

Матеріал і методи. Обстежено 62 пацієнти з надшлуночковими тахікардіями (НШТ) на фоні синдрому WPW: середній вік пацієнтів – $39,3 \pm 0,8$ року (16–56 років), з них чоловіків – 43, жінок – 19. У хворих реєстрували 2 типи порушення ритму серця: ортодромна НШТ і фібриляція передсердь (ФП). Пацієнти розділені на групи: 1-ша (n=18) – 16–29 років, 2-га (n=14) – 30–39 років, 3-тя (n=17) – 40–49 років, 4-та (n=13) – 50 років і старше. Всім пацієнтам виконали електрофізіологічне дослідження (ЕФД) провідної системи серця з визначенням ефективних рефрактерних періодів (ЕРП) передсердь, АВ-вузла, додаткових шляхів проведення в антероградному (ДШПа) і ретроградному (ДШПр) напрямках. При запуску пароксизмальних порушень ритму серця визначали характер тахікардії, механізми запуску та купування, зону тахікардії або зону уразливості передсердь, електрофізіологічні параметри тахіаритмії. Якщо пацієнти приймали антиаритмічні препарати, дослідження проводили після 3 періодів їх напіввиведення, у випадку попереднього прийому аміодарону – через 1–1,5 міс.

Результати. Показники ЕФД провідної системи серця включених пацієнтів підсумовані у таблиці.

Електрофізіологічні характеристики міокарда передсердь, шлуночків і АВ-вузла, ДШП у хворих різного віку (мс)

Група хворих	ЕРП передсердь	ЕРП АВ-вузла	ЕРП ДШПа	ЕРП ДШПр
1	$217,7 \pm 2,7$	$245 \pm 6,2$	$253,0 \pm 5,0$	$237,7 \pm 2,1$
2	$230 \pm 6,9$	250 ± 8	$260,0 \pm 4,6$	$242,0 \pm 5,0$
3	$247 \pm 5,5$	$275,1 \pm 8$	$282,8 \pm 8,5$	$262,8 \pm 7,1$
4	254 ± 7	$281 \pm 7,2$	$274,0 \pm 10,0$	$281,6 \pm 2,6$
$p_{1,2}$	<0,05	НЗ	НЗ	НЗ
$p_{1,3}$	<0,001	<0,01	<0,01	<0,01
$p_{1,4}$	<0,001	<0,01	<0,05	<0,001
$p_{2,3}$	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05
$p_{2,4}$	<0,01	<0,05	<0,05	<0,01
$p_{3,4}$	НЗ	НЗ	НЗ	НЗ

$p_{1,2}$ – статистична значущість відмінностей між групами 1 і 2; $p_{1,3}$ – статистична значущість відмінностей між групами 1 і 3; $p_{1,4}$ – статистична значущість відмінностей між групами 1 і 4; $p_{2,3}$ – статистична значущість відмінностей між групами 2 і 3; $p_{2,4}$ – статистична значущість відмінностей між групами 2 і 4; $p_{3,4}$ – статистична значущість відмінностей між групами 3 і 4; НЗ – відмінність статистично незначуща

Висновки. У пацієнтів з синдромом преекзитації спостерігається поступове збільшення ЕРП передсердь, АВ-вузла і аномальних шляхів проведення у віці

до 39 років і більш чіткий ріст – старше 40 років. Статистично значущих вікових відмінностей ЕРП шлуночків не відзначено.

Постійна форма фібриляції передсердь як фактор ризику декомпенсації хронічної серцевої недостатності на фоні артеріальної гіпертензії та порушеної функції нирок

О.О. Ханюков, О.В. Смольянова

Дніпровський державний медичний університет

Мета. Оцінити вплив фібриляції передсердь (ФП) на шанс декомпенсації хронічної серцевої недостатності (ХСН) у хворих похилого віку з артеріальною гіпертензією (АГ) та порушеною функцією нирок протягом 6-місячного амбулаторного спостереження.

Методи дослідження. У дослідженні взяли участь 93 пацієнти з ХСН II стадії на фоні АГ II стадії, I,2 ступеню, та порушеної функції нирок, з яких 12 мали постійну форму ФП неклапанного генезу. Пацієнтам проводили загальноклінічне дослідження, аналіз амбулаторної карти, вимірювали дистанцію, що пройдено під час тесту з 6-хвилинною ходьбою, визначення рівня креатиніну з розрахунком швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration.

Результати. Когорти з та без ФП не відрізнялися за віком (63 [62; 68] років проти 64 [62; 68] років, $p=0,8$), гендерним розподілом (чоловіки – 67% (95% ДІ 39–6%) проти 62% (95% ДІ 51–72%), $p=0,5$), статусом паління (58% (95% ДІ 32–81%) проти 38% (95% ДІ 28–49%), $p=0,22$), тривалістю АГ (9 [7; 12] років проти 8 [7; 10] років, $p=0,8$), дистанцією, що пройдено під час тесту з 6-хвилинною ходьбою (312 [286; 385] м проти 332 [301; 399] м, $p=0,5$), рівнем систолічного артеріального тиску (142 [138; 154] мм рт. ст. проти 143 [138; 149] мм рт. ст., $p=0,55$) та діастолічного артеріального тиску (80 [76; 87] мм рт. ст. проти 80 [74; 86] мм рт. ст., $p=0,99$). Також пацієнти з та без досліджуваної аритмії були співставні за рівнем ШКФ (72,8 [56; 81,9] мл/хв/1,73 м² проти 67,5 [59,8; 78,4] мл/хв/1,73 м², $p=0,91$), часткою хворих з ШКФ <60 мл/хв/1,73 м² (33% (95% ДІ 14–61%) проти 28% (95% ДІ 20–39%), $p=0,48$). Проте частка досліджуваних з вислуховуванням хрипів над легенями була більшою у групі ФП (67% (95% ДІ 39–86%) проти 20% (95% ДІ 13–30%), $p<0,05$).

За час 6-місячного спостереження у 21 з 93 пацієнтів відбулася декомпенсація ХСН (23% (95% ДІ 15–32%)). Кількість хворих з ФП була статистично вірогідно більшою у групі з декомпенсацією ХСН (38% (95% ДІ 21–59%)) проти 6% (95% ДІ 2–13%), $p < 0,01$, і подія мала відносно сильний зв'язок з наявністю ФП ($\phi = 0,41$). При подальшому аналізі встановлено, що наявність досліджуваної аритмії збільшувала шанс декомпенсації ХСН у 10,46 разів (ВШ=10,46 (95% ДІ 2,74–39,91), АUC 0,66 (95% ДІ 0,56–0,76)).

Висновки. За результатами 6-місячного амбулаторного спостереження встановлено, що наявність постійної форми ФП неклапанного генезу у пацієнтів похилого віку з АГ та порушеною функцією нирок має відносно сильний зв'язок з декомпенсацією ХСН, статистично вірогідно збільшуючи шанс останньої у 10 разів.

Клінічна ефективність і безпеки комбінованого препарату калію та магнію в комплексному лікуванні хворих з ІХС, порушеннями ритму серця та ХСН

О.О. Ханюков, О.С. Калашникова, Л.В. Сапожниченко, О.В. Смольянова, М.І. Яловенко

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро

Наявність хронічної ішемії міокарда сприяє розвитку порушень ритму та провідності серця, систолічної дисфункції лівого шлуночка, і, як наслідок, виникненню та прогресуванню хронічної серцевої недостатності (ХСН). Тому при виборі оптимального лікування для такої групи пацієнтів необхідно рекомендувати препарати, які, окрім антиангінальних та гемодинамічних властивостей, мають і метаболічну дію.

Мета – оцінити ефективність та безпеку комбінованого препарату калію та магнію у комплексному лікуванні хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС), порушеннями ритму серця та ХСН.

Матеріали і методи. Обстежено 80 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічних відділеннях чотирьох лікувально-профілактичних закладів міста Дніпро. Критерії включення у дослідження: ІХС: стенокардія напруги ІІ – ІV функціонального класу, у тому числі хворі на гострий коронарний синдром в анамнезі (інфаркт міокарда та/або нестабільну стенокардію); порушення ритму серця (суправентрикулярна (СЕ) та шлуночкова екстрасистолія (ШЕ));

ХСН ІІ – ІІІ функціонального класу за класифікацією NYHA; вік старше 18 років; підписана інформована згода пацієнта. Всім хворим проведено стандартні клініко-лабораторні та інструментальні дослідження (електрокардіографія (ЕКГ), ехокардіографія (ЕхоКГ), добове моніторування ЕКГ).

Хворі були рандомізовані випадковим чином на 2 групи, зіставні за віком, статтю. Основна група (40 пацієнтів) на етапі стаціонарного лікування (12–14 днів) отримувала базисну терапію, яка включала: антитромбоцитарні препарати (аспірин – 100 мг на день або, при необхідності, комбінацію аспірину 100 мг та клопідогрелю 75 мг на день), бета-адреноблокатор (бісопролол – 5–10 мг на добу залежно від вихідного рівня частоти серцевих скорочень (ЧСС) та артеріального тиску (АТ) з попередньою титрацією дози), інгібітор АПФ (раміприл – 5–10 мг на добу залежно від вихідного рівня АТ), статини (розувастатин – 20 мг на добу); за необхідності були рекомендовані нітрати та діуретики. Додатково до базисного лікування було призначено комбінований препарат калію та магнію (10 мл внутрішньовенно щодня). Контрольна група (40 хворих) отримувала лише базисну терапію.

Результати. За результатами добового моніторування ЕКГ через 12–14 днів після лікування у хворих основної групи в порівнянні з пацієнтами групи контролю достовірно зменшилась кількість СЕ та ШЕ, а також епізодів бігеменії та кількість парних ЕС:

Показник	Основна група		Контрольна група	
	до лікування	через 12-14 днів	до лікування	через 12-14 днів
Кількість СЕ за добу	1523±142	175±46 ¹	1411±135	345±74 ^{2,3}
Кількість ШЕ за добу	813±95	54±12 ¹	905±103	184±33 ^{2,3}
Епізоди бігеменії за добу	58±15	10±2 ¹	53±18	18±3 ^{2,3}
Кількість парних ЕС за добу	21±6	0 ¹	25±8	5±2 ^{2,3}

¹ статистично достовірна ($p < 0,05$) різниця між вихідними даними та даними через 12–14 днів лікування у пацієнтів основної групи; ² статистично достовірна ($p < 0,05$) різниця між вихідними даними та даними через 12–14 днів лікування у пацієнтів контрольної групи; ³ статистично достовірна ($p < 0,05$) різниця між даними через 12–14 днів лікування у пацієнтів основної та контрольної груп.

Висновки. У пацієнтів з ІХС, порушеннями ритму серця та ХСН, які на фоні базисної терапії додатково приймали комбінований препарат калію та магнію, спостерігалось достовірне зменшення кількості суправентрикулярних та шлуночкових екстрасистол за добу, епізодів бігеменії, кількості парних екстрасистол за даними холтеровського моніторування ЕКГ, що свідчить про антиаритмогенний ефект препарату та