

Видається з 2012 року

Зміст • Content

Передова стаття • Editorial article

6 Атлас інвазивного лікування аритмій серця в Україні у 2019 році
О.С. Сичов, А.О. Бородай від імені дослідників

Atlas of invasive treatments for arrhythmias in Ukraine in 2019
O.S. Sychov, A.O. Borodai on behalf of collaborators

Огляди • Reviews

25 Вагітність та аритмії. Огляд оновлених рекомендацій Європейського товариства кардіологів 2018–2019 рр. з аналізом клінічного випадку
М.І. Швед, С.Й. Липовецька

Pregnancy and arrhythmias. Review of updated recommendations of the European Society of Cardiology 2018–2019 with clinical case analysis
M.I. Shved, S.Y. Lipovets'ka

Лекції • Lectures

31 Стандартизована діаграма добової варіабельності ритму серця та її діагностична цінність
Лариса Конопляник, Сергій Зобін

Standardized diagram of daily heart rate variability and its diagnostic value
Larysa Konoplianyk, Sergii Zobin

Зміст • Content

Матеріали X Науково-практичної конференції Асоціації аритмологів України • Materials of the X Scientific and Practical Conference Ukrainian Association of Arrhythmology

43 Тези наукових доповідей

Інформація • Information

64 Умови публікації статей у журналі «Аритмологія»

% та вкрай тяжкий ступінь порушення бронхіальної прохідності – 7,7 %. У пацієнтів основної групи ЧСС за 1 хвилину у спокої була достовірно вищою, ніж у групі порівняння (78,5±5,1 проти 72,3±5,6, p<0,05). У пацієнтів з поєднанням ІХС та ХОЗЛ синусову тахікардію виявляли у 42,3 % хворих, що достовірно частіше, ніж у контрольній групі – 16,0 %. Суправентрикулярну екстрасистолію (СВЕ) на ЕКГ спокою виявляли у 30,8 %, у групі порівняння – в 24,0 %. Шлуночкова екстрасистолія (ШЕ) зареєстрована на ЕКГ спокою в основній групі у 32,7 % випадків, проти 8,0 %. За даними амбулаторного моніторингу ЕКГ в основній групі зареєстровано достовірну більшу, ніж в групі порівняння, кількість СВЕ (948,5±310,0 проти 361,2±96,4, p<0,05), ШЕ (976,4±324,3 проти 278,8±108,2, p<0,05). Парні СВЕ виявлені у 53,8 % основної групи та 44,0 % пацієнтів групи порівняння. Парні ШЕ виявлені у 26,9 % пацієнтів з поєднаною патологією та 20,0 % пацієнтів з ІХС. Шлуночкова бігемінія – в 23,1 та 16,0 %, а шлуночкова тригемінія – в 25,0 % та 20,0 % відповідно. Групова ШЕ виявлена у 15,4 % пацієнтів основної групи та 8,0 % групи порівняння. Пароксизми фібриляції передсердь мали місце у 11,5 % пацієнтів основної групи та 8,0 % пацієнтів групи порівняння. Виявлено помірної сили негативний кореляційний зв'язок між кількістю екстрасистол (шлуночкових та суправентрикулярних), кількістю парних ШЕ, шлуночкової бігемінії, тригемінії та показниками ОФВ1, ФЖЕЛ, ОФВ1/ФЖЕЛ.

Висновки. Поєднання хронічної ІХС та ХОЗЛ призводить до підвищення частоти порушень серцевого ритму. Частота та тяжкість аритмій у цих хворих корелює з тяжкістю перебігу ХОЗЛ, ступенем порушення бронхіальної прохідності.

Значення ехокардіографічних показників та індексів у діагностиці та лікуванні хворих на фібриляцію передсердь

І.П. Кудря, С.К. Кулішов

Українська медична стоматологічна академія, Полтава

Фібриляція передсердь є найбільш поширеним порушенням ритму серця в клінічній практиці, для якої характерним є високий ризик раптової серцево-судинної смерті. Показники ехокардіографії відіграють вирішальну роль у визначенні особливостей перебігу аритмії та виборі тактики її лікування.

Мета – визначення ролі ехокардіографічних показників та індексів у прийнятті діагностичних та лікувальних рішень у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з фібриляцією передсердь.

Матеріал і методи. Обстежено 32 хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з персистуючою формою фібриляції передсердь, в тому числі 19 пацієнтів з гіпертонічною хворобою II стадії та 13 – з III стадією. 10 хворих мали стабільну стенокардію напруження II функціонального класу, 7 – III функціонального класу, 13 – післяінфарктним кардіосклерозом, 2 – дифузним кардіосклерозом із серцевою недостатністю. Хронічну серцеву недостатність діагностували відповідно до критеріїв та класифікацій Українського наукового товариства кардіологів, Нью-Йоркської асоціації кардіологів: I стадію за класифікацією Стражеска – Василенка, II функціонального класу за Нью-Йоркською асоціацією кардіологів – у 28 хворих на ішемічну хворобу серця із 32, II А стадію, III функціонального класу – у 4 із 32. Вік досліджуваних – 51–64 роки, чоловіків – 18 (56 %), жінок – 14 (44 %).

Обстеження хворих проводилось згідно із чинними світовими стандартами діагностики та лікування. Додатково вираховували такі індекси: співвідношення розміру лівого передсердя до кінцеводіастолічного розміру лівого шлуночка; розміру лівого передсердя до розміру правого передсердя; розміру лівого передсердя до суми кінцеводіастолічного розміру лівого шлуночка та розміру правого шлуночка; розміру лівого передсердя до фракції викиду лівого шлуночка; розміру лівого передсердя до різниці між кінцеводіастолічним та кінцевосистолічним розмірами лівого шлуночка; сумою розміру лівого передсердя та кінцеводіастолічного розміру лівого шлуночка до фракції викиду лівого шлуночка; різниці між кінцеводіастолічним розміром лівого шлуночка та розміром лівого передсердя до фракції викиду лівого шлуночка; сумою розміру лівого передсердя та кінцеводіастолічного розміру лівого шлуночка до суми розмірів правого передсердя та шлуночка; сумою розміру лівого передсердя та кінцеводіастолічного розміру лівого шлуночка до суми розмірів правого передсердя та шлуночка; сумою розміру лівого передсердя та кінцевосистолічного розміру лівого шлуночка до суми розмірів правого передсердя та шлуночка. Статистичний аналіз включав точний метод Фішера, критерій знаків.

Результати. За даними точного метода Фішера, критерієм знаків визначили значущість індексів ехокардіографічних показників для оцінки морфологічних особливостей серця та прийняття діагностичних та лікувальних рішень у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з персистуючою формою фібриляції передсердь на рівні P<0,05. Особливості ремоделювання серця ми використовували як індивідуальні критерії до призначення медикаментозної терапії (модуляторів натрієвих, калієвих, кальцієвих каналів, бета-адреноблокаторів) та існуючих схем електричної кардіоверсії.

Висновки. Визначені ехокардіографічні показники та індекси мають як діагностичне значення ролі морфологічних особливостей серця, так і у прийнятті лікувальних

рішень у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з персистуючою формою фібриляції передсердь. Запропоновані ехокардіографічні показники та індекси можуть бути основою моделювання, програмування прийняття діагностичних та лікувальних рішень у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з персистуючою формою фібриляції передсердь.

Профілактика тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь та ризиком 1 бал за шкалою CHA_2DS_2-VASc

Д.А. Лашкул, В.Д. Сиволап
Запорізький державний медичний університет

Мета – визначити оптимальну терапевтичну стратегію щодо профілактики тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь (нФП) та ризиком 1 бал за шкалою CHA_2DS_2-VASc.

Матеріал і методи. За допомогою пошуку у базі літературних даних PubMed нами проведений систематичний аналіз існуючих на початок 2020 року джерел інформації щодо доказів ефективності та безпеки застосування антикоагулянтної терапії у хворих на ФП та ризиком 1 бал за шкалою CHA_2DS_2-VASc.

Результати. В результаті пошуку встановлено, що на теперішній час немає доказової бази з рандомізованих клінічних досліджень про використання антикоагулянтів у хворих на НФП та ризиком 1 бал за шкалою CHA_2DS_2-VASc. Рекомендації Європейського товариства кардіологів по веденню пацієнтів з нФП (2016) звертають увагу на те, що пероральна антикоагулянтна терапія для запобігання тромбоемболічним ускладненням повинна бути розглянута у пацієнтів з ФП та CHA_2DS_2-VASc = 1, враховуючи індивідуальні особливості та переваги пацієнта. За таких умов, за даними різних дослідників, ризик емболічних ускладнень коливається від 0,6 до 1,3 % на рік. Ризик кровотеч при наявності 2 та більше балів за шкалою HAS-BLED становить 1,88–3,2 % на рік, що перевищує тромбоемболічний ризик, і антикоагулянти не повинні призначатись в такій ситуації. Відсутня доказова база щодо переваг використання ацетилсаліцилової кислоти у пацієнтів з нФП та ризиком 1 бал за шкалою CHA_2DS_2-VASc (окрім хворих на ІХС). Якщо після всебічної оцінки переважає тромбоемболічний ризик, у поєднанні з індивідуальними вподобаннями пацієнта, слід розглянути можливість призначення прямих пероральних антикоагулянтів, як більш безпечних порівняно з антагоністами вітаміну К. Найбільш потужними факторами, що впливають на вибір на користь призначення антикоагулянтів у пацієнтів з нФП та ризиком за шкалою CHA_2DS_2-VASc 1 бал, є вік старше 65 років, цукровий діабет 2-го типу, персистуюча або постійна форма нФП. Додатковими факторами ризику тромбоемболічних ускладнень, що можуть бути модифіковані, є ожиріння (індекс маси тіла $\geq$ 30 кг/м2), протеїнурія (150 мг/24 год або еквівалент), швидкість клубочкової фільтрації (< 45 мл/год), NTproBNP (> 1400 нг/л), позитивні тропоніни Т або І, збільшення об'єму лівого передсердя (> 73 мл) або діаметра ($\geq$ 4,7 см), швидкість вигнання крові з вушка лівого передсердя (< 20 см/с), шкала ABC (вік, біомаркери, клінічний анамнез).

Висновки. Рішення про призначення антикоагулянтів у пацієнтів з нФП та ризиком 1 бал за шкалою CHA_2DS_2-VASc повинно ґрунтуватись на персоніфікованому аналізі факторів тромбоемболічного ризику з урахуванням ризику кровотеч (HAS-BLED $\geq$ 2 балів). Найбільш потужними предиктивними факторами, як для жінок так і для чоловіків, є вік старше 65 років, цукровий діабет 2-го типу. Додатковими факторами, що впливають на рішення ініціації антикоагулянтної терапії, є ожиріння, протеїнурія, ШКФ, рівні NTproBNP, тропоніну Т або І та структурно-функціональні зміни лівого передсердя.

Ведення пацієнтів з гострим коронарним синдромом при гіперкаліємії на тлі супутньої хронічної хвороби нирок

Л.О. М'якінькова [1], Ю.В. Тесленко [1], Д.Д. Баклицький [2]
[1] Українська медична стоматологічна академія, Полтава
[2] КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради»

У пацієнтів з гострим коронарним синдромом (ГКС) шлуночкові порушення ритму (ШПР), що виникають внаслідок гострої ішемії міокарда, порушень гемодинаміки та електричної нестабільності міокарда трапляються досить часто та потребують ретельної діагностики з підбором методу лікування, орієнтованого на конкретний клінічний випадок. Поряд з цим слід відзначити, що у пацієнтів із супутньою хронічною хворобою нирок (ХХН) різної етіології, а саме: діабетичної, гіпертензивної, ренальної, виникають електролітні порушення. Розвитку гіперкаліємії (ГКЕ) сприяє зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) та рутинне застосування блокаторів ренін-ангіотензинової системи (РАС), антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів (АМКР) та їх комбінації як з метою профілактики прогресування нефропатії, так і з метою лікування та профілактики серцевої не-