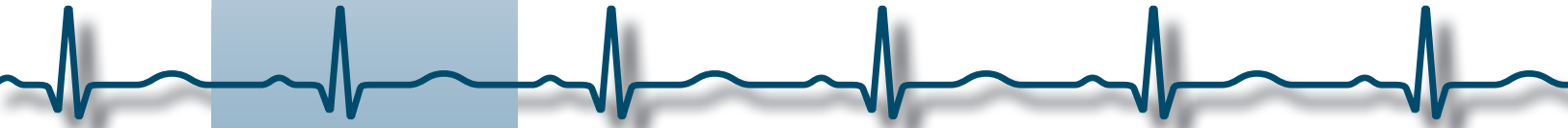




Асоціація аритмологів України



Аритмологія

Arrhythmology

№ 2 (54) 2025

ISSN 2309-8872

<https://asar.org.ua/>

Науково-практичний журнал

Видається з 2012 року

кардиту Всеукраїнської асоціації кардіологів України. Всім пацієнтам проводили добове моніторування ЕКГ з аналізом частоти та спектра порушень ритму і провідності та магнітно-резонансну томографію (МРТ) серця з контрастуванням і аналізом топографії ураження та підрахунком кількості сегментів ЛШ, уражених запальними змінами, і сегментів ЛШ з наявністю відстроченого контрастування (ВК).

Результати. При зіставленні результатів МРТ серця із даними добового моніторування ЕКГ була встановлена чітка асоціація наявності частоті ШЕ та пароксизмів НШТ із локалізацією ВК в МШП – серед пацієнтів з ураженням МШП в дебюті ГМ у 37,0 % реєструвалась часта ШЕ, а пароксизми НШТ в 25,9 % випадків. Через 12 місяців спостереження на фоні загального зменшення частоти виявлення порушень ритму серця за наявності ВК в МШП частота виявлення ШЕ та пароксизмів НШТ була значно вищою порівняно з іншою локалізацією ураження і становила 20,0 % та 13,3 % відповідно. За допомогою кореляційного аналізу було встановлено взаємозв'язок між ІКДО ЛШ в 1-й місяць від початку захворювання та наявності частоті ШЕ та пароксизмів НШТ через 12 міс спостереження. Крім цього, було встановлено, що присутність ВК в ≥ 4 сегментах ЛШ в дебюті захворювання чітко асоціювалася із персистенцією частоті ШЕ і пароксизмів НШТ через 12 місяців. З метою встановлення предикторів персистенції шлуночкових аритмій було проведено багатоглибинний регресійний аналіз. Згідно зі значеннями β коефіцієнтів предикторами персистенції частоті ШЕ через 12 місяців були: ФВ ЛШ ≤ 30 %; ІКДО ЛШ ≥ 105 мл/м²; наявність запального ураження в $\geq 6,0$ сегментах ЛШ; наявність ВК в $\geq 4,0$ сегментах ЛШ та його наявність у МШП, визначені в 1-й місяць захворювання, при цьому два останні фактори мали найбільший внесок. Предикторами персистенції пароксизмів НШТ стали ті самі фактори, за винятком ФВ ЛШ, а найбільш значущий внесок мала наявність ВК в МШП.

Висновки. Встановлено предиктори персистенції частоті шлуночкової екстрасистолії та пароксизмів нестійкої шлуночкової тахікардії у військовослужбовців з тяжким перебігом міокардиту через 12 місяців спостереження: індекс кінцево-діастолічного об'єму лівого шлуночка ≥ 105 мл/м², загальна кількість уражених сегментів лівого шлуночка ≥ 6 сегментів, наявність відстроченого контрастування в ≥ 4 сегментах лівого шлуночка – визначені в дебюті міокардиту, при цьому найбільш значущий внесок мало виявлення вогнищ відстроченого контрастування у міжшлуночкової перегородці.

Фібриляція передсердь у пацієнтів із серцевою недостатністю ішемічного генезу та ожирінням

О.В. Князева

Дніпровський державний медичний університет, Кривий Ріг

Фібриляція передсердь (ФП) є найбільш поширеною аритмією, провідними факторами ризику якої є вік, артеріальна гіпертензія (АГ), ожиріння, цукровий діабет 2-го типу, обструктивне апное уві сні (ОСА). В Україні за даними дослідження STEPS на ожиріння страждають 24,8 % населення, і поширеність його зростає у віковій групі 60–69 років. Тому дослідження зв'язку ФП з ожирінням в контексті концепції

кардіоваскулярно-ренального метаболічного синдрому, є актуальною проблемою.

Мета дослідження – визначити структурно-функціональні особливості ремоделювання серця у пацієнтів з фібриляцією передсердь на тлі серцевої недостатності (СН) ішемічного генезу у поєднанні з ожирінням.

Матеріали і методи. Обстежено 36 пацієнтів (21 чоловік та 15 жінок) із СН зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (СНзбФВ), які розподілені на дві групи. Основну групу становили 25 пацієнтів (14 чоловіків та 11 жінок) середнім віком 63,5 (57; 68) років з ожирінням (індекс маси тіла (ІМТ) ≥ 30 кг/м²). В групу порівняння залучені 11 пацієнтів (7 чоловіків та 4 жінки) середнім віком 64 (56; 68) років ($p > 0,05$) з нормальною масою тіла. Діагностику хронічної ішемічної хвороби серця (ІХС) проводили згідно з наказом МОЗ України №2857 від 23.12.2021 р., з урахуванням рекомендацій ЄКТ 2024 р. В діагностиці СН керувались рекомендаціями Всеукраїнської асоціації кардіологів України 2024 року. В якості групи контролю обстежені 10 пацієнтів (6 чоловіків та 4 жінки) без хвороб серцево-судинної системи та з нормальною масою тіла, зіставні за віком. Методи дослідження включали клінічне обстеження, визначення ІМТ, вимірювання окружності талії (ОТ) та стегон (ОС), ЕКГ, амбулаторне моніторування ЕКГ, доплер-ЕхоКГ), лабораторні і біохімічні дослідження. Статистичний аналіз результатів проведено за допомогою програми STATISTICA 6.1, серійний № AGAR909E415822FA. Кількісні ознаки представлені у вигляді медіани з міжквартильним діапазоном (Ме (25; 75 %)). За достовірні відмінності приймали величину $p < 0,05$.

Результати та обговорення. У 12 пацієнтів основної групи (48,0 %) та 6 пацієнтів групи порівняння (54,5 %) діагностовано стабільну стенокардію напруги (ССН) II ФК, у 13 пацієнтів основної групи (52,0 %) та 5 групи порівняння (45,5 %) – ССН III ФК ($p > 0,05$). Супутню АГ виявлено у 22 пацієнтів основної групи (88,0 %) та 8 пацієнтів (72,7 %) групи порівняння ($p > 0,05$). Ожиріння I ступеня виявлено у 11 (44,0 %), II ступеня – у 9 (36,0 %), III ступеня – у 5 (20,0 %) пацієнтів основної групи. У 20 пацієнтів (80,0 %) основної групи виявлено ФП: персистуючу в 12 випадках та пароксизмальну – в 8; а в групі порівняння – в 5 (45,5 %) випадках ($p < 0,05$). За результатами ДЕхоКГ встановлено, що пацієнти основної групи мали достовірно вищі показники індексу маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) 53,5 (49,9; 56,5) г/м^{2,7} проти 46,7 (46,5; 53,4) г/м^{2,7} ($p < 0,05$), індексу об'єму лівого передсердя (ІОЛП) 40,5 (38; 44) мл/м² проти 35,5 (34; 39) мл/м² ($p < 0,05$), систолічного тиска в легеневій артерії (СТЛА) 38,5 (37; 40) мм рт. ст. проти 36,5 (34; 37) мм рт. ст. ($p < 0,05$), співвідношення E/e' 10,2 (8,4; 14,2) проти 8,5 (7,4; 10,2) ($p < 0,05$), ніж пацієнти групи порівняння. Виявлено пряму кореляцію між ІМТ та ІММЛШ ($r = 0,34$, $p < 0,05$), ІОЛП ($r = 0,31$, $p < 0,05$), СТЛА ($r = 0,29$, $p < 0,05$), а також зв'язок співвідношення ОТ/ОС та ІОЛП ($r = 0,24$, $p < 0,05$).

Висновки. У пацієнтів з неклапанною ФП на тлі СНзбФВ ішемічного генезу у поєднанні з ожирінням встановлено більш виражене ремоделювання серця порівняно з пацієнтами із нормальною масою тіла. Виявлені кореляційні зв'язки показників ІМТ, співвідношення ОТ/ОС свідчать про внесок ожиріння в структурно-функціональні зміни серця, які сприяють виникненню та прогресуванню ФП.