

АРИТМІЯ СЕРЦЯ

Профіль серцево-судинного ризику у пацієнтів з тріпотінням передсердь за даними одноцентрового реєстру

А.В. Акер

Львівський обласний державний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр

Тріпотіння передсердь (ТП) – одна з найпоширеніших тахіаритмій, яка подібно до фібриляції передсердь (ФП) асоціюється із збільшенням ризику виникнення тромбоемболічних ускладнень і серцевої недостатності. Очевидно, існують особливості визначальних факторів серцево-судинного ризику, притаманних лише ТП.

Мета – порівняти фактори серцево-судинного ризику, показники структурно-функціонального стану міокарда і суттєві хвороби у пацієнтів з ФП та ТП.

Матеріал і методи. Обстежено 722 пацієнти з ФП та ТП, послідовно госпіталізовані у Львівський обласний кардіологічний центр у 2011–2012 рр. До першої групи увійшли 98 пацієнтів з ТП або ФП–ТП, до другої – 624 пацієнти з ізольованою ФП. Проаналізували фактори серцево-судинного ризику за шкалою CHA₂DS₂-VASc та дані ехокардіографічного дослідження.

Результати. Пацієнти з ТП були молодшими за віком (64,5 (54–75) проти 68,0 (58–75) років, $p=0,0003$); у цій групі переважали чоловіки (64 (65,3 %) проти 342 (54,8 %), $p=0,02$); частіше зустрічалася пароксизмальна та персистуюча форми аритмії (88 (90 %) проти 215 (34,5 %), $p<0,001$). Не було виявлено відмінностей поширеності ІХС, артеріальної гіпертензії, тромбоемболічних подій, інсульту чи інфаркту міокарда в обох групах. У групі пацієнтів з ТП частіше зустрічалися цукровий діабет (21 (21,4 %) проти 102 (16,4 %), $P=0,045$) і дисфункція щитовидної залози (12 (12,2 %) проти 39 (6,25 %), $P=0,036$). Пацієнти з ТП мали менший ризик за шкалою CHA₂DS₂-VASc порівняно з ФП (3 (2–4) проти 4 (3–5), $p<0,01$). Товщина міжшлуночкової перегородки і задньої стінки лівого шлуночка була меншою у пацієнтів з ТП (1,15 (1,0–1,2) проти 1,2 (1,1–1,3) см, $p=0,001$ і 1,1 (1,0–1,2) проти 1,2 (1,0–1,3) см, $p=0,008$, відповідно), у цих пацієнтів спостерігали менші розміри лівого передсердя (4,4 (4,05–4,7) проти 4,5 (4,2–5,0) см, $p=0,03$). Інші параметри структурно-функціонального стану міокарда значуще не відрізнялися в порівнюваних групах.

Висновки. Серед госпіталізованих пацієнтів з ФП або ТП у 13,6 % було наявне ТП. Вищий рівень серцево-судинного ризику за шкалою CHA₂DS₂-VASc у пацієнтів з ФП пов'язаний із старшим віком хворих та більшою часткою жінок у цій групі. У пацієнтів з ТП рідше зустрічалася постійна форма аритмії.

Тактика анти тромботичної терапії у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь

Г.К. Берко, Г.О. Мовчан

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова*

Фібриляція передсердь (ФП) є важливим фактором ризику тромбоемболічних ускладнень, зокрема інсульту. За даними ВООЗ, Україна лідирує за частотою інсульту серед європейських країн. Серед причин кардіоемболічного інсульту, що займає 20–30 % у загальній структурі ішемічного інсульту, найбільш частою – у 20 % випадків – є неклапанна ФП. У пацієнтів з ФП ризик розвитку ішемічного інсульту в 5 разів вище, ніж у популяції, за відсутності належної профілактики інсульт виникає приблизно 30 % пацієнтів з ФП протягом року. Частота ішемічного інсульту не залежить від виду ФП, тому всі пацієнти з діагностованою ФП потребують постійної анти тромботичної терапії, відповідно до рекомендацій Асоціації кардіологів України.

За сучасними рекомендаціями, найбільш ефективним у профілактиці тромбоемболічних ускладнень є призначення пероральної антикоагулянтної терапії (ОАК) – антагоніста вітаміну К, як правило, варфарину, однак, його застосування обмежується потребою у частому контролі та нерідко неможливістю забезпечення регулярного амбулаторного моніторингу МНС, індивідуальною непереносністю, взаємодією з багатьма препаратами і з деякими видами харчових продуктів. У зв'язку з цим у доступній клінічній практиці останній час впроваджуються нові ефективні ОАК, які не потребують контролю застосування: ривароксабан – високоселективний прямий інгібітор фактора Ха та дабігатрану етексилат – прямий інгібітор тромбіну, які мають переваги над варфарином щодо легкості застосування, ефективності та безпеки.

Мета – оцінка відповідності стратегії анти тромботичної терапії пацієнтів з ФП рекомендаціям Асоціації кардіологів України, з урахуванням оцінки ризику виникнення тромбоемболічних ускладнень.

Матеріал і методи. Обстежено 92 пацієнти з неклапанною ФП, які перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні ВОКЛ ім. М.І. Пирогова у 2013 р. Середній вік хворих становив (62,1±2,7) року, з них 56 пацієнтів були чоловіки. Постійна форма ФП спостерігалась у 67 хворих, персистуюча – у 18 хворих, пароксизмальна форма – у 7 хворих. У 8 випадках ФП була наслідком ДКМП, в інших пацієнтів ФП з'явилась як ускладнення ІХС, яка у 74 пацієнтів поєднувалась з гіпертонічною хворобою, з них 15 мали інсульт в анамнезі, у всіх пацієнтів діагностовано серцеву недостатність II–III ФК. У обстежуваній групі було проведено стратифікацію ризику тромбоемболічних ускладнень за міжнародною шкалою CHADS₂ з урахуванням віку від 75 років та наявності серцевої недостатності, артеріальної гіпертен-

зії, цукрового діабету (по 1 балу) та інсультів/ТІА в анамнезі (2 бали). Максимальна кількість балів за CHADS₂ – 6, при цьому 0 балів класифікується як низький ризик, 1–2 бали – помірний, більше 2 – високий. Пацієнтам, що мають мінімум 2 бали за CHADS₂, показані ОАК (клас рекомендацій I, рівень доказовості А). В обстеженій групі 91,3 % пацієнтів мають ризик 3 та більше, тобто, цим пацієнтам показано призначення ОАК. Для оцінки ризику геморагічних ускладнень у пацієнтів з ФП використовували шкалу HAS-BLED, при цьому ≥ 3 балів за цією шкалою вказує на «високий ризик», і для таких пацієнтів показані деякі застереження та регулярні обстеження після початку антитромботичної терапії, незалежно від того, буде вона проводитися за допомогою ОАК чи ацетилсаліцилової кислоти (АСК). Згідно з проведеним аналізом, 3 і більше балів набрали 58,6 % пацієнтів, середній показник по групі становив $2,79 \pm 0,26$, що пов'язано, передусім, з поширеністю артеріальної гіпертензії у цих пацієнтів та їх віком, а також наявності у частини з них інсульту в анамнезі. Оскільки значна частина хворих із обстежуваної групи мають високий ризик виникнення спонтанної кровотечі, доцільно проводити їх регулярний моніторинг після початку антитромботичної терапії, незалежно від того, чим вона буде проводитися.

Результати. За даними опублікованих аналізів (Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged, BAFTA; WASPO) навіть пацієнт з «помірним ризиком» (1 бал за шкалою CHADS₂) отримує статистично значущі переваги від застосування ОАК (зниження відносного ризику на 39 %) порівняно із прийомом АСК, часто з низьким ризиком серйозних геморагічних ускладнень. Аналіз лікування пацієнтів з ФП показав, що лише 38 з них отримували ОАК варфарин, 3 пацієнти отримували ривароксабан, 5 – дабігатрану етексилат, всі інші – антитромбоцитарні засоби (АСК та/або клопідогрель). Основною проблемою з боку пацієнтів при прийомі варфарину є необхідність постійного контролю рівня МНС для корекції дози та дотримання комплаєнсу. Так, при опитуванні встановлено, що 4,3 % пацієнтів раніше застосовували варфарин, але через неможливість адекватного контролю перейшли на АСК протягом одного року. Відповідно, нові ОАК, які не потребують контролю та мають більш сприятливий профіль безпеки, очікувано покращують дотримання комплаєнсу та ефективності лікування, але застосування їх обмежується передусім відносно високою ціною.

Висновки. Отже, вибір стратегії антитромботичної терапії з метою профілактики тромбоемболічних ускладнень ґрунтується на визначенні абсолютного ризику, шкала CHADS₂ є простим засобом оцінки такого ризику. Переважна кількість обстежених пацієнтів з ФП мають високий ризик тромбоемболічних ускладнень, причому у половини з них одночасно виявлено високий ризик геморагічних ускладнень. Найбільш ефективні для профілактики тромбоемболій пероральні антикоагулянти застосовуються недо-

статньо, що великою мірою пов'язано з незручністю їх контролю пацієнтами. Пацієнтів з високим ризиком тромбоемболічних ускладнень та значними коливаннями МНС доцільно переводити на нові ОАК, які не потребують контролю.

Варіабельність серцевого ритму в пацієнтів із пролапсом мітрального клапана та синдромом недиференційованої дисплазії сполучної тканини

В.В. Бугерук, О.Б. Волошина, О.Р. Дукова, І.С. Лисий

Одеський національний медичний університет

Первинний пролапс мітрального клапана (ПМК) є одним з поліорганичних порушень у хворих з недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ) та супроводжується функціональними порушеннями серцево-судинної діяльності.

Мета – оцінка варіабельності серцевого ритму (ВСР) в осіб з первинним ПМК та НДСТ середньої тяжкості.

Матеріал і методи. Обстежено 21 пацієнта віком 20–35 років (середній вік – $24,6 \pm 3,7$) року з НДСТ середньої тяжкості (10–16 балів за Т.Ю. Смольною, 2003). Всім пацієнтам проведено ЕхоКГ в різних режимах (М- та В-модальне, доплерівське обстеження, кольорове доплеркартування), холтеровське моніторування (ХМ) ЕКГ, спектральний аналіз ВСР.

Результати. При ехокардіографічному обстеженні у 11 (52,37 %) хворих виявили ПМК 1-го ступеня, у 10 (47,62 %) хворих – ПМК 2-го ступеня. Мітральну регургітацію легкого та середнього ступеня мали 7 (33,33 %) пацієнтів. Аномальні хорди лівого шлуночка були в 10 (47,62 %) пацієнтів, ектопічне кріплення хорд до стулок мітрального клапана – у 3 (14,29 %) пацієнтів, дистопія папілярних м'язів – у 2 (9,52 %), подовження стулок мітрального клапана – у 3 (14,29 %) хворих. Систолічний валік у верхній третині міжшлуночкової перетинки зареєстровано у 3 (14,29 %) хворих, розширення кореня аорти мав 1 (4,76 %) хворий. Достовірне збільшення кінцевого діастолічного та ударного об'ємів спостерігалось у 10 (47,62 %) обстежених. ХМ ЕКГ виявило міграцію водія ритму у 4 (19,05 %) пацієнтів, у 8 (38,1 %) – реєструвались шлуночкові екстрасистолі переважно в нічні години, у 12 (57,14 %) – епізоди частой суправентрикулярної екстрасистолії, синусова тахікардія в ранкові та денні години – у 16 (76,19 %) пацієнтів, порушення процесів реполяризації (інверсія зубця Т) – у 15 (71,43 %), синдром ранньої реполяризації шлуночків – у 4 (19,05 %) пацієнтів, подовження коригованого інтервалу QTc більше 450 мс у 8 (38,1 %) пацієнтів, горизонтальна депресія сегмента ST (тривалістю більше 30 хвилин на добу) – у 5 (23,81 %) хворих.

Визначені статистично значущі більш високі середньодобові показники SDNN (стандартне відхилення нор-

мальних інтервалів RR) – 176,44 мс, SDNNi (середнє значення стандартних відхилень NN інтервалів, врахувавши за 5-хвилинними проміжками протягом всього запису) – 89,23 мс, RMSSD (квадратний корінь з суми квадратів різниці величин послідовних пар нормальних інтервалів RR) – 48,44 мс. У 16 (76,19 %) пацієнтів показники BCP були підвищені, у 2 (9,59 %) – знижені і у 3 (14,29 %) – в межах норми. У хворих з ПМК та синдромом вегето-судинної дистонії більш часто виявлялись ознаки підвищеної BCP, суправентрикулярна та шлуночкова екстрасистолія, клінічні ознаки гіперпарасимпатикотонії. У хворих з ПМК та синдромом психопатологічних розладів (неврастенія, тривожно-фобічні розлади, дисфоричні порушення) частіше виявляли порушення процесів реполяризації у вигляді інверсії зубця T та горизонтальної депресії сегмента ST тривалістю більше 30 хвилин на добу, гіперсимпатикотонію.

Найбільші відхилення показників BCP були у пацієнтів, що мали більше 5 великих (по 2 бали за Т.Ю. Смольною, 2003) фенотипічних стигмів дисембріогенезу. Найбільш часто порушення BCP асоціювались з такими фенотипічними стигмами, як астенична тілобудова, гіпермобільність суглобів (6–8 балів за шкалою Картера – Вілкінсона в модифікації Бейтона), арахнодактилія, кілевидна чи воронкоподібна деформація грудної клітини, кіфосколіоз, варикозне розширення вен та варикоцеле.

Висновки. Пацієнти з пролапсом мітрального клапана та НДСТ середньої тяжкості при добовому ХМ ЕКГ мали порушення варіабельності серцевого ритму. Виявлений взаємозв'язок між основними клінічними синдромами та показниками BCP, показниками вегетативного забезпечення, кількістю фенотипічних стигмів НДСТ.

Симптоми, структурно-функціональний стан міокарда і супутні хвороби у пацієнтів із вперше виявленою фібриляцією передсердь

О.Й. Жарінов, Ю.І. Залізна, К.О. Міхалев, В.О. Куць

*Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ
Київський обласний кардіологічний диспансер*

Незважаючи на існуючі уявлення щодо ролі симптомів у виборі стратегії ведення пацієнтів з фібриляцією передсердь (ФП), залишається невідомим, наскільки вони можуть бути використані для ведення пацієнтів із вперше виявленою ФП (ВВФП).

Мета – виявити залежність між симптомами, асоційованими з аритмією, та особливостями структурно-функціонального стану міокарда та супутніми хворобами у пацієнтів із ВВФП.

Матеріал і методи. У дослідження послідовно включили 124 пацієнта із ВВФП, середній вік – (62±14) року, які були доставлені каретою швидкої допомоги (n=32; 25,8 %) або звернулись у поліклініку (n=92; 74,2 %). У дослідження не включали пацієнтів із ВВФП на тлі гострих коронарних синдромів, гострих порушень мозкового кровообігу, вад серця, з післяопераційною ФП. Оцінювали наявність та вираженість серцебиття (без, незначне / помірне, виражене), а також клас симптомів за шкалою EHRA; визначали

рівень глікозильованого гемоглобіну, швидкість клубочкової фільтрації, виконували ехокардіографічне дослідження, добуве моніторування ЕКГ.

Результати. У пацієнтів без серцебиття (n=27), порівняно з пацієнтами з вираженим серцебиттям (n=55), реєстрували нижчу фракцію викиду лівого шлуночка (p=0,001), більший розмір лівого передсердя (p<0,001), вищу середньодобову частоту скорочень серця (p<0,001), вищий ризик за шкалою CHA₂DS₂-VASc (медіана 4 і 2 бали, відповідно), у них частіше виявляли цукровий діабет і порушення функції нирок (p<0,001). Постійна форма ФП була діагностована у 52 % пацієнтів без серцебиття і у 20 % – з вираженим серцебиттям. Натомість, структурно-функціональний стан міокарда і ризик тромбоемболічних ускладнень не відрізнялися у пацієнтів з різними класами симптомів за EHRA.

Висновки. Оцінка вираженості серцебиття, на відміну від шкали EHRA, дозволяє виділити групи пацієнтів із ВВФП, які відрізняються за вираженістю змін ехокардіографічних показників, частотою супутніх хвороб і тромбоемболічним ризиком. У пацієнтів з більш вираженим серцебиттям спостерігаються менш виражені зміни структурно-функціонального стану міокарда, рідше виявляються цукровий діабет і порушення функції нирок, меншим є ризик за шкалою CHA₂DS₂-VASc, рідше спостерігається постійна форма ФП. Очевидно, недоліки шкали EHRA зумовлені неможливістю надійної диференціації симптомів, пов'язаних власне з ФП та іншими супутніми хворобами і синдромами, зокрема, з серцевою недостатністю.

Радиочастотная катетерная абляция коронарного синуса при длительно персистирующей форме фибрилляции предсердий

Ю.И. Карпенко, А.В. Горячий, Н.В. Найденко, В.И. Кушниренко, А.А. Абрамова

Одесский национальный медицинский университет

Фибрилляция предсердий (ФП) является важной медико-социальной проблемой, представляя собой наиболее встречающуюся аритмию, распространение которой в настоящее время приобрело характер эпидемического. Частота выявления ФП в общей популяции составляет 0,5 %, прогрессивно увеличиваясь с возрастом. Прирост заболеваемости ФП у пациентов старше 40 лет составляет 0,2 % в год, достигая общей частоты 5 % в 60-летнем возрасте и 10 % в старшей возрастной группе.

Цель – определить критерии эффективности и эффект абляции области коронарного синуса, выполняемых вторым этапом после изоляции легочных вен у пациентов с длительно персистирующей ФП.

Материал и методы. С длительно персистирующей формой (более 1 года) ФП прооперировано 67 пациентов (75,6 % мужчин и 24,4 % женщин, средний возраст – (60,4±9,2) года). Длительность аритмологического анамнеза составила (6,3±3,4) года. Продолжительность последнего эпизода ФП – (17,9±4,2) мес. Применение комбинаций антиаритмических препаратов I, III классов без положительного эффекта. Среднее количество попыток кардиоверсии 3,2±0,8 у 1 пациента.

Все пациенты были разделены на две группы:

1-я (n=34) контрольная группа, пациентам которой выполнялась изоляция легочных вен (ИЛВ) с дополнительными линейными воздействиями по крыше, перегородке и митральному перешейку.

2-я (n=33) была выполнена комбинированная процедура, первым этапом которой выполнялась ИЛВ с дополнительными линейными воздействиями по крыше, перегородке и митральному перешейку, вторым – абляция области коронарного синуса (КС). В обеих группах выполнялась абляция зон SAFE.

Результаты. Суммарное время катетерной абляции в обеих группах значимо не различалось и составило: (88±16) мин для первой группы и (96±14) мин для второй группы (p=0,07). Время абляции области КС составило в среднем (10±3) мин.

Параметры абляции области КС: эндокардиально –35 W, эпикардиально 25 W, 42 °C. Конечной точкой абляции считалось: полное устранение всех потенциалов внутри КС, снижение электрических потенциалов < 0,5 мВ и отсутствие стимуляции из КС после восстановления синусового ритма.

Полученные нами данные показывают, что дополнительное воздействие на область КС, выполненное вторым этапом, значимо не увеличивало суммарную эффективность процедуры: 1-я группа – 70 % и 2-я группа – 74 % соответственно.

Однако в отдаленный период прослеживается значительное уменьшение количества рецидивов ФП и возникновения атипичного трепетания предсердий у пациентов после дополнительного воздействия на область КС: 1-я группа – 32 %, 2-я группа – 22 % (p=0,03).

Обнаруженная нами зависимость имеет практическое значение с той точки зрения, что выполнение абляции КС вторым этапом после классической широкой антральной изоляции ЛВ, линейных абляций и зон SAFE позволит значительно увеличить эффективность процедуры в отдаленный период.

Выводы. Дополнительное воздействие на область КС не повышает непосредственную эффективность процедуры, однако уменьшает количество рецидивов ФП и возникновения атипичного трепетания предсердий.

Спекл-трекинг как качественно новый метод эхокардиоскопии для определения структурного ремоделирования левого предсердия у больных фибрилляцией предсердий

Ю.И. Карпенко, Н.В. Найденко

Одесский национальный медицинский университет

С появлением 2D спекл-трекинг эхокардиоскопии мы можем фиксировать раннюю дисфункцию левого предсер-

дия (ЛП) еще до развития грубых структурных изменений у больных, которым проводится катетерная изоляция легочных вен.

Цель – оценка функции и степени фиброза ЛП при помощи 2D спекл-трекинг эхокардиоскопии для определения дальнейшей тактики ведения медикаментозного лечения, в частности антикоагулянтной терапии, после катетерной изоляции легочных вен.

Материал и методы. Было проведено исследование 80 пациентов с фибрилляцией предсердий, которым проводилась катетерная изоляция легочных вен. На всех этапах периоперационного периода использовались такие методы эхокардиоскопии: 1) чреспищеводная эхокардиоскопия, при которой оценивались размеры ЛП посредством измерения индекса максимального объема ЛП (Vmax); 2) 2D спекл-трекинг эхокардиоскопия, при которой определяли показатели локальной сократимости и деформации ЛП.

Результаты. В результате (12±2) мес наблюдения за данными пациентами было идентифицировано, что индекс максимального объема ЛП является важным прогностическим показателем эффективности катетерной изоляции легочных вен. Но наиболее показательными стали параметры деформации ЛП при мультивариантном анализе, имеющие огромное значение сравнительно дооперационно и в послеоперационный период и определяющие дальнейшую антикоагулянтную тактику ведения больных.

Выводы. Оценка локальной сократимости и деформации ЛП с использованием 2D спекл-трекинг эхокардиоскопии может стать важным диагностическим критерием эффективности катетерной изоляции легочных вен у больных с фибрилляцией предсердий.

Сравнительный анализ денервации почечных сосудов и радиочастотной абляции превертебральных симпатических узлов

**Г.В. Кнышов, Ю.И. Карпенко, Р.В. Сулик,
Е.Я. Беспалова**

ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины», Киев

Повышенный симпатический тонус играет важную роль в развитии и прогрессировании артериальной гипертензии. Открытый вопрос о методе влияния на симпатическую нервную систему, позволяющего максимально снизить количество побочных эффектов был решен в результате бурного развития эндоваскулярных технологий. Таким образом, был предложен метод через сосудистой симпатической денервации почечных артерий. За последние 3 года внедрения методики денервации почек опубликовано более 500 статей. С внедрением новой методики возник ряд вопросов, связанных с диагностикой, отбором пациентов

на операцію, інтраопераційних критеріїв ефективності.

Цель – сравнить эффективность и безопасность денервации почечных сосудов и радиочастотной абляции превертебральных симпатических узлов.

Материал и методы. В период с 2010 по 2014 год в НИССХ им. Н.М. Амосова 30 пациентам с артериальной гипертензией 2–3 степени (средний возраст – (58,4±4,8) года 19 женщин) была выполнена денервация почек путем радиочастотной абляции превертебральных симпатических узлов при помощи радиочастотного генератора Biosense Webster и стандартных абляционных электродов Celsius 6 Fr, применяемых для лечения аритмий. В 2010–2014 гг. в Одесской областной клинической больнице 28 пациентам с артериальной гипертензией 3-й степени (средний возраст – (52,2±6,4) года, 14 женщин) было выполнено денервацию почек путем радиочастотной абляции почечных сосудов при помощи радиочастотного генератора IBI и стандартных абляционных электродов 5 Fr, применяемых для лечения аритмий. Также были использованы данные многоцентрового рандомизированного исследования Simplicity HTN-2 и HTN-3. Референтными точками измерения офисного артериального давления (АД) в постоперационный период были 1, 3, 6 и 12 месяц после операции.

Результаты. Согласно Simplicity HTN-2 у пациентов с медикаментозно резистентной формой АГ через 12 месяцев после проведения симпатической денервации почек систолическое АД снизилось в среднем на 32 мм рт. ст., а диастолическое – на 14 мм рт. ст. По данным зарубежных источников, на протяжении 3 лет после операции не отмечено каких-либо осложнений и побочных эффектов операции. Однако по предварительным данным Simplicity HTN-3 уровень снижения АД значительно меньший.

Среднее снижение офисного АД через 12 месяцев при денервации превертебральных симпатических узлов составило 28/12 мм рт. ст.

Среднее снижение офисного АД через 12 месяцев при денервации почечных артерий по методике, разработанной в одесской клинической больнице, составило 29/13 мм рт. ст.

Выводы. Предварительные результаты показывают различную эффективность денервации почек у пациентов с АГ в зависимости от критериев отбора пациентов и метода оперативного приема. Это требует дальнейшего изучения методик денервации и разработки показаний к операции, интраоперационных критериев эффективности и достоверных методов оценки результата

Радіочастотна абляція шлуночкової екстрасистоїї

Б.Б. Кравчук, Р.Г. Малярчук, О.З. Парацій

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України», Київ

Шлуночкова екстрасистоїя (ШЕ) – найбільш поширена аритмія в загальній популяції. До останнього часу вважалося, що ШЕ у пацієнтів без структурної патології міокарда не викликає несприятливий вплив на гемодинаміку і, відповідно, не потребує лікування. Разом з тим, у значної частини пацієнтів ШЕ супроводжується вираженою симптома-

тикою, що значно погіршує якість життя. Перші роботи щодо катетерного лікування ШЕ з'явилися лише в середині минулого десятиріччя. Показання до радіочастотної абляції (РЧА), рівень ефективності і ускладнень практично не визначено.

Мета – вивчення ефективності РЧА ШЕ, а також факторів асоційованих із її неефективністю.

Матеріал і методи. Протягом 4 років в нашому закладі (2009–2013 рр.) проведено 120 операцій РЧА з приводу ШЕ в осіб, середній вік становив (35,4±1,2) року. Всі пацієнти були симптоматичні. При добовому моніторингу ЕКГ кількість ШЕ становила від 15203 до 48700 (в середньому 23347). По поверхневій ЕКГ намагались орієнтовно визначити локалізацію вогнища аритмії, відповідно планувалась оперативний доступ. В процесі електрофізіологічного дослідження (ЕФД) послідовно проводилось стимуляційне та активаційне картування. Об'єктом абляції була точка ранньої активації шлуночків. У разі розташування вогнища аритмогенезу в синусах Вальсальви проводилась коронарографія. Кінцевою метою РЧА вважалося повне припинення ШЕ. Для оцінки клінічних результатів після РЧА проводилось добове моніторування ЕКГ: через 48 годин, 3 та 6 місяців після проведення РЧА.

Результати. У процесі ЕФД були визначені такі локалізації субстрату аритмії: вихідний тракт правого шлуночка – 68 (56,6 %), вихідний тракт лівого шлуночка – 12 (10 %), синус Вальсальви – 12 (10 %), міжшлуночкова перетинка – 10 (8,3 %), діафрагмально-верхівкові відділи – 10 (8,3 %), кільце трьохшлуночкового клапана – 3 (2,5 %), парагісова зона – 3 (2,5 %), устя лівої коронарної артерії – 2 (1,6 %). Ефективність РЧА становила 80,2 %. Причинами неефективності були неможливість підвищення енергії > 8 Вт, випередження на великій площі. Аплікації не наносились при локалізації вогнища аритмії в зонах асоційованих із високим ризиком потенційних ускладнень (устя лівої коронарної артерії, парагісова ділянка). Проведено 10 повторних РЧА (6 з приводу рецидиву і 4 при відсутності першочергового ефекту). Ускладнень, пов'язаних із оперативним втручанням, не спостерігалось.

Висновки. 1. РЧА є високоефективним та безпечним методом лікування ШЕ. 2. РЧА дозволяє досягнути стійкого клінічного ефекту та уникнути постійного прийому антиаритмічних препаратів. 3. Дотримання критеріїв відмови від нанесення радіочастотних аплікацій дозволяє уникнути потенційно небезпечних ускладнень.

Клінічне значення омега-3-поліненасичених кислот при лікуванні пацієнтів з порушеннями ритму

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

Матеріал і методи. Було обстежено 39 пацієнтів (23 жінки та 16 чоловіків у віці (59±8) років) з суправентрикулярними (53 %) та шлуночковими (47 %) порушеннями ритму.

Усі пацієнти приймали стандартну терапію: антиагрегантну терапію; статини; блокатори ренін-ангіотензинової системи; антагоністи кальцію; бета-адреноблокатори. 91 % пацієнтів приймали антиаритмічну терапію (ААТ) (із них 65 % пропранолон, 21 % етацин, 14 % аміодарон). Усім обстеженим до базової терапії (не змінювалась протягом 1 місяця до включення в дослідження) додавалось 1000 мг на добу омега-3-поліненасичених жирних кислот («Омакор»).

Усім хворим проводилось клінічне спостереження та 24-годинний Холтерівський моніторинг ЕКГ (ХМ-ЕКГ) на етапі включення в дослідження та через 1 місяць після призначення омега-3-поліненасичених жирних кислот.

Результати. За даними 24-годинного ХМ-ЕКГ середня частота серцевих скорочень (ЧСС) за добу на фоні прийому «Омакору» зменшилась на 28 %.

Порушення ритму	ААТ	ААТ + «Омакор»
Одинична ШЕ	1124±647	736±292
Парна ШЕ	246±101	103±86
Одинична СВЕ	2345±1102	1321±543*
Парна СВЕ	803±546	617±421
Групова СВЕ	956±243	295±98*

*Різниця показників достовірна при порівнянні ААТ та ААТ + «Омакор» при * $p < 0,05$. ШЕ – шлуночкова екстрасистола, СВЕ – суправентрикулярна екстрасистола.*

Додавання омега-3-поліненасичених жирних кислот до ААТ сприяє додатковому зниженню кількості одиничних СВЕ на 56 % ($p < 0,05$); парних СВЕ на 74 %; групових СВЕ на 31 % ($p < 0,05$); одиничних ШЕ на 65 %; парних ШЕ на 42 %.

У 3 пацієнтів (8 %) прийом омега-3-поліненасичених жирних кислот не впливав на перебіг порушення ритму.

Висновки. Додавання омега-3-поліненасичених кислот до антиаритмічної терапії, посилює її ефективність та сприяє зниженню кількості надшлуночкових та шлуночкових порушень ритму у пацієнтів з ішемічною хворобою серця та артеріальною гіпертензією.

Результати ретроспективного наблюдения больных с персистирующей формой фибрилляции предсердий: оценка сердечно-сосудистых событий

О.А. Лобко

ГУ «Национальный научный центр «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины», Киев

Цель – изучить динамику течения фибрилляции предсердий (ФП) неклапанного генеза на протяжении 9 лет после восстановления синусового ритма, оценить частоту сердечно-сосудистых событий.

Материал и методы. Обследовано 544 больных (средний возраст – (58,7±8) лет), из них 327 (60,1 %) мужчин и 217 (39,9 %) женщин. Ишемическая болезнь сердца была у

413 (75,9 %) больных, миокардиофиброз – у 131 (24,1 %). Гипертоническая болезнь наблюдалась у 361 (66,4 %) больного. Давность анамнеза аритмии составляла в среднем (65,3±52) месяца.

Результаты. В течение периода наблюдения синусовый ритм регистрировали у 18,5 % больных, персистирующую форму ФП – у 49,6 %, постоянную форму аритмии – у 31,9 %. Сердечно-сосудистые события зафиксированы у 109 (20 %) больных, из них инфаркт миокарда развился у 47 (8,6 %), острое нарушение мозгового кровообращения – у 48 (8,9 %), сердечно-сосудистая смерть – у 19 (3,5 %), некардиальная смерть – у 4 (0,7 %) больных. Отсутствовали серьезные сердечно-сосудистые события у 441 (81,1 %).

В группе больных без сердечно-сосудистых событий достоверно реже отсутствовала артериальная гипертензия ($P < 0,05$), в то время, как артериальная гипертензия 3-й степени чаще встречалась у больных с сердечно-сосудистыми событиями ($P < 0,05$). Наблюдалась тенденция развития инфаркта миокарда у лиц мужского пола (70 %).

Выводы. У больных на фоне синусового ритма, который после успешного восстановления удерживался до настоящего времени, произошло достоверно меньше сердечно-сосудистых событий в отличие от пациентов с персистирующей и постоянной формами фибрилляции предсердий. Согласно полученным результатам, ФП является потенциально опасной аритмией и после восстановления синусового ритма больные нуждаются в постоянном динамическом наблюдении.

Морфофункціональний стан вухка правого передсердя у хворих з неклапанною фібриляцією передсердь

**Я.М. Логвінов, О.Й. Жарінов, О.А. Єпанчинцева,
К.О. Міхалєв, В.О. Куць, Г.П. Вережнікова,
Н.О. Мохначова**

*Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ*

Неклапанна фібриляція передсердь (ФП) асоціюється зі структурними змінами та дисфункцією вухка лівого передсердя (ВЛП), що може призводити до тромбоутворення. На сьогодні недостатньо даних щодо морфофункціональних змін вухка правого передсердя (ВПП) та їх зв'язку з підвищеним ризиком тромбоутворення (ТУ) у ВЛП.

Мета – оцінити зміни морфофункціонального стану ВПП залежно від ризику ТУ у ВЛП.

Матеріал і методи. Обстежили 121 хворого з ФП неклапанного генезу (82 чоловіка і 39 жінок) віком від 35 до 90 років (середній вік – 62 роки). Залежно від ступеня виразності феномену спонтанного контрастування (ФСК) і наявності тромбів у ВЛП пацієнтів поділили на три групи: група 1 – без ФСК або з ФСК 1–2-ї ст. ($n=73$), група 2 – ФСК 3–4-ї

ст. (n=28), група 3 – з тромбом у ВЛП (n=20). Оцінку структури (максимальна площа (Smax)) і функції (максимальна швидкість вигнання крові з ВПП (ШВК ВПП), усереднена максимальна швидкість руху медіальної та латеральної стінок ВПП (ШРС ВПП) ВПП здійснили методом черезстравохідної ехокардіографії з використанням спектрального тканинового доплера (ТД). У процесі ROC-аналізу визначали точку розподілу, відносно якої розраховували чутливість і специфічність показників, які позначали як середнє з 95 % довірчим інтервалом (ДІ). Для ROC-аналізу як бінарні розглядали групи 1 та об'єднані групи 2 і 3. Дані аналізували непараметричними методами з рівнем статистичної значущості $p < 0,05$.

Результати. Підвищення ризику ТУ у ВЛП асоціювалося зі значним погіршенням морфофункціонального стану ВПП (група 1 порівняно з групою 3), а саме збільшенням Smax на 27,1 % ($p < 0,017$), зменшенням ШВК ВПП на 36,4 % ($p < 0,001$) та ШРС ВПП – на 31,9 % ($p < 0,001$). Показник ШРС ВПП, порівняно з іншими, мав найвищі рівні чутливості 77,1 % (95 % ДІ 62,3–87,5) і специфічності 78,2 % (95 % ДІ 66,4–87,0) для дискримінації зазначених бінарних груп. Зниження ШРС ВПП найбільш сильно корелювало зі ступенем вираженості ФСК у ВЛП ($r = -0,60$, $p < 0,05$).

Висновки. Погіршення морфофункціонального стану ВПП пов'язано з підвищенням ризику ТУ у ВЛП при неклапанній ФП. Найбільш інформативним маркером дисфункції ВПП є ТД показник ШРС.

Вплив перенесеної негоспітальної пневмонії на частоту аритмічних ускладнень, ступінь ішемії міокарда та стан вегетативної нервової системи у хворих на стабільну стенокардію напруження

Н.С. Михайловська, Т.О. Кулинич

Запорізький державний медичний університет

Мета – оцінити вплив перенесеної негоспітальної пневмонії (НП) на стан вегетативної нервової системи у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС): стабільну стенокардію напруження.

Матеріал і методи. До відкритого проспективного когортного дослідження залучено 46 хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруження II–III ФК (середній вік – (70,9±1,22) року). Основна група – 26 хворих, що перенесли НП, група порівняння – 20 хворих без перенесеної НП. Усім хворим проводили комплексне обстеження згідно з наказами МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р. та №128 від 19.03.2007 р. Добове моніторування ЕКГ проводили за загальноприйнятою методикою за допомогою портативного апарату «Кардіосенс К» (Харків). Часові та спектральні параметри варіабельності серцевого ритму (ВСР), ознаки електричної нестабільності та ступінь ішемії міокарда оцінювали згідно з рекомендаціями Комітету експертів Північноамериканського товариства стимуляції та електрофізіології, Європейського товариства кардіологів та Української асоціації кардіологів. Статистичну обробку даних здійснювали за допомогою параметричних і непараметричних методів відповідно до сучасних вимог.

Результати. За даними холтеровського добового моніторування ЕКГ у хворих на ІХС з НП частіше реєструвалась шлуночкова екстрасистолія високих градацій (58,33 проти 23,33 %, $p < 0,001$) та паузи, обумовлені порушенням синоатріального проведення (25,0 проти 16,67 %, $p < 0,05$); збільшення загальної тривалості безбольової ішемії міокарда (4 хв 45 с ±0,0009 проти 2 хв 38 с ±0,0007, $p < 0,001$). Часові параметри ВСР (SDNN, rMSSD pNN50) у досліджуваних групах в активний період достовірних розбіжностей не мали. Однак у пасивний період спостерігалось суттєве зниження SDNN на 25,17 %, rMSSD – на 16,76 %, pNN50 – на 7,97 % у хворих на ІХС з НП ($p < 0,001$), що може свідчити про послаблення регуляторної ролі автономної нервової системи у нічний період. Триангулярний індекс у хворих з НП в пасивний період був достовірно меншим на 13,05 % ($p < 0,05$) і мав тенденцію до зниження в активний період порівняно з хворими без НП. Аналіз спектральних показників ВСР виявив тенденцію до зниження VLF в пасивний період; зменшення HF на 17,21 % в активний та на 21,97 % в пасивний періоди ($p < 0,01$). При порівнянні співвідношення низьких і високих частот в структурі загальної потужності спектра у хворих на ІХС з НП спостерігалось збільшення показників LFп за активний період (72,1±1,79 проти 66,73±5,51 н.о., $p < 0,01$) на тлі менших значень HFп вдень (27,9±1,79 проти 33,28±5,51 н.о., $p < 0,01$). Виявлені відмінності у групах для співвідношення LF/HF, який вважається чутливим показником симпато-парасимпатичного балансу: 2,99±0,26 проти 2,38±0,54 в активний період у хворих з НП та без НП відповідно ($p < 0,05$).

Висновки. Хворим на ішемічну хворобу серця з негоспітальною пневмонією притаманне збільшення частоти реєстрацій порушень серцевого ритму та провідності, епізодів безбольової ішемії міокарда; спостерігається послаблення вегетативної регуляції ритму серця у нічний період, збільшення співвідношення LF/HF за денний період, що свідчить про зміни ВСР у бік активації тону симпатичної ланки вегетативної нервової системи.

Імунозапальні маркери і функціональний клас хронічної серцевої недостатності у хворих з цукровим діабетом 2-го типу

А.В. Наріжна, П.Г. Кравчун

Харківський національний медичний університет

Незважаючи на успіхи у лікуванні хронічної серцевої недостатності (ХСН), смертність пацієнтів залишається високою та сягає 20 % протягом 1 року. Згідно з результатами досліджень до факторів, які мають негативний вплив на прогноз, відносять наявність супутніх захворювань. Коморбідним станом, який часто зустрічається у хворих на ХСН, є цукровий діабет (ЦД) 2-го типу. За результатами дослідження, яке включало більше 1 млн дорослого населення США, ХСН та ураження нирок, у тому числі діабетичного генезу, незалежно один від одного збільшують ризик смерті на 50–100 %, а їх комбінація – на 300 %. Silverberg і співавтори стверджують, що взаємовідносини між серцем та нирками є взаємно спрямованими. Такі відносини було описано в рамках кардіоренального синдрому (КРС).

Багато робіт присвячено оцінці маркерів імунозапалення у хворих на ХСН. Висока активність цитокінів у хворих на

ХСН привертає увагу дослідників, зростання, у першу чергу, прозапальної цитокинової ланки розглядається деякими авторами як чинник несприятливого перебігу ХСН. Проте питання щодо характеру балансу прозапальної та протизапальної ланок цитокинів у хворих на ХСН за наявності або відсутності ЦД 2-го типу, до теперішнього часу залишається дискусійним.

Мета – вивчення змін активності маркерів імунозапалення на підставі визначення динаміки концентрацій інтерлейкіну-1 β (ІЛ-1 β) та інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) у хворих з різними функціональним класом ХСН за наявності ЦД 2-го типу та без нього.

Матеріал і методи. Обстежено 80 хворих на ХСН II–III ФК внаслідок ішемічної хвороби серця (ІХС), які перебували на лікуванні у кардіологічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні № 27 (середній вік – (65,13 \pm 8,66) року). До першої групи увійшли 46 хворих на ХСН з діагностованим ЦД 2-го типу, до другої – 34 хворих на ХСН без ЦД.

Концентрацію прозапального цитокіну ІЛ-1 β та протизапального цитокіну ІЛ-10 визначали імуноферментним методом.

Висновки. Наявність ЦД у хворих на ХСН і ЦД 2-го типу характеризується дисбалансом роботи системи цитокинів, що проявляється високими концентраціями прозапального ІЛ-1 β і низьким рівнем протизапального ІЛ-10. У пацієнтів на ХСН без ЦД 2-го типу спостерігається спроба збалансованої роботи маркерів імунозапалення, що характеризується гіперцитокінемією за рахунок як про-, так і протизапальної ланки.

Стан системи гемостазу під впливом антиагрегантного лікування у хворих на фібриляцію передсердь

М.А. Оринчак, М.М. Василечко

Івано-Франківський національний медичний університет

Мета – порівняння динаміки показників коагуляційного та тромбоцитарного гемостазу у хворих на фібриляцію передсердь з метаболічним синдромом під впливом комплексного лікування із включенням ацетилсаліцилової кислоти (АСК), омега-3 поліненасичених жирних кислот чи АСК з L-аргініном.

Матеріал і методи. Під спостереженням перебували 118 хворих на фібриляцію передсердь (ФП), які мали три і більше ознаки метаболічного синдрому (МС) за критеріями АТР III (2001) та МАД (2005), (вік 60–79 років; 57 чоловіків, 61 жінка). Проведено аналіз стану системи коагуляційного гемостазу за показниками протромбінового індексу (Пті), фібриногену, розчинних фібринмономерних комплексів (РФМК), D-димерів та тромбоцитарного гемостазу за показниками агрегаційної активності тромбоцитів (ААТ) – часу початку, ступеня, швидкості агрегації, кількості тромбоцитів та фактора Віллебрандта за стандартними методиками під впливом комплексного лікування із застосуванням АСК у дозі

100 мг 1 р/д (1-ша група), омега-3 поліненасичених жирних кислот (омега-3 ПНЖК) у дозі 1000 мг/д (2-га група) та АСК 100 мг з L-аргініном 4,2 г/д довенно та перорально (3-тя група) до та після 2 місяців лікування. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Результати. У всіх обстежених хворих було діагностовано МС, тому низького ризику виникнення тромбоемболій за шкалою CHADS₂ та CHA₂DS₂-VASc не було виявлено. Характерною виявилась активація зсідальної системи крові та фібринолізу, зокрема, підвищення рівнів Пті на 20,39 %; фібриногену – 64,14 %; РФМК – 61,05 % (p<0,05). Стан гіперкоагуляції виявлено у 62 (52,54 %) та 56 (47,45 %) випадках за показником позитивного D-димеру та підвищеною ААТ (p<0,05) відповідно. Під впливом лікування досягнуто зниження показників коагуляційного гемостазу у 12 (27,27 %) випадках (1-ша група); у 35 (81,39 %) (2-га група) та у 17 (54,83 %) (3-тя група) (p<0,05), що дозволило зменшити ризик виникнення серцево-судинних подій у хворих на ФП з МС. Нормалізація показників ААТ (подовження часу початку агрегації, зменшення ступеня, швидкості агрегації та фактора Віллебрандта) відзначено у 57 % випадків (1-ша група); 85 % (2-га група) та у 61 % (3-тя група) (p<0,05). В усіх групах кількість тромбоцитів до та під впливом лікування не змінювалася і становила (280,14 \pm 11,52) тис/мкл, що відповідало рівню в контролі – (284,21 \pm 8,32) тис/мкл (p>0,05).

Висновки. Для хворих з ФП на тлі МС характерні протромботичні розлади коагуляційної та тромбоцитарної ланок гемостазу із підвищенням рівнів Пті, фібриногену, продуктів деградації фібрину (РФМК, D-димерів) та високою ААТ за показниками зменшення часу початку агрегації, збільшення ступеня, швидкості агрегації та фактора Віллебрандта. Омега-3 ПНЖК більшою мірою порівняно з АСК/АСК з L-аргініном сприяє нормалізації рівня фібриногену, РФМК, D-димерів та покращує показники ААТ.

Клініко-функціональні особливості пацієнтів з безсимптомною фібриляцією – тріпотінням передсердь

Н.С. Павлик, У.П. Черняга-Ройко

Львівський обласний кардіологічний центр

Безсимптомні та малосимптомні форми фібриляції – тріпотіння передсердь (ФП–ТП) є однією з актуальних проблем сучасної аритмології, оскільки визнані незалежним предиктором виникнення ішемічного інсульту і серцевої недостатності.

Мета – оцінити поширеність безсимптомних та малосимптомних форм ФП–ТП, а також порівняти фактори серцево-судинного ризику, клінічні та структурно-функціональні пара-

метри серця у хворих з вираженими симптомами аритмії та без них.

Матеріал і методи. У дослідження включено 685 пацієнтів, 390 (56,9 %) чоловіків і 295 (43,1%) жінок, віком від 36 до 87 років, з діагностованою ФП–ТП, які були послідовно госпіталізовані у Львівський обласний кардіологічний центр з січня до червня 2013 року. Усі хворі були поділені на дві групи залежно від наявних симптомів аритмії за шкалою EHRA. До першої групи увійшло 105 (15,3 %) хворих, які мали асимптомний чи малосимптомний перебіг ФП–ТП, до другої – 580 (84,7 %) пацієнтів з вираженими симптомами аритмії. Серцево-судинний ризик визначали за шкалою CHA₂DS₂VASc. В обох групах порівнювали фактори серцево-судинного ризику, супутню патологію, параметри ЕхоКГ.

Результати. Пацієнти з симптомним та асимптомним перебігом ФП–ТП не мали суттєвої відмінності за факторами серцево-судинного ризику за шкалою CHA₂DS₂VASc (3 (2–4) проти 3 (2–4), $p=0,3$). Не було виявлено відмінностей між групами за віком, статтю, наявністю шкідливих звичок, перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу, гіпертонічної хвороби, цукрового діабету, інфаркту міокарда, тромбоемболічних ускладнень та захворювань щитоподібної залози. Пацієнти з безсимптомною ФП–ТП частіше мали ознаки декомпенсованої серцевої недостатності (40 (38,1 %) проти 123 (21,2 %), $p=0,00018$). У пацієнтів з безсимптомною ФП–ТП були дещо більші розміри лівого передсердя (4,6 (4,1–5,1) проти 4,5 (4–4,85) см, $p=0,05$) та лівого шлуночка (5,5 (4,9–5,9) проти 5,2 (4,8–5,8) см, $p=0,04$).

Висновки. Безсимптомний та малосимптомний перебіг реєструвався у 15,3 % пацієнтів з ФП–ТП. Пацієнти з безсимптомною та малосимптомною ФП–ТП частіше госпіталізувалися в стаціонар за ознаками серцевої декомпенсації, більшими розмірами лівих камер серця, що визначало домінуючі прояви захворювання.

Фрагментуючі операції при постійній формі фібриляції предсердий и коррекции клапанов сердца

В.В. Попов, В.В. Рой, Е.В. Пукас, В.В. Головань, А.В. Топчий

ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины», Киев

Цель – изучение возможностей интраоперационного восстановления синусового ритма в условиях искусственного кровообращения (ИК).

Материал и методы. В анализируемую группу включены 201 пациент с клапанной патологией, находившийся на хирургическом лечении в отделении хирургии приобретенных пороков сердца Института с 1 января 2009 года до 1 января 2014 года. Мужчин было 86 (36,9 %), женщин – 115 (63,1 %). Возраст больных колебался от 39 до 71 лет (в среднем – (58,2±7,2) лет). 59 (29,4 %) пациентов относились к III классу по классификации NYHA, а 142 (70,6 %) пациентов – к IV классу. Длительность существования фибрилляции предсердий до операции составила (3,1±0,4) года. У всех пациентов была выполнена коррекция клапанного порока в условиях ИК (ПМК (n=64), ПМАК (n=12), ПАК (n=4) и другие (n=6). Для левых отделов операция «Лабиринт-3» (n=149),

«Лабиринт-4» (n=42) (box) и полный «Лабиринт-4» (n=10) выполнялась у всех пациентов радиочастотным методом (25–35 Вт). У всех пациентов выполнено лигирование ушка левого предсердия (ЛП) за счет его прошивания под основание снаружи, с последующей его резекцией (n=72). Редукция ЛП выполнена у 139 (69,2 %) пациентов посредством параанулярной пликаций задней стенки ЛП (n=64), а также треугольной пластики (n=58) и арочной пластики ЛП (n=17) по оригинальным методикам с целью его уменьшения менее 5,0 см, а также для формирования фиброзных конфигураций в ЛП. Диаметр ЛП при редукции ЛП изменился с (6,3±0,6) до (4,9±0,3) см. Операции выполнялись в условиях умеренной гипотермии (34 °C) и антеретроградной солевой кардиopleгии. Время пережатия аорты составило (87,1±9,1) мин. Время манипуляций при выполнении операции полный «Лабиринт-4» составило (24,3±1,8) мин. Осложнений, связанных с методикой выполнения операции, не отмечено.

Результаты. Из 201 оперированных пациентов на госпитальном этапе умерло 5 (1,7 % госпитальная летальность). Причины – пневмония (2), полиорганная недостаточность (2), инсульт (1). Инотропная поддержка (добутамин) составила в пределах 3–5 мкг/мин/кг в течение первых 48 часов. Длительность пребывания на ИВЛ – (7,9±1,5) часа, в отделении интенсивной терапии – (74,2±4,8) часа. Синусовый ритм при выписке по ЭКГ отмечался у 161 (80,1 %). При выписке восстановление синусового ритма в группе пациентов с пластикой ЛП было выше, чем в альтернативной группе: 84,9 % (n=118/139) и 69,4 % (n=43/62) ($p<0,05$). Через (3,5±0,5) год после операции прослежено 169 пациентов. Из 146 пациента из группы с восстановленным правильным ритмом у 138 (94,5 %) удерживается синусовый ритм. Из 25 пациентов, выписанных с мерцательной аритмией, у 14 (56,0 %) восстановился синусовый ритм.

Выводы. Коррекция клапанов в сочетании с операцией Лабиринт позволяет успешно восстановить правильный ритм в 80,1 % случаев на госпитальном этапе и стабилизировать его в течение полугода после операции. Элемент редукции ЛП является важным для восстановления синусового ритма.

Риск развития аритмического синдрома у больных с эритроцитозами

В.В. Родионова, Е.Н. Коваленко, Е.С. Хмель, Т.П. Николаенко

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»
КУ «Днепропетровская многопрофильная клиническая больница № 4» ДООС»*

Цель – изучить риск возникновения аритмического синдрома у больных с первичными и вторичными эритроцитозами.

Материал и методы. Обследован 31 пациент, наблюдавшийся в гематологическом центре Днепропетровска, терапевтических и профпатологическом отделениях КУ «Днепропетровская МКБ № 4» ДООС». Из них, с первичным эритроцитозом (ПЭ) было 17 (54,8 %) лиц, средний возраст – (54,17±3,56) года; с вторичным эритроцитозом (ВЭ), вследствие хронического obstructивного заболевания легких (ХОЗЛ) – 14 (45,2 %), средний возраст (59,17±3,74) го-

да. Длительность заболевания ПЭ составила (11,24±4,68) года. Наблюдение по поводу ХОЗЛ составило (16,36±4,51) года, при этом длительность ВЭ – (6,75±3,12) года. Лечение ПЭ осуществлялось согласно гематологическим протоколам (Приказ МОЗ Украины №647, 2011), терапия ХОЗЛ соответствовала Приказу МОЗ Украины № 128, 2007 г., а также рекомендациям GOLD, 2012. В терапию всех пациентов были включены антиагреганты (ацетилсалициловая кислота, клопидогрель). Контрольную группа составили 15 практически здоровых доноров.

Значимыми в исследовании гематологических показателей были: уровень гематокрита (Ht), гемоглобина (Hb), эритроцитов (эр.), фибриноген, также проводили Холтеровское мониторирование ЭКГ с регистрацией поздних желудочковых потенциалов. Статистическая обработка материала проводилась с определением средних арифметических величин (M), среднеквадратичного отклонения (σ) и ошибки средних величин (m). Достоверность разницы данных проверяли с помощью параметрических критериев Стьюдента, Фишера. Значимыми считались те показатели, в которых уровень отличий составлял $p < 0,05$. Для оценки отличий между двумя независимыми выборками по уровню любого признака использовался критерий Краскела – Уоллиса.

Результаты. У пациентов с ПЭ были достоверно повышены показатели гемоглобина (180,17±25,15) г/л, эритроцитов (6,42±1,65) Т/л, гематокрита (53,82±4,62) % ($p < 0,05$). У больных с ВЭ показатели гемоглобина составили (164,23±8,12) г/л, эритроцитов (5,63±1,21) Т/л, гематокрита (50,44±2,23) % ($p < 0,05$) соответственно.

У 85,7 % пациентов с ВЭ была определена тахикардия, у пациентов с ПЭ – в 82,3 % случаев. У 92,8 % больных с ВЭ и 88,2 % с ПЭ были выявлены эпизоды нарушений сердечного ритма, преимущественно экстрасистолы: наджелудочковые (42,8 и 47 % соответственно) и желудочковые (35,7 и 35,3 % соответственно). АВ-блокада I степени была выявлена у 1 больного с ПЭ. Частота выявления поздних желудочковых потенциалов была достоверно выше у пациентов с ВЭ по сравнению с пациентами, у которых была ПЭ (35,7 и 17,6 % соответственно, $p < 0,05$).

Выводы. 1. Наличие эритроцитозов обуславливает достоверное повышение частоты нарушений ритма в виде наджелудочковых, желудочковых экстрасистол, синдрома тахикардии. 2. Пациенты с ВЭ имеют более высокую вероятность развития жизнеугрожающих аритмий, по сравнению с пациентами с ПЭ, что обусловлено наличием часто регистрирующихся поздних желудочковых потенциалов, которые являются маркерами желудочковых нарушений ритма, в первую очередь желудочковой тахикардии и фибрилляции желудочков. 3. Выявление риска сердечных аритмий определяет необходимость проведения 24-, 48-часового мониторинга ЭКГ у пациентов с ПЭ и ВЭ для последующей коррекции проводимой терапии.

Можливості досягнення жорсткого та м'якого контролю ЧСС на тлі застосування β-адреноблокаторів у пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь неклапанної етіології

П.Б. Романюк

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

Мета – вивчити та зіставити ефективність бісопрололу та карведилолу при м'якому та жорсткому контролі частоти серцевих скорочень у хворих із постійною формою фібриляції передсердь неклапанної етіології.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективне дослідження 194 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» з 2010 до 2013, віком до 65 років із постійною формою фібриляції передсердь (тривалість аритмії > 12 міс) неклапанної етіології, що виникла на фоні міокардіофіброзу, ІХС із артеріальною гіпертензією та/або серцевою недостатністю I–IIA ст., ФК I–III по NYHA з систолічною дисфункцією лівого шлуночка або без неї за даними ЕхоКГ.

Ретроспективно аналізували:

- клінічне спостереження;
- аналіз 12-канальної ЕКГ з інтервалографією;
- холтерівський моніторинг;
- двовимірну доплерехокардіографію.

Критерії виключення з дослідження: вік > 65 років; некомпенсована гормональна дисфункція щитоподібної залози (гіпер- або гіпотиреоз); прийом аміодарону; СН III ст. та/або IV ФК по NYHA; гострий коронарний синдром; гостре порушення мозкового кровообігу або ТІА; гострий міокардит; ревматична хвороба серця; регургітація 3+ і 4+ на клапанах за даними ехокардіографії; брадисистолічний варіант постійної форми фібриляції передсердь; постійна форма тріпотіння передсердь; некомпенсовані супутні хвороби.

Стратегія досягнення цільових значень ЧСС. Контроль ЧСС проводили шляхом титрування доз бісопрололу та карведилолу до досягнення цільових значень частоти серцевих скорочень за час госпіталізації в стаціонарі:

< 80 уд./хв у спокої та < 110 уд./хв при фізичних навантаженнях (жорсткий контроль);

< 110 уд./хв у спокої за умови нормальної переносності симптомів аритмії (м'який контроль) при відсутності побічних ефектів.

Результати. За результатами дослідження: терапія бісопрололом проводилась 141 (72,7 %) пацієнтам, причому жорсткого контролю вдалось досягти у 87 хворих (61,7 %), а м'якого – у 54 (38,3 %).

Терапія карведилолом проводилась 53 (27,3 %) пацієнтам, причому жорсткого контролю вдалось досягти у 30 (56,6 %) хворих, а м'якого – у 23 (43,7 %).

Висновки. Біспролол та карведилол однаково ефективні для досягнення контролю ЧСС (як м'якого, так і жорсткого) у пацієнтів з постійною формою ФП. Жорсткого контролю ЧСС вдалось досягти у 61,7 та 56,6 % у пацієнтів, що приймали біспролол та карведилол відповідно.

Діагностичне значення варіабельності серцевого ритму у хворих на легеневу артеріальну гіпертензію

**Х.О. Семен¹, Л.Я. Соловей², М.С. Василів¹,
О.П. Єлісеєва¹, Д.В. Камінський¹, О.Г. Яворський¹**

¹ Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

² Львівська обласна клінічна лікарня

Легенева артеріальна гіпертензія (ЛАГ) характеризується ураженням судин легень з формуванням правощлуночкової серцевої недостатності. Актуальним завданням у діагностиці ЛАГ залишається пошук методів оцінки функціонального стану пацієнта та прогнозування перебігу хвороби. У цьому контексті перспективним є дослідження варіабельності серцевого ритму (ВСР), що відображає не лише зміни автономного гомеостазу, але й активність системного запалення, глибину окисного стресу та стан аеробного обміну.

Мета – дослідити взаємозв'язок варіабельності серцевого ритму (ВСР) із показниками легеневої гемодинаміки, рівнем нейрогуморальної активації NT-proBNP і толерантністю до фізичного навантаження у хворих на легеневу артеріальну гіпертензію.

Матеріал і методи. У дослідженні взяли участь 12 пацієнтів із ідіопатичною та сімейною формами ЛАГ, з яких 7 хворих із ФК II та 5 хворих з ФК III (ВООЗ). Усім досліджуваним проводилась катетеризація правих відділів серця. Рівень NT-proBNP у крові визначали імуноферментним методом. Толерантність до фізичного навантаження оцінювалась за результатами тесту з 6-хвилинною ходьбою. У короткотривалих записах ЕКГ проводили аналіз спектральних та часових показників ВСР (ВНС-мікро, програмне забезпечення Нейрософт). У контрольну групу увійшли десять здорових добровольців зіставних за віком та статтю.

Результати. Легенева гіпертензію високого ступеня було діагностовано в усіх обстежуваних, що супроводжувалась підвищенням рівня NT-proBNP (1559±1952) мг/мл та зменшенням дистанції у тесті з 6-хвилинною ходьбою до (390±105) м. Дослідження ВСР виявило зниження спектральних та часових показників (загальна спектральна потужність коливалась в межах 150–2540 мс²) з переважанням дуже низькочастотних та низькочастотних компонент у структурі спектра. Виявлено сильні кореляційні зв'язки між рівнем NT-proBNP та значенням показників серцевого викиду ($r=-0,96$), частоти серцевих скорочень ($r=0,73$), тиску в правому передсерді ($r=0,68$), а також дистанцією у тесті з 6-хвилинною ходьбою ($r=-0,65$). Також, показано сильні зворотні кореляції між більшістю показників ВСР та рівнем маркера нейрогуморальної активації NT-proBNP.

Висновки. Пацієнти із ЛАГ характеризуються зниженням параметрів ВСР за рахунок зменшення активності як симпатичного, так і парасимпатичного відділів нервової системи. Зниження ВСР корелює із погіршенням показників легеневої гемодинаміки та із зростанням рівня NT-proBNP, що свідчить

про важливе значення ВСР для оцінки та моніторингу ознак правощлуночкової серцевої недостатності, а, отже, прогнозу у хворих із ЛАГ.

Фармакологічне пре- та посткондиціонування в лікуванні пароксизмальної та персистоючої форми фібриляції передсердь

Н.М. Середюк, В.Н. Середюк, М.В. Федорченко

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Протективний ефект ішемічного прекодиціонування доведений щодо багатьох клінічних ситуацій – розмірів інфаркту міокарда, реперфузійних та інших ускладнень, поліпшення механічної функції серця, клінічних наслідків у постінфарктний період. Активно дискутується питання фармакологічної активації прекодиціонування. В аритмології ефекти фармакологічного пре- та посткондиціонування міокарда мало вивчені.

Мета – з'ясувати доцільність, ефективність і безпечність застосування фармакологічного пре- та посткондиціонування в лікуванні пароксизмів фібриляції передсердь (ФП) та епізодів її персистенції.

Матеріал і методи. Обстежено 30 хворих на стабільну хворобу коронарних артерій з ФП (20 осіб з пароксизмами ФП, 10 – з персистенцією ФП). Ефективність пре- та посткондиціонування оцінювали за динамікою клінічних ознак, показників ЕКГ (депресія сегмента ST), ЕхоКГ (сегментарна гіпо-, дискінезія). Як активатор пре- та посткондиціонування застосовували адвокард (ФарКоС, Україна) – 400–600 мг/добу.

Результати. Встановлено, що застосування адвокарда (активатора пуринових (аденозинових) рецепторів та КАТФ-каналів) перед та під час прийому антиаритмічних засобів (аміодарону, пропафенону) покращує наслідки лікування: відновлення синусового ритму виникає на 3–4 дні раніше, підвищується ефективність нових оральних антикоагулянтів (ривароксабан), зменшується ризик нормалізаційних емболій та системного емболізму.

Висновки. Новий комбінований кардіологічний препарат адвокард є ефективним засобом для фармакологічного пре- та посткондиціонування міокарда при пароксизмальної і персистоючої формі фібриляції передсердь. Він потенціює антифібриляторні властивості аміодарону і пропафенону та антикоагуляційний ефект ривароксабану.

Особливості ліпідного обміну у хворих з ФП на тлі прийому аміодарону залежно від функції щитоподібної залози

О.С. Сичов, С.В. Лизогуб

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

Фібриляція передсердь є найбільш поширеним порушенням ритму. Порушення функції щитоподібної залози є однією з причин фібриляції передсердь та може виникати внаслідок прийому аміодарону. Поява дисфункції щитоподібної залози значно погіршує стан пацієнтів та обмежує терапевтичні можливості лікаря.

Мета – визначити кількість пацієнтів з фібриляцією передсердь (ФП), які мають патологію щитоподібної залози (ЩЗ); вивчити особливості морфофункціональних показників в групах пацієнтів з гіпертиреозом та гіпотиреозом.

Матеріал і методи. У дослідження включено 763 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділі аритмій серця в період з січня 2005 до травня 2008 р. Всім пацієнтам проводилося визначення функції щитоподібної залози, УЗД щитоподібної залози, клінічний огляд, ЕхоКГ, ХМЕКГ, добове моніторування АТ, лабораторне обстеження.

Результати. У 90 % пацієнтів з ФП при обстеженні виявлено нормальну функцію (ЩЗ), а 10 % (77 пацієнтів) мали порушення функції ЩЗ. У 29 (4 %) пацієнтів виявлено гіпотиреоз, у 48 (6 %) пацієнтів – гіпертиреоз. Серед пацієнтів, що мають ФП та приймають аміодарон, дисфункцію ЩЗ виявлено у 25 %. Пацієнти розподілені по групах залежно від функції ЩЗ та проведено аналіз ліпідного обміну. Показники ліпідного обміну наведені у таблиці.

Показник	Хворі з різною функцією щитоподібної залози		
	Гіпертиреоз	Гіпотиреоз	Еутиреоз
Загальний холестерин, ммоль/л	4,48±0,20 ¹⁻²	5,87±0,20	5,71±0,10 ¹⁻³
Тригліцериди, ммоль/л	1,13±0,3 ¹⁻²	1,41±0,12 ²⁻³	1,60±0,1 ¹⁻³
ЛПВЩ, ммоль/л	1,45±0,04 ¹⁻²	1,30±0,08 ²⁻³	1,40±0,01
ЛПНЩ, ммоль/л	1,71±0,02 ¹⁻²	4,10±0,06 ²⁻³	3,40±0,09 ¹⁻³
ЛПДНЩ, ммоль/л	0,53±0,01 ¹⁻²	0,66±0,04 ²⁻³	0,77±0,06
Індекс атерогенності	1,55±0,01 ¹⁻²	4,80±0,11 ²⁻³	3,36±0,09 ¹⁻³

* – достовірність різниць на рівні $p < 0,05$ між групою 1-3 та 2-3. ЛПВЩ – ліпопротеїни високої щільності; ЛПНЩ – ліпопротеїни низької щільності; ЛПДНЩ – ліпопротеїни дуже низької щільності.

Висновки. 1. Серед пацієнтів, що мають фібриляцію передсердь, виявлено дисфункцію щитоподібної залози у 14 %. У групі пацієнтів, що приймають аміодарон, виявлено достовірно більше випадків дисфункції щитоподібної залози (до 25 %). 2. При лабораторному обстеженні отримані достовірні різниці між рівнем загального холестерину, рівнем тригліцеридів, ЛПНЩ, ЛПДНЩ, індексом атерогенності залежно від функції щитоподібної залози у хворих з фібриляцією передсердь на фоні прийому аміодарону.

Ремоделирование ЛЖ при ФП неклапанного генеза у больных в возрасте до 65 лет: взаимосвязь с клиническими характеристиками

О.С. Сычев, Т.В. Михалева

ГУ «Национальный научный центр «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины», Киев

Фибрилляция предсердий (ФП), в т.ч. неклапанного генеза, – наиболее частое нарушение сердечного ритма, ко-

торое может возникать как при отсутствии структурных поражений миокарда, так и его ремоделировании, что необходимо учитывать при комплексном, патогенетически обоснованном ведении таких пациентов.

Цель – изучить типы ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) в зависимости от формы ФП, а также их взаимосвязь с клиническими характеристиками пациентов.

Материал и методы. Обследовали 161 пациента с неклапанной ФП в возрасте до 65 лет (в среднем, 55 ± 10 лет). Среди обследованных пациентов были 111 (68,9 %) мужчин и 50 (31,1 %) женщин. Гипертоническая болезнь (ГБ) была у 128 (79,5 %) пациентов, констелляция ГБ с ИБС, диффузным кардиосклерозом (ДК) – у 101 (62,7 %) пациента. Миокардиофиброз диагностировали у 45 (30,0 %) пациентов. Среди обследованных пациентов у 55 (34,2 %) была пароксизмальная форма ФП, у 81 (50,3 %) – персистирующая (в т.ч. у 8 – длительно персистирующая) и у 25 (15,5 %) – постоянная. Данные о перенесенном ОНМК были у 20 (12,4 %) пациентов. У всех пациентов ($n=161$) были обнаружены признаки хронической СН. Риск тромбозмболических осложнений оценивали по шкале CHA₂DS₂-VASc, прогрессирования ФП – по шкале HATCH. У 116 (72,1 %) пациентов выполнили трансторакальную эхокардиографию (ТТЭ). Тип ремоделирования ЛЖ определяли согласно рекомендациям ASE: концентрическое ремоделирование (КР) – у 16 пациентов (13,8 %), концентрическая гипертрофия (КГ) – у 69 (59,5 %), эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) – у 9 (7,7 %). Нормальная геометрия (НГ) ЛЖ была у 18 (15,5 %) пациентов. У всех пациентов систолическая функция ЛЖ была сохранена (фракция выброса ЛЖ ≥ 45 %). Сравнение абсолютной и относительной (%) частот номинальных и порядковых признаков проводили с помощью критерия χ^2 , а их ассоциацию – критерия Cramer's V (VC). Уровень статистической значимости отличий был $p < 0,05$.

Результаты. Частота различных типов геометрии ЛЖ была сопоставимой при разных клинических формах ФП. Ремоделирование ЛЖ наиболее тесно ассоциировалось с наличием ГБ. Сила ассоциации НГ и КГ ЛЖ с наличием/отсутствием ГБ, констелляции ГБ и ИБС: ДК, а также миокардиофиброза была сопоставимой. В то же время, НГ ЛЖ, по сравнению с КГ, более тесно ассоциировалась с бессимптомными эпизодами ФП ($VC=0,301$; $p=0,005$ против $VC=0,208$; $p=0,033$, соответственно), полом ($VC=0,261$; $p=0,006$ против $VC=0,155$, $p=0,094$, соответственно), и слабее – с баллом по шкале CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 ($VC=0,238$; $p=0,020$ против $VC=0,263$; $p=0,006$, соответственно). Группа КГ ЛЖ, по сравнению с НГ, характеризовалась более высокой частотой пациентов с высоким и очень высоким риском осложнений ГБ (52 против 6 %, соответственно; $p < 0,001$). Частота пациентов с СН II–III ФК при КГ была статистически значимо выше таковой при НГ (54 против 28 %, соответственно; $p=0,005$), а пациентов с баллом 0 по шкале HATCH – ниже (4 против

50 %, $p < 0,001$). Не було виявлено статистически значимої асоціації КГ ЛЖ з полом пацієнтів. Подавляюче число ОНМК (11 (79 %) із 14 пацієнтів, которым провели ТТЭ), перенесли пацієнти з КГ ЛЖ.

Висновки. Ремоделирование ЛЖ у пацієнтів з ФП неклапанного генеза асоційовано з предикторами її прогресирования и развития осложнений. Особенности ремоделирования ЛЖ целесообразно учитывать в рамках индивидуализированного подхода к ведению пацієнтів з ФП.

Пароксизмальна фібриляція предсердий: взаємозв'язок вегетативних впливів на серці і уязвимості предсердий

А. Н. Соловьян

ГУ «Национальный научный центр «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины», Киев

Цель – изучение связи между вегетативными влияниями на сердце и уязвимостью предсердий у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ПФП).

Материал и методы. В исследование включено 343 пацієнта с ПФП неклапанного генеза (270 мужчин, 73 женщины) в возрасте от 17 до 71 года (средний возраст – $(49,6 \pm 0,5)$ года). Частота рецидивирования пароксизмов ФП у обследованных составляла в среднем $(10,3 \pm 0,3)$ раза в месяц, их продолжительность – $(34,7 \pm 2,3)$ часа. У 220 пацієнтів основным заболеванием была ишемическая болезнь сердца (ИБС). Артериальная гипертензия (АГ) была у 113 больных: сочетание ИБС и АГ имели 26,2 % пацієнтів, изолированную АГ – 6,7 %. У 100 больных нарушение ритма возникло на фоне миокардиофиброза. У части пацієнтів заболевание осложнялось сердечной недостаточностью (СН), из них симптомы СН I–IIA ст. диагностировались у 78,1 и 14,9 % соответственно. Обследованные больные были распределены на 3 группы в зависимости от клинической формы ПФП. У 157 (45,8 %) пацієнтів констатировали вагусную (1-я группа), у 73 (21,3 %) – адренергическую форму ПФП (2-я группа) по критериям P. Soumei. У остальных 113 (32,9 %) больных выявляли смешанную форму ПФП (3-я группа). Использовали комплекс инструментальных методов: двухмерную и доплерэхокардиографию (ЭхоКГ), 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ) с оценкой вариабельности сердечного ритма (BCP), велоэргометрию. Функцию проводящей системы сердца и уязвимость предсердий (УП) изучали при чреспищеводном электрофизиологическом исследовании (ЧпЭФИ). УП оценивали на основании индуцируемости ФП и определения частотного порога (ЧПИ) и частотной точки (ЧТИ) индуцирования пароксизма ФП.

Результаты. При анализе ЭхоКГ-показателей максимальные значения размера левого предсердия (ЛП), индекса ЛП, толщины МЖП и ЗС ЛЖ регистрировались у больных со смешанной формой ПФП ($(39,76 \pm 0,45)$ мм, $(19,63 \pm 0,24)$ мм/м², $(11,06 \pm 0,18)$ мм и $(10,79 \pm 0,15)$ мм соответственно) и их различия были достоверными в сравнении с пациентами других групп. У больных 3-й группы отмечалось ухудшение показателей систолической (ФВ) и диастолической (Е/А) функции ЛЖ в сравнении с таковыми у больных с вагусной формой ПФП: $(57,57 \pm 0,66)$ и $(59,97 \pm 0,66)$ %; $p < 0,05$ и $(0,95 \pm 0,06)$ и $(1,10 \pm 0,06)$ усл. ед.; $p = 0,08$ со-

ответственно. При ХМ ЭКГ достоверное увеличение ЧСС ср, ЧСС мин, регистрируемых в течение суток, обнаружено в группе больных с адренергической формой, а показателей BCP (SDNN, SDNNi, RMSSD, PNN50) – у пацієнтів с вагусной формой ПФП ($p < 0,05$). При анализе результатов ЧпЭФИ минимальные значения изучаемых показателей функции синусового и АВ-узлов были выявлены у больных 2-й группы, и их различия были достоверными в сравнении с пациентами 1-й и 3-й групп ($p < 0,001$). Не выявлено существенных различий между группами по среднему порогу индуцирования ФП. Достоверное ($p < 0,05$) снижение ЧТИ пароксизма ФП отмечено при вагусной форме ПФП. Увеличение длительности интервала f-fcp во время индуцированной аритмии регистрировалось у больных 1-й ($p < 0,05$) и 3-й ($p < 0,01$) групп.

Висновки. Выявлена связь между характером вегетативных влияний на сердце и уязвимостью предсердий у больных с ПФП. У пацієнтів с вагусной формой ПФП возрастание УП проявлялось снижением частотной характеристики стойкого пароксизма ФП при увеличении показателей BCP. В группе пацієнтів с адренергической формой преобладали лица с высокой базисной частотой ритма. У больных со смешанной формой ПФП отмечалась более выраженная дилатация ЛП, ухудшение систолической и диастолической функции ЛЖ, снижение функции синусового и АВ-узлов.

Порушення ритму у пацієнтів зі скаргами на перебої в роботі серця різних вікових категорій

М.С. Сорочівський, У.П. Черняга-Ройко, О.А. Файник, І.В. Сорочівська

Львівський обласний державний клінічний лікувально-діагностичний кардіологічний центр

Відчуття перебоїв у роботі серця є однією з найбільш типових скарг пацієнтів. За нерівномірним серцебиттям може ховатися як доброякісна поодинокі надшлуночкова екстрасистоля, так і порушення ритму, що можуть бути небезпечними для життя, наприклад, атріовентрикулярна блокада чи пароксизмальна шлуночкова тахікардія. Холтеровське монітування ЕКГ є найбільш точним методом виявлення порушень серцевого ритму у пацієнтів зі скаргами на серцебиття.

Мета – з'ясувати частоту виникнення порушень ритму у пацієнтів вікових категорій 30–40 і 50–60 років зі скаргами на серцебиття та перебої в роботі серця, що фіксуються під час холтеровського монітування ЕКГ. Наступним завданням було порівняти частоту виникнення різних порушень ритму у цих групах.

Матеріал і методи. Нами проведено аналіз 24-годинного холтеровського монітування 39 пацієнтів віком 30–40 років, з них 24 (61,5 %) чоловіки, і 65 пацієнтів вікової категорії 50–60 років, з них 31 (47,7 %) чоловіки, що мали скарги на серцебиття або перебої в роботі серця. Холтеровське монітування ЕКГ проводилося у трьох модифікованих відведеннях CS-1, CM-5, Y. У дослідження не включалися пацієнти із зафіксованою на ЕКГ фібриляцією чи тріпотінням передсердь безпосередньо перед початком дослідження.

Результати. У пацієнтів вікової категорії 30–40 років частіше надшлуночкову екстрасистолю фіксували у 5 (12,8 %) пацієнтів.

осіб, пробіжки і короточасні пароксизми надшлуночкових тахікардій (4 і більше комплексів QRS) виявлено у 2 (5,1 %) обстежуваних, пароксизмальна фібриляція передсердь була зафіксована у 2 (5,1 %) обстежуваних. Часта шлуночкова екстрасистоля виявлена у 7 (17,9 %), а пароксизми нестійкої шлуночкової тахікардії – у 3 (7,7 %) пацієнтів. Епізоди АВ-блокади виявлено у 4 (10,3 %), паузи, тривалістю понад 2 секунди, – у 5 (12,8 %) пацієнтів. У віковій категорії 50–60 років часта надшлуночкова екстрасистоля виявлена у 12 (18,5 %) пацієнтів, пробіжки і короточасні пароксизми надшлуночкових тахікардій (4 і більше комплексів QRS) фіксувалися у 21 (32,3 %) обстежуваного, пароксизмальна фібриляція передсердь була зафіксована у 10 (15,4 %). Часта шлуночкова екстрасистоля виявлена у 15 (23,1 %), пароксизми нестійкої шлуночкової тахікардії – у 4 (6,2 %) обстежуваних. Епізоди АВ-блокади – у 5 (7,7 %), паузи, тривалістю понад 2 секунди, – у 2 (3,1 %) пацієнтів.

Більше 100 екстрасистол будь-якого походження протягом 24-годинного спостереження у віковій категорії 30–40 років зафіксовано у 17 (43,6 %) пацієнтів, у віковій групі 50–60 років – у 40 (62,5 %) пацієнтів.

Висновки. У пацієнтів вікової категорії 50–60 років значно частіше, ніж у молодшій віковій групі, фіксувалися надшлуночкові порушення ритму: поодинокі екстрасистолі, короточасні пробіжки надшлуночкових тахікардій, пароксизми фібриляції передсердь. За частотою шлуночкових порушень ритму вікові групи не відрізнялися між собою. Виявлення АВ-блокад і пауз, тривалістю понад 2 секунди, було більш характерним для вікової групи 30–40 років, що може бути пояснено більш вираженими проявами ваготонії, особливо в нічний час. У значної частини пацієнтів молодшого віку відчуття серцебиття і перебоїв у роботі серця не завжди пов'язані з суттєвими порушеннями серцевого ритму.

Діагностичне значення маркерів запалення при когнітивних розладах у пацієнтів з брадіаритміями

С.М. Стаднік

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, Львів

Мета – вивчення клініко-діагностичного значення концентрації С-реактивного білка (СРБ), фактора некрозу пухлин альфа (ФНП- α) і інтерлейкіна-6 (ІЛ-6) у пацієнтів з когнітивною дисфункцією на тлі різних клінічних форм брадіаритмій.

Матеріал і методи. Обстежено 57 пацієнтів (середній вік – $(59,7 \pm 6,3)$ року) з різними клінічними формами брадіаритмій на тлі ішемічної хвороби серця. Сформовано три групи: 26 пацієнти з атріовентрикулярною (АВ) блокадою II ступеня, 17 – з АВ-блокадою III ступеня, 14 – з синдромом слабкості синусового вузла (СССВ). Контрольну групу скла-

ли 20 пацієнтів без порушень серцевого ритму і провідності. У всіх пацієнтів визначали вміст СРБ, ФНП- α і ІЛ-6. Оцінку когнітивних функцій проводили з використанням короткої шкали оцінки психічного статусу – MMSE, проби Шульте, визначення слухової пам'яті – за методом R. Meili (1969) і асоціативної пам'яті – за В.М. Блейхером (1976).

Результати. Вміст прозапальних цитокінів відрізнявся у різних клінічних групах і був найбільшим при СССР та АВ-блокаді III ступеня. При вищезазначених брадіаритміях підвищення рівня ІЛ-6 було достовірним у порівнянні з контрольною групою ($p=0,005$ для СССР і АВ-блокади III ступеня). Концентрація ФНП- α при СССР і АВ-блокаді III ступеня була також вищою, ніж у контрольній групі ($p=0,005$ для СССР і АВ-блокади III ступеня). При АВ-блокаді III ступеня медіана перевищувала медіану у контрольній групі у 4,4 разу, при СССР – у 6,52 разу. При АВ-блокаді II ступеня спостерігали збільшення концентрації ФНП- α порівняно з контрольною групою ($p=0,035$), достовірного збільшення концентрації ІЛ-6 не спостерігали ($p=0,165$).

За результатами тесту MMSE виявили достовірно нижчу кількість балів у хворих з АВ-блокадою III ступеня і СССР, порівняно з контрольною групою. Результати виконання завдання «Вербальні асоціації» контрольною групою достовірно кращі, ніж у пацієнтів з АВ-блокадою III ступеня. Значення результатів тесту на слухову пам'ять ($p=0,005$) дозволяють виявити зниження цієї мнестичної модальності у пацієнтів, що страждають брадіаритміями. Середній час виконання проби Шульте у хворих з АВ-блокадою II ступеня та у контрольній групі достовірно менше, порівняно з пацієнтами з АВ-блокадою III ступеня, що відображає погіршення здатності до концентрації уваги, порушення усіх етапів переробки інформації в останніх. У групі пацієнтів з АВ-блокадою II ступеня і СССР достовірні відмінності у порівнянні з контрольною групою спостерігали тільки за тестом на слухову пам'ять.

В осіб контрольної групи достовірні кореляційні зв'язки між ФНП- α і ІЛ-6 виявлені з показниками MMSE, тесту на вербальні асоціації та слухову пам'ять. За наявності когнітивних розладів (КР) ці кореляційні зв'язки змінюються. Вони виявлені між ФНП- α і результатами MMSE, проби Шульте. Звертає на себе увагу, що достовірні кореляційні зв'язки існують також між вмістом СРБ і результатами тестів Шульте та MMSE. Кореляційні зв'язки між такими показниками, як вербальні асоціації та слухова пам'ять і ІЛ-6, втрачаються у пацієнтів з КР, однак підвищується кореляція між СРБ і результатами тестів на вербальні асоціації, слухову пам'ять і MMSE.

Висновки. Наявність КР у пацієнтів з брадіаритміями без гострих цереброваскулярних епізодів в анамнезі асоційована з більш високим вмістом прозапальних маркерів – ФНП- α і ІЛ-6 та СРБ, порівняно із пацієнтами без КР. Це демонструє участь запальних реакцій у патогенезі

когнітивної дисфункції на фоні брадіаритмій. У комплекс клініко-діагностичного обстеження пацієнтів з когнітивною дисфункцією на фоні брадіаритмій слід включати визначення рівня ФНП- α , ІЛ-6 та СРБ для прогностичної оцінки розвитку КР, що має вирішальне значення для вибору індивідуальної терапевтичної тактики.

Когнітивні показники та атеросклеротичне ураження брахіоцефальних артерій при фібриляції передсердь

С.М. Стаднік

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, Львів

Доведено, що виникнення фібриляції передсердь (ФП) достовірно асоційоване з порушеннями когнітивних функцій, збільшенням їх ризику у декілька разів. У зв'язку з цим, проблема когнітивних розладів у хворих з ФП є однією з найбільш актуальних і значущих.

Мета – вивчення когнітивних функцій залежно від діаметра та лінійної швидкості кровотоку (ЛШК) в судинах брахіоцефального стовбура (БЦС) при ФП.

Матеріал і методи. Обстежено 76 пацієнтів з різними формами ФП на тлі ішемічної хвороби серця (ІХС) без перенесеного інсульту або транзиторної ішемічної атаки в анамнезі. Середній вік хворих становив $(62,7 \pm 6,3)$ року. Контрольну групу склали 20 чоловік з ІХС та без порушення серцевого ритму. Когнітивне дослідження включало коротку шкалу оцінки психічного статусу – MMSE, батарею тестів для оцінки лобної дисфункції – БТЛД, тест «малювання годинника», тест вербальних асоціацій, тест повторювання рядів цифр в прямому та зворотному порядку за методом Векслера, бостонський тест називання, пробу Шульте, запам'ятовування та відтворення 12 слів, дослідження зорової пам'яті, дослідження складного гнозису (тест «недомальовані предмети»).

Результати. При аналізі когнітивних функцій з урахуванням діаметра судин БЦС виявлено зниження результатів когнітивних тестів при зменшенні просвіту судин з обох боків. Гірші показники когнітивних тестів отримані у групі пацієнтів з ФП. Відзначено, що при ФП психомоторні процеси знижені більшою мірою при звуженні внутрішніх сонних артерій ($p < 0,05$), при синусовому ритмі – при зменшенні просвіту і ЛШК у зовнішніх сонних артеріях ($p < 0,05$). Зміна ЛШК по судинах призводить до достовірно значущого погіршення слухомовної пам'яті та нейродинамічних показників тільки при ФП. Більш виражені зміни виявлені при зниженні ЛШК у зовнішніх сонних артеріях ($p < 0,05$). У групі пацієнтів з ФП при звуженні просвіту та зменшенні ЛШК судин БЦС погіршуються когнітивні функції, причому більш значущі при постійній формі ФП ($p < 0,05$).

Висновки. Атеросклеротичне ураження судин БЦС супроводжується погіршенням нейродинамічних когнітивних показників та швидкості психомоторних процесів у пацієнтів як з ФП, так і без порушення серцевого ритму. Проте, враховуючи більш виражені взаємозв'язки цих змін при ФП і, конкретно, при постійній формі, можна вважати, що зазначені судинні зміни більш значущі для когнітивних функцій на тлі розладу серцевого ритму.

Варіабельність серцевого ритму у машиністів електропоїздів метрополітену

В.С. Ткачишин, І.В. Думка, Н.Ю. Ткачишина

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ
ДЗ «Дорожня клінічна лікарня № 2 ст. Київ» ДТГО ПЗЗ», Київ*

Мета – визначити особливості показників варіабельності ритму серця (ВРС) у машиністів електропоїздів метрополітену (МЕП).

Матеріал і методи. Дослідження виконані в клінічних умовах під час проведення періодичних медичних оглядів за Наказом МТЗУ №240 від 29 квітня 2010 року. Обсяг вибірки – 50 осіб, з них 30 МЕП (основна група) та 20 працівників інженерно-технічної ланки (контрольна група). Усі обстежувані – чоловіки віком від 19 до 60 років. Обстежені групи рандомізовані за віком. Використовувалися такі методи аналізу ВРС: статичні; геометричні (побудова та аналіз гістограм); спектральний (частотний) аналіз, під час якого вивчались такі показники: TR – загальна потужність спектра, що характеризує ВРС і відображає сумарну активність нейрогуморальних впливів на серцевий ритм; SDNN – показник середньоквадратичного відхилення; HF – відносна доля високочастотних коливань (маркер активності парасимпатичної ланки регуляції); LF – відносна доля низькочастотних коливань (маркер активності вазомоторного центру); VLF – відносна доля дуже низькочастотних коливань, LF/HF – (відношення низькочастотної до високочастотної складової спектра) – співвідношення рівнів активності центрального та автономного контурів регуляції. Визначався індекс напруженості (IH) або індекс Баевського (IB).

Результати. Аналіз гістограм розподілу R-R інтервалів при оцінці ВРС МЕП показав, що у більшості обстежених зареєстровані гістограми, розподіл яких відрізняється від нормального. Так у 22 % обстежених була наявна асиметрична гістограма, у 41 % МЕП виявилися ексцесивні гістограми, у 37 % – гістограм мали розподіл інтервалів R-R, близький до нормального.

Звертає на себе увагу той факт, що TR у 100 % МЕП був вищим за нормативне значення, навіть у тренуваних осіб, що свідчить про задовільний функціональний стан організму МЕП. Відомо, що сумарна активність регуляторних механізмів може бути оцінена також за показником SDNN. Отримані дані свідчать, що у 43,3 % МЕП це значення було менше 40 мс, що свідчить про посилення симпатичної регуляції. У 100 % МЕП зареєстрована надлишкова активність симпатoadреналової системи ($LF/HF < 1$), яка відображає певне психоемоційне напруження, яке зазнають МЕП в процесі трудової діяльності. Розглядаючи частки відносної долі коливань в різних вікових групах, можна побачити, що із збільшенням віку зростає доля VLF, залишається практично незмінною частка LF та зменшується частка HF коливань. При оцінці показників ВЕМ видно, що IH у МЕП $125,50 \pm 16,35$ достовірно більший ($p < 0,05$), ніж у контрольної групи $80,83 \pm 5,11$.

Висновки. Наявність значної кількості гістограм, розподіл яких відрізняється від нормального (41 % ексцесивні, 22 % асиметричні) свідчать про негативну реакцію з боку ССС на стресори психоемоційної природи, що супроводжують діяльність МЕП.

Отримані дані спектрального аналізу свідчать про зниження показника SDNN та підвищення коефіцієнта LF/HF у МЕП, що вказує на посилення симпатичної регуляції для цієї категорії працівників.

Виявлені вікові зміни в спектральних показниках ВРС: приріст частки дуже низькочастотних коливань (VLF) свідчать про зниження функціонального стану організму та перехід керування серцевим ритмом на гуморально-метаболічний рівень.

Збільшення ІН у МЕП свідчить про напруження регуляторних систем, що виникає в результаті стресового впливу і проявляється активацією симпато-адреналової системи.

Вариабельность сердечного ритма под влиянием различных вариантов комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов, перенесших ишемический инсульт

Э.Ю. Турна, О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова, Л.Д. Мамедиева

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», Симферополь, Украина

В немногочисленных работах, посвященных изучению variability сердечного ритма (ВРС) у больных с ишемическим инсультом (ИИ), отмечаются активация симпатического отдела нервной системы с последующим ее истощением и срывом адаптации. Особенности ВРС у больных артериальной гипертензией (АГ) в отдаленный период перенесенного ИИ и ее динамика под влиянием антигипертензивной терапии не изучены.

Цель – изучение динамики показателей ВРС под влиянием антигипертензивных комбинаций олдесартан/амлодипин и олдесартан/гидрохлоротиазид у пациентов с АГ, перенесших ИИ.

Материал и методы. В основной группе – 75 пациентов (в возрасте $(61,3 \pm 0,9)$ года) с АГ, перенесшие ИИ, которые до лечения были рандомизированы на 2 группы: А (назначены олдесартан в дозе 10–20 мг и гидрохлоротиазид в дозе 12,5–25 мг) и В (олдесартан в дозе 10–20 мг и амлодипин в дозе 5–10 мг). В группе сравнения – 30 пациентов с АГ 1-й и 2-й ст., в группе контроля – 30 лиц без сердечно-сосудистой патологии, сопоставимые по полу и возрасту. Всем проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ с исследованием ВРС до лечения и через 52 недели на фоне терапии.

Результаты. Применение комбинации олдесартан / гидрохлоротиазид сопровождалось повышением показателя SDANN (до лечения – $(103,6 \pm 5,01)$ мс, после лечения – $(126,6 \pm 5,72)$ мс, $p=0,008$). Использование комбинации олдесартан / амлодипин сопровождалось достоверным увеличением основных временных показателей ВРС (SDNN на 14,6 % ($p=0,001$), RMSSD и HRVTI – на 24 % ($p < 0,001$).

Выводы. Применение комбинации олдесартан / гидрохлоротиазид сопровождается снижением активности симпатической нервной системы. Комбинация олдесартан / амлодипин способствует не только снижению активности симпатической нервной системы, но и повышению активности парасимпатической нервной системы.

Оцінка антиаритмічного ефекту триметазидину у працівників гірничорудного виробництва, хворих на ішемічну хворобу серця з екстрасистолією

В.І. Фесенко, В.А. Потабашній

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Кривий Ріг

Мета – вивчення впливу триметазидину на частоту надшлуночкових і шлуночкових екстрасистол та шлуночкових парасистолій у гірників, хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС).

Матеріал і методи. Обстежено 118 хворих, працівників гірничорудного комбінату, всі чоловіки, у віці від 37 до 59 років (середній вік – $(46,21 \pm 3,14)$ року). У 62 хворих ІХС поєднувалася з артеріальною гіпертензією (АГ). Усі хворі на теперішній час працюють на інженерно-технічних посадах, але мають стаж роботи в шкідливих умовах від 5 до 20 років. Протокол обстеження передбачав загальноклінічне обстеження, вимірювання артеріального тиску (АТ) згідно з рекомендаціями ВООЗ, електрокардіографію (ЕКГ), добовий моніторинг ЕКГ (ДМ ЕКГ). Через 2 тижні повторно проводилося ДМ ЕКГ для оцінки динаміки порушень серцевого ритму та ішемічних змін. Хворим, в яких були значущі порушення серцевого ритму, до базисної терапії додатково на один місяць призначався триметазидин в дозі 20 мг 3 рази на добу, після цього проводили обстеження і оцінювали ефективність лікування. Статистичну обробку матеріалу здійснювали відповідно до загальноновизнаних методів за допомогою пакета SPSS v. 6.1 на ПК Pentium II-266.

Результати. Порушення серцевого ритму, насамперед надшлуночкова (НШЕ) і шлуночкова екстрасистолія (ШЕ) та шлуночкова парасистолія (ШПС), при первинному обстеженні виявлено у 64 хворих. Вказані порушення ритму зберігалися через 2 тижні базисної терапії у 52 хворих. Після включення до базисної терапії триметазидину зменшення кількості поодиноких ШЕ в два і більше разів спостерігалось у 8 (57,1 %) із 14 хворих. У 9 з 11 хворих відзначалось зменшення кількості парних ШЕ у середньому на 64 %. У 8 хворих при повторному обстеженні не зареєстровано парні ШЕ та епізоди групової ШЕ. Зменшення ШПС в середньому від 26 до 43 % спостерігали у 12 (85,7 %) з 14 хворих. При цьому у 8 хворих середньодобова ЧСС залишилась без змін, або спостерігалось її зменшення в середньому на 10 уд./хв. Групові НШЕ при повторному обстеженні не зареєстровані

у 7 з 10 хворих. У 5 хворих їх зменшення становило більше 65 %. Епізоди пароксизмальної надшлуночкової тахікардії не спостерігалися у 5 з 6 хворих. При всіх видах екстрасистолії і парасистолії, крім поодиноких передсердних екстрасистол, більш ніж у половини хворих (64 %) реєструвалося зменшення кількості екстрасистол і парасистол. Це корелювало з зменшенням епізодів стенокардії в 2 і більше разів або ознак субендокардіальної ішемії при ДМ ЕКГ

Висновки. У більшості хворих відзначалось достовірне ($p < 0,05$) зменшення кількості ШЕ та ШПС і тенденція до зменшення градації шлуночкових аритмій. Отримані нами результати надають підстави вважати, що у гірників, хворих на ІХС, протективна дія триметазидину на кардіоміоцити опосередковано призводить до антиаритмічного ефекту. Таким чином, препарат може успішно застосовуватись у цієї категорії хворих для оптимізації індивідуально підбраного лікування.

Варіабельність серцевого ритму у хворих з тривожно-депресивними розладами та ХСН ішемічної етіології

М.О. Христиненко, М.Т. Ватутін, О.В. Кетінг, С.В. Картамишева

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Мета – оцінити варіабельність серцевого ритму (ВСР) у хворих з тривожно-депресивними розладами (ТДР) та хронічною серцевою недостатністю (ХСН) ішемічної етіології.

Матеріал і методи. Обстежено 142 пацієнта (85 чоловіків та 57 жінок, середній вік – $(66,4 \pm 10,5)$ року) з ХСН II–IV функціональних класів (ФК) за НУНА. Всі пацієнти страждали стенокардією напруги II–III ФК, 86 (60,6 %) з них перенесли інфаркт міокарда. Обстежені отримували стандартну терапію ХСН та ішемічної хвороби серця. З дослідження виключалися особи з психічними захворюваннями в анамнезі, вираженим порушенням когнітивних функцій, алкогольною і наркотичною залежністю, які отримують психотропні препарати, що мають важкі супутні захворювання.

Для виявлення та оцінки ступеня вираженості тривожності і депресії використовувалися Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

ВСР оцінювалася за даними добового моніторингу електрокардіограми за допомогою комплексу «Кардіотехніка 4000» («ІНКАРТ», Росія). Аналіз ВСР здійснювався за загальноприйнятими міжнародними стандартами.

Статистична обробка отриманих даних здійснювалася з використанням програми Statistica 8.0. Дані представлялися у вигляді середнє \pm стандартне відхилення. Достовірність відмінностей визначали за допомогою t-критерію Стьюдента.

Результати. За результатами заповнення опитувальника HADS пацієнти були розділені на 2 групи: 1-ша група – 111 (78,1 %) осіб з наявністю ТДР, 2-га група – 31 (21,9 %) пацієнт без них. При цьому ізольована тривожність відзначалася у 23 (16,2 %) пацієнтів 1-ї групи, ізольована депресія – у 32 (22,5 %), а поєднання тривожності і депресії – у 56 (39,4 %) хворих.

У пацієнтів 1-ї групи порівняно з 2-ю групою відзначено достовірне зниження RR ($883,25 \pm 63,34$ проти $975,16 \pm 82,74$, $p < 0,05$), показників часової частини спектра, зокрема SDNN ($22,40 \pm 11,32$ проти $31,56 \pm 7,48$, $p < 0,05$), а також спектральної області – HF ($16,74 \pm 6,12$ проти $34,16 \pm 9,55$, $p < 0,05$), збільшення співвідношення LF/HF ($3,85 \pm 1,72$ проти $2,14 \pm 0,98$,

$p < 0,05$). Зазначені зміни відображають підвищення симпатичного тону та зниження вагусних впливів.

При більш глибокому аналізі було виявлено, що найбільша вираженість перерахованих змін показників ВСР відзначалася в групі пацієнтів з поєднанням тривожного і депресивного афективних порушень.

Висновки. 1. Наявність ТДР у пацієнтів з ХСН ішемічної етіології призводить до додаткової активації симпатичного тону і погіршення показників ВСР порівняно з категорією хворих без ТДР. 2. Поєднання тривожного і депресивного розладів пов'язане з найбільш вираженими змінами ВСР.

Варіабельність серцевого ритма у пацієнтів с фібрилляцією предсердий за время 2-летнего наблюдения

Л.А. Шабильянова

ГУ «Национальный научный центр "Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско" НАМН Украины», Киев

Цель – оценить динамику показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) у пациентов с пароксизмальной и персистирующей формами ФП в течение 2-летнего наблюдения.

Материал и методы. Клиническое наблюдение, 12-канальная ЭКГ, трансторакальная ЭхоКГ (в т.ч. с доплеровским методом), Холтеровское мониторирование ЭКГ с оценкой ВРС.

Критериями исключения были: тиреотоксикоз, некорригированная АГ или гипотензия (САД > 160 и < 90 мм рт. ст., ДАД > 110 и < 60 мм рт. ст.), острое нарушение мозгового кровообращения, острый коронарный синдром и инфаркт миокарда в анамнезе, острый миокардит, с СН IIБ и III ст., фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) < 45 %, сахарный диабет, некомпенсированные сопутствующие заболевания, беременность, возраст младше 40 лет и старше 60 лет.

Обследовано 167 пациентов, средний возраст которых составлял $(53,8 \pm 0,9)$ года, из них: 113 пациентов с пароксизмальной и персистирующей формами ФП на фоне различной кардиопатологии, без выраженного структурного поражения миокарда (ГБ и ИБС), контрольные группы (16 пациентов с ГБ без ФП; 18 пациентов с ИБС и без ФП; 20 относительно здоровых молодых людей).

	Группа пациентов с пароксизмальной или персистирующей формой ФП (n=46)	Группа пациентов, у которых развилась постоянная форма ФП (n=16)	Относительно здоровые люди (n=20)
SDNN, мс	151,7 \pm 10,4	126,6 \pm 15,5	168,5 \pm 12,2
SDANN, мс	136,5 \pm 9,8	115,9 \pm 15,4	161,9 \pm 15,7
SDNNi, мс	61,4 \pm 4,5	49,3 \pm 4,0	74,5 \pm 7,2
RMSSD, мс	40,5 \pm 4,7	36,8 \pm 2,3	49,5 \pm 7,8
pNN50, %	14,9 \pm 3,4	11,9 \pm 2,4	20,6 \pm 3,8
TP, мс	3142 \pm 424,8	1798,2 \pm 342,9*	818,4 \pm 24,6
VLF, мс	2022,1 \pm 220,9	1023,0 \pm 229,8*	3813,5 \pm 634,6
LF, мс	751,4 \pm 148,5	397,5 \pm 85,5*	2698,5 \pm 626,0
HF, мс	335,4 \pm 97,3	222,4 \pm 32,4*	1764,9 \pm 610,3
LF/HF	3,1 \pm 0,5	2,0 \pm 0,4*	3,8 \pm 0,3

$p < 0,05$ по сравнению с группой больных с пароксизмальной и персистирующей формой ФП.

Выводы. За время 2-летнего наблюдения в группе пациентов с постоянной формой ФП, достоверно хуже были спектральные показатели ВРС (TP, VLF, LF, HF) и нарушен вегетативный баланс (LF/HF) по сравнению с группой пациентов, у которых ФП оставалась пароксизмальной или персистирующей, за то же время наблюдения. Так же в группе больных с постоянной формой ФП наблюдалось снижение и временных показателей ВРС (SDNN, SDANN, SDNNi), по сравнению с группой пациентов, у которых спустя 2 года оставалась персистирующая или пароксизмальная форма ФП, но эти результаты недостоверны.

Оценка качества лечения пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий на основе анализа историй болезней пациентов терапевтического отделения

М.Н. Шевченко, Л.М. Небайкина

КУ «Криворожская городская клиническая больница № 8 ДООС»

Фибрилляция предсердий (ФП) является одной из значимых причин инвалидирующего инсульта, а также развития сердечной недостаточности. Поэтому важным и актуальным является качество ведения пациентов с ФП, в котором важны и эффективный контроль синусового ритма, и эффективная профилактика тромбоэмболических осложнений (ТЭО).

Цель – оценить эффективность контроля ритма и профилактики ТЭО у пациентов с пароксизмальной ФП (ПФП) в амбулаторных условиях.

Материал и методы. Проанализировано 300 последовательных историй болезней пациентов, поступивших в те-

рапевтическое отделение КУ «Криворожская городская клиническая больница № 8 ДООС». Оценивались частота ПФП среди пациентов (во время госпитализации и в анамнезе); терапия по удержанию синусового ритма, ее состав и эффективность; назначение пероральных антикоагулянтов пациентам с суммой баллов 1 и более по шкале CHADS₂VASc.

Результаты. Из проанализированных данных были выявлены 84 истории болезни (28 %) пациентов с ПФП за время госпитализации или в анамнезе. Среди пациентов терапии по удержанию синусового ритма получали 34 (40,5 %) лица. Терапия включала в себя β-адреноблокаторы в качестве монотерапии (59,3 %), амиодарон в качестве монотерапии (25,8 %), комбинацию β-адреноблокаторов и амиодарона (14,9 %). Из пациентов на антиаритмической терапии у 27 пациентов (79,4 %) отмечались рецидивы ПФП за последний год, что свидетельствует о неэффективном контроле синусового ритма. Из всех пациентов с ПФП 1 балл и выше по шкале CHADS₂VASc имели 78 (92,9 %) пациента, из которых 3 и более баллов – 31 (39,7 %) пациент, однако антикоагулянтная терапия для профилактики ТЭО была назначена 23 (29,5 %) больным, а регулярный контроль МНО при назначении варфарина не проводился никому из пациентов.

Выводы. На основании проведенного анализа выявлена низкая эффективность амбулаторного лечения ПФП как в отношении контроля синусового ритма, так и в отношении антикоагулянтной терапии для профилактики ТЭО. Это, по-видимому, связано, с одной стороны, с низкой приверженностью пациентов к терапии, а с другой – с недооценкой врачами первичного звена и самими пациентами ее важности и возможных опасных последствий неправильного лечения.