

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

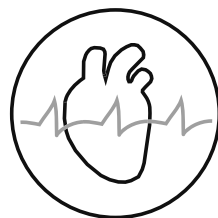
Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(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

восстановления ритма – фрагментации предсердий, не отмечено.

Результаты. Из 316 оперированных пациентов на госпитальном этапе умерло 6 (1,8 % госпитальная летальность). Причины – пневмония (2), полиорганная недостаточность (2), инсульт (2). Инотропная поддержка (добутамин) составила в пределах 3–5 мкг/мин/кг в течение первых 72 часов. Длительность пребывания на ИВЛ составила (7,5±1,7) часа, в отделении интенсивной терапии – (76,2±4,4) часа. Синусовый ритм при выписке по ЭКГ отмечался у 258 (81,6 %) пациентов. Восстановление синусового ритма в группе пациентов с пластикой ЛП было выше, чем в альтернативной группе: 85,8 и 69,4 % ($p < 0,05$). Через (4,5±0,5) год после операции прослежено 289 пациентов. Из 248 пациентов из группы с восстановленным правильным ритмом у 229 (92,3 %) удерживается синусовый ритм. Из 41 пациента из группы выписанных с фибрилляцией предсердий у 24 (58,5 %) восстановился синусовый ритм от 3 до 6 месяцев после операции. В группе с восстановленным правильным ритмом отсутствовали тромбоэмболические осложнения.

Выводы. Коррекция клапанов в сочетании с фрагментирующей операцией по схеме Maze IV-box в обоих предсердиях позволяет успешно восстановить правильный ритм в 81,6 % случаев на госпитальном этапе и стабилизировать его в отдаленный период. Элементы редукции ЛП, снижения величины его размера менее 5,0 см, резекции ушка являются важными для восстановления синусового ритма.

Суправентрикулярні тахікардії при критичних станах і в післяопераційний період – рекомендації EHRA 2019 року

В.А. Потабашній, В.І. Фесенко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
Кривий Ріг

Суправентрикулярні тахікардії (СВТ) часто реєструються у пацієнтів, які перебувають у критичних станах, а також в післяопераційний період. Належне використання антиаритмічних препаратів (ААП) у цієї категорії пацієнтів залежить від коректної оцінки гемодинамічних наслідків і асоційованих коморбідностей (особливо при наявності структурних змін серця), а також потенційного проаритмогенного ефекту ААП. Актуальним є питання про тактику застосування ААП у випадку проаритмії, електролітному дисбалансі та специфічних ситуаціях, пов'язаних з критичними станами і оперативним втручанням.

Мета – провести аналіз рекомендацій EHRA 2019 року щодо лікування суправентрикулярних тахікардій у пацієнтів, які перебувають у критичному стані та в післяопераційний період.

Результати. СВТ є регулярними аритміями з вузькими комплексами QRS (<120 мс) при відсутності блокади ніжок пучка Гіса або антидромної реципрокної атріовен-

трикулярної тахікардії (АВТ). Визнано два механізми СВТ: перший – збільшення автоматизму синусового вузла (синусова тахікардія), передсердь (передсердна тахікардія-ПТ) чи атріовентрикулярного з'єднання; другий – re-entry в АВ-вузлі (АВВРТ) або з додатковими шляхами проведення – АВ реципрокна тахікардія (АВРТ). Ці аритмії можуть бути в анамнезі пацієнтів, які перебувають у критичному стані або в післяопераційний період, частина з них вже приймали ААП. Мультифокальна ПТ частіше реєструється у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень, ішемічною хворобою серця та хронічною серцевою недостатністю, може бути індукованою гострою інфекцією, особливо в осіб похилого віку. Цю аритмію слід ретельно диференціювати з фібриляцією та тріпотінням передсердь. Вагусні маневри допомагають диференціювати АВВРТ і АВРТ від ПТ. Якщо вагусні маневри недостатні, в/в введення ААП повинні призначатися для припинення аритмії при стабільній гемодинаміці. При тахікардії з вузькими комплексами QRS першим вибором є аденозин, верапаміл або β-адреноблокатори. Аденозин має переваги, враховуючи швидкий початок дії та короткий період напіввиведення. ААП з більшою тривалістю дії (в/в верапаміл або β-адреноблокатори) більш ефективні у пацієнтів з рецидивами аритмії. При тахікардії з широкими комплексами QRS (>120 мс) важливою є диференціація СВТ від шлуночкових тахікардій. Якщо диференціальний діагноз такої тахікардії не можливий, лікування проводиться як шлуночкової тахікардії. Флекаїнід може бути використаний в/в при АВРТ або ПТ, але протипоказаний у випадку низької фракції викиду лівого шлуночка (ФВлш) або гіпертрофічної кардіоміопатії. Амiodарон може бути необхідним при низькій ФВлш або серцевій недостатності. Корекція провокуючих факторів повинна бути обов'язковою частиною лікування, оскільки конверсія до синусового ритму можлива навіть після цих заходів. Електрична кардіоверсія показана пацієнтам з нестабільною гемодинамікою. У випадках рецидиву СВТ абляція може вирішити питання усунення тахікардії, особливо при поганій толерантності, а іноді необхідна навіть у гострій ситуації.

Висновки. Імплементация рекомендацій EHRA з ведення суправентрикулярних тахікардій при критичних станах і в післяопераційний період, адаптованих до реальної практики в Україні, буде сприяти удосконаленню та персоналізації медичної допомоги пацієнтам, які перебувають у критичному стані.

Шлуночкові аритмії при критичних станах і в післяопераційний період – рекомендації EHRA 2019 року

В.А. Потабашній, В.І. Фесенко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
Кривий Ріг

Шлуночкові аритмії (ША) у пацієнтів з критичними станами і в післяопераційний період виникають майже

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 зловласних 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