

ISSN 1608-635X (Print)
ISSN 2664-4479 (Online)



Національна академія медичних наук України

Всеукраїнська асоціація кардіологів України

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології
імені академіка М.Д. Стражеска" НАМН України»

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

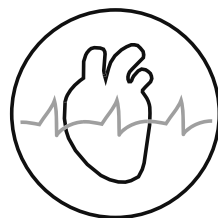
Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 25–27 вересня 2019 р.)

Головний редактор: О.М. Пархоменко

Наукова редакція випуску: М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,
С.М. Кожухов, О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов,
Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва, В.О. Шумаков

Том 26 Додаток 1 2019



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2019

у 40 % випадків. Можливі два сценарії: перший – ША до розвитку критичного стану або оперативного втручання; другий – ША, які виникли у критичному стані або після операції. Тому актуальним є питання про тактику ведення пацієнтів з ША у блоці інтенсивної терапії, що пов'язано зі збільшенням тривалості госпіталізації, ризиком госпітальної інфекції та післяопераційних ускладнень.

Мета – провести аналіз рекомендацій щодо лікування шлуночкових аритмій (ША) при критичних станах і в післяопераційний період, розроблених експертами Асоціації серцевого ритму (EHRA) Європейського кардіологічного товариства у 2019 році.

Результати. ША можуть мати несприятливі наслідки, особливо у пацієнтів з наявною ішемічною хворобою серця до розвитку критичних станів або хірургічних втручань. Транзиторні порушення перфузії міокарда погіршують функцію серця і провокують різні ША. Корекція ішемії міокарда, електролітного дисбалансу, больового синдрому та інших провокуючих факторів є першочерговою у попередженні ША. Шлуночкові екстрасистоли (ШЕ) слід диференціювати з передсердною ектопією з аберантним проведенням. Ізольовані післяопераційні ШЕ звичайно не представляють підвищеного ризику злоякісних ША, але часті ШЕ (>30/годину) можуть впливати на найближчі наслідки, порушуючи функцію шлуночків. Однак довготривалий прогноз після операції більш тісно пов'язаний з функцією лівого шлуночка, ніж післяопераційні ША. Безсимптомні та гемодинамічно стабільні ШЕ або нестійкі шлуночкові тахікардії (ШТ) звичайно не потребують специфічного гострого або довготривалого лікування, достатньо корекції будь-яких провокуючих факторів. Лідоканін і β-адреноблокатори успішно використовувалися в зниженні гемодинамічно значущих або симптомних ШЕ, хоча без відчутного впливу на смертність. Пацієнти зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ФВлш) і безсимптомною нестійкою ШТ після операцій у цілому мають сприятливий довготривалий прогноз і не потребують електрофізіологічного дослідження. Якщо ША є симптомними, опцією супресії аритмії можуть бути β-адреноблокатори. Стійка мономорфна ШТ має гірший коротко- і довготривалий прогноз. Смертність є високою, майже 50 % госпітальна і додатково 10 % у межах 2 років. Гемодинамічний стан пацієнта з ША залежить від швидкості тахіаритмії і функції ЛШ. Тахікардії з широкими комплексами QRS можуть бути ШТ або СВТ (аберантність, преексітація, блокада ніжок пучка Гіса). Однак, у пацієнтів з попереднім інфарктом міокарда найбільш часто діагностується ШТ. Термінова електрична кардіоверсія повинна виконуватися при гемодинамічно нестабільній ШТ без пульсу. Електрична кардіоверсія при стійкій, але стабільній ШТ можна використовувати як перший вибір або у випадку відсутності відповіді на ААП з потужністю 150–200 J. Гемодинамічно стабільну стійку ШТ можна спочатку лікувати в/в аміодароном (300 мг болюс з наступною інфузією 900 мг/24 години). Аміодарон часто краще переноситься пацієнтами з сис-

толічною дисфункцією ЛШ порівняно з іншими ААП. Лідоканін менш ефективний при відсутності гострої ішемії міокарда. Електрична кардіоверсія/дефібриляція повинна бути легко доступною тому, що ШТ може трансформуватися в фібриляцію шлуночків.

Висновки. Імплементация консенсусу EHRA з ведення шлуночкових аритмій у пацієнтів, які перебувають у критичному стані або в післяопераційний період, адаптованого до реальної кардіологічної практики в Україні, буде сприяти удосконаленню та персоналізації медичної допомоги пацієнтам цієї категорії.

Транскатетерная деструкция субстрата левожелудочковой тахикардии у пациента с механическими протезами аортального и митрального клапанов с использованием транссептального доступа (клинический случай)

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

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

Цель – на примере клинического случая показать возможность применения транссептального доступа в лечении левожелудочковой тахикардии (ЛЖТ) методом транскатетерной деструкции (ТКД) субстрата аритмии (СА).

Материал и методы. Пациент 67 лет доставлен в центр с пароксизмом ЛЖТ. На момент поступления (25.11.2018 г.) имел диагноз: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Состояние после ПМК и ПАК (1994) по поводу сочетанного митрально-аортального порока. Тяжелая недостаточность трикуспидального клапана (ТК) 3 ст. ИБС. Стенозирующий коронаросклероз (КАГ от 10.05.2018 – 30 % стеноз ПКА). Синдром удлиненого интервала QT. Пароксизмальная ЛЖТ, ЭКВ (01.05.2018) по поводу ФЖ. Постоянная фибрилляция предсердий брадисистолическая форма с 1994, ЭИТ (1994). Состояние после имплантации ЭКС VVIR (18.12.2014 г.). ФК IV (NYHA). СН 2А ст. Гипертоническая болезнь II ст., 2-й ст., риск 3 (высокий). В общем анализе крови – анемия (гемоглобин – 90 г/л). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – 48 мл/мин/1,73 м². ЭКГ при поступлении: мономорфная ЛЖТ, ЧСЖ 200/мин. АД 75/55 мм рт. ст. ЭхоКГ (после купирования пароксизма ЖТ), тяжелая недостаточность ТК (вена контракта 12 мм), КДО ЛЖ – 180 мл, ИКДО ЛЖ – 101 мл/м², базальный размер правого желудочка – 6,3 см, размер левого предсердия (ЛП) – 6,8 см, индекс площади ЛП – 22,9 см²/м², ПП – 19 см²/м², ФВ ЛЖ – 73 %, среднее давление в легочной артерии (СДЛА) – 60 мм рт. ст. С 24.11.2018 пароксизмы ЖТ ежедневные возвратного характера (до 15 пароксизмов при СМ ЭКГ за сутки), купирующиеся в/в введением новокаинамида (до

5–6 г/сут). Процедура ТКД СА ЖТ. Под местной анестезией выполнена пункционная катетеризация правой внутренней яремной вены управляемым интрадьюсером для транссептальной пункции Agilis™NxT 8,5F (2,8 мм) 61 см с дилататором 8,5F 85 см (St. Jude Medical, США). Применена игла для транссептальной пункции SJM BRK™-1 (45°), НД 1,3 мм, ВД 0,5 мм, 89 см (St. Jude Medical, США). Под контролем флюороскопии (BV Pulsera, Philips Medical Systems, Голландия) система для пункции межжелудочковой перегородки (МЖП) позиционирована в области средней части на границе средней и верхушечной трети МЖП. Под контролем рентгенконтраста произведена пункция МЖП. Применена система нефлюороскопического картирования EnSite NavX (St. Jude Medical, USA), орошаемый абляционный катетер. Субстрат ЖТ выявлен в области средней трети нижней стенки ЛЖ. Радиочастотная абляция проводилась линейно (15 аппликаций 90 с, 40 Вт, 15 мл/мин): от нижнего аспекта передне-верхушечной стенки с переходом на нижнюю стенку с выходом на межжелудочковую перегородку.

Результаты. После ТКД СА применен пропafenон (П, 450 мг/сут). При СМ ЭКГ постоянная ФП с ЧСЖ 69–117/мин, эпизоды ЭКС 60–90/мин, мономорфная ЖЭС – 4,5 % (9 эпизодов парной ЖЭС с ЧСЖ 130–140/мин). При ЭхоКГ ИКДО – 69 мл/м², индекс площади ЛП – 16,2 см²/м², СДЛА – 39 мм рт. ст. СКФ – 60 мл/мин/1,73 м². Через 1 месяц был отменен П, что привело к рецидиву ЛЖТ. ЭКС VVIR заменен на ICDV. Возобновлен прием П. В течение 6 месяцев рецидивов ЛЖТ не было.

Выводы. Пункция МЖП обеспечила доступ в ЛЖ для проведения ТКД СА ЛЖТ при невозможности ретроградного и транссептального через предсердия доступов в ЛЖ, позволив получить положительный клинический (с учетом применения П) результат.

Риск развития тромбоемболических осложнений у пациентов с ФП, имеющих организованные тромботические массы в предсердиях, при проведении плановой электроимпульсной терапии

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

КП «Днепропетровский областной клинический центр кардиологии и кардиохирургии» ДООС

Цель – путем ретроспективного анализа применения варфарина (В), ривароксабана (Р), дабигатрана (Д), апиксабана (А), пентосана (П) и ацетилсалициловой кислоты (АСК) оценить при помощи чреспищеводной эхокардиографии (ЧПЭхоКГ) динамику и влияние организованных тромботических масс (ОТМ) в предсердиях на риск тромбоемболических осложнений (ТЭО) при проведении плановой электроимпульсной терапии (ЭИТ) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы. За период с 2012 по 2019 год проведено 2141 ЭИТ (у мужчин 1308 – 61 %) у пациентов в возрасте 62±21 (31–82) лет со стажем ФП от 1 месяца до 24 лет, эпизодом аритмии от 1 месяца до 8 лет. Сформировано 6 групп по приему антитромботической терапии (АТТ): В – 1483 (69 %) процедур с целевым международным нормализованным отношением (МНО) 2,0–3,0; Р – 434 (20,2 %) 20 мг/сут; Д – 186 (8,6 %) 300 мг/сут; А – 12 (0,6 %) 10 мг/сут; П – 8 (0,4 %) 200 мг/сут; АСК – 27 (1,2 %) 100–300 мг/сут. Первичная ЧПЭхоКГ проводилась через 3–4 недели АТТ, учитывались наличие и характер

Параметр/АТТ	В	Р	Д	А	П	АСК	Всего
Первично ЛП/ПП							
Нет ТМ	279	73	28	2	3	12	397
ОТМ	630/74	286/9	114/23	10/0	5/0	14/1	1059/107
НОТМ	456/29	32/11	20/1	–	–	–	508/41
На момент ЭИТ ЛП/ПП							
«Резолюция»	23/0	5/0	5/0	–	–	–	33/0
ОТМ	1063/103	313/20	129/24	10/0	5/0	14/1	1534/148
ТЭО в первые 30 дней							
Нет ТМ (n=430)	–	–	–	–	–	–	–
ОТМ (n=1682)	6/1	1/0	–	–	–	–	7 (0.42%)*

*В 1 случае ОТМ в обоих предсердиях.