

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXIII Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 20–23 вересня 2022 р.)

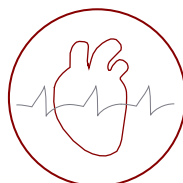
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- гострий інфаркт міокарда
- інтервенційна кардіологія
- дисліпідемії
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія та реабілітація
- фундаментальна кардіологія та регенеративна медицина
- медико-соціальні аспекти кардіології в умовах війни

Том Додаток

29

1

2022



www.ucardioj.com.ua

тривалістю понад 2 доби, але менше 1 місяця. Середній вік обстежених хворих становив (61,5±4,3) року. Найбільш частими захворюваннями, на тлі яких виникала ФП, були ІХС (у 56 (100 %) хворих) та артеріальна гіпертензія (у 31 (62 %)). ІМ в анамнезі був у 39 (71 %) осіб. Серцева недостатність II – III функціонального класу за NYHA діагностована у всіх пацієнтів, цукровий діабет зареєстрований у 19 (34 %) хворих. Перед відновленням ритму у хворих було досягнуто цільовий рівень артеріального тиску (АТ), нівельовані ознаки серцевої недостатності, підібрана антикоагулянтна терапія варфарином із міжнародним нормалізованим відношенням від 2 до 3. Усі пацієнти випадково були розподілені на дві групи. Пацієнтам 1-ї групи (n=28) проводилася медикаментозна кардіоверсія (МК) аміодароном (згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фібриляція передсердь» від 15.06.2016 р.) та призначався оротат магнію дигідрат (600 мг на добу 7 днів, далі по 1500 мг на добу). Пацієнтам 2-ї групи (n=28) проводилася лише МК. Супутня терапія в обох групах включала: інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту або сартани, β-адреноблокатори, статини. Оцінювали час до відновлення серцевого ритму в обох групах хворих, частоту виявлення передсердної та шлуночкової екстрасистоїї на тлі синусового ритму (СР) за даними холтеровського моніторингу ЕКГ (ХМ ЕКГ).

Результати. В обох групах під впливом терапії пацієнти відзначали покращення загального стану, насамперед, за рахунок зниження відчуття серцебиття. Так, у 1-й групі середній бал суб'єктивної оцінки серцебиття до лікування становив 4,1±1,1, після лікування аміодароном у поєднанні з оротатом магнію дигідрат – 1,2±0,8 (p=0,002), а у 2-й групі – відповідно 3,8±1,2 та 1,9±0,6 (p=0,004). При об'єктивному контролі показників гемодинаміки до та після МК встановлено, що у групі лікування монотерапією аміодароном суттєво не змінилися показники АТ – (136,3±5,4)/(81,5±4,7) мм рт. ст. та (130,7±4,2)/(78,5±5,5) мм рт. ст. відповідно. При комбінованому лікуванні відзначено додаткове зниження систолічного АТ після 12 годин спостереження – (140,7±6,2)/(79,1±6,7) мм рт. ст. і (123,4±4,7)/(74,5±6,2) мм рт. ст. (p=0,003), що пов'язано з додатковою антигіпертензивною дією магнію. У групі монотерапії аміодароном відновлення СР спостерігали у 33 (60,4%) пацієнтів, а групі терапії аміодароном у поєднанні з оротатом магнію дигідрат – у 38 (68,0 %). У 13 (24,4 %) пацієнтів 1-ї групи та 11 (21,3 %) пацієнтів 2-ї групи відновлення синусового ритму відбулося більш ніж через 48 год. Пацієнтам у яких відновлення СР не вдалося досягти за допомогою МК була проведена черезстравохідна електрокардіостимуляція. Після відновлення СР на 3 добу хворим виконували ХМ ЕКГ для оцінки електричної нестабільності міокарда передсердь та шлуночків. Відзначено, що при використанні в комплексній терапії оротату магнію дигідрат

достовірно рідше виникали суправентрикулярна екстрасистоля (310±46 проти 583±86, p=0,01) та парна суправентрикулярна екстрасистоля (21±3 проти 46±5, p=0,02).

Висновки. Додавання до базисної терапії пацієнтів із ФП препарату магнію оротату дигідрату збільшує ефективність медикаментозної кардіоверсії та скорочує час її настання. При спільному використанні аміодарону та магнію оротату дигідрату при ХМ ЕКГ достовірно рідше виявляються ознаки електричної нестабільності міокарда передсердь (кількість суправентрикулярної та парної екстрасистоїї) порівняно з монотерапією аміодароном.

Вплив магнію оротату дигідрату на якість життя в пацієнтів із пароксизмом фібриляції передсердь у комплексній терапії при довготривалому використанні

І.М. Фуштей, О.С. Чабанна, О.В. Ткаченко

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Мета – оцінити вплив на якість життя (ЯЖ) магнію оротату дигідрату при тривалому використанні у складі комплексної терапії у хворих із пароксизмом фібриляції передсердь (ФП).

Матеріали і методи. До дослідження було включено 56 пацієнтів (16 жінок та 40 чоловіків) із пароксизмом ФП тривалістю понад 2 доби, але менше 1 місяця. Середній вік обстежених хворих становив (61,5±4,3) року. Найбільш частими захворюваннями, на тлі яких виникала ФП, були ІХС (у 56 (100 %) хворих) та артеріальна гіпертензія (у 31 (62 %)). Інфаркт міокарда в анамнезі був у 39 (71 %) осіб. Серцева недостатність II – III функціонального класу за NYHA діагностована у всіх пацієнтів, цукровий діабет зареєстрований у 19 (34 %) хворих. Всі пацієнти випадково були розподілені на дві групи. Пацієнтам обох груп була проведена медикаментозна кардіоверсія аміодароном. Пацієнти 1-ї групи (n=28) на фоні базисної терапії протягом 3 місяців приймали магнію оротату дигідрат: після навантажувальної дози 600 мг/добу протягом 7 днів продовжили прийом у дозі 2 таблетки на добу (1500 мг/добу), пацієнти 2-ї групи (n=28) приймали лише базисну терапію. Супутня терапія в обох групах включала: інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту або сартани, β-адреноблокатори, статини. Фізична та емоційна складові ЯЖ пацієнтів оцінювали через 3 місяці після виписки. Для оцінки ЯЖ використовували опитувальник Р.А. Лібіс із співавт. «Якість життя хворих із аритміями». Методика складається з 21 питання, на кожне з яких пропонується вибрати один із 5 варіантів відповідей (відсутність впливу аритмії на той чи інший компонент ЯЖ – 0 балів, дуже сильний вплив на цей компонент – 4 бали). ЯЖ у % розраховували за

формулою: $100\% - (K \times KB)$, де 100% – «ідеальна» якість життя; K – коефіцієнт 1,19, що показує кількість відсотків, яке забирає від «ідеального» ЯЖ кожен набраний бал при анкетуванні; KB – кількість балів, набрана під час анкетування.

Результати. Через 3 місяці після відновлення синусового ритму було вивчена ЯЖ у пацієнтів обох груп. Оцінка ЯЖ показала, що початково для більшості пацієнтів обох груп характерними були неприємні відчуття в ділянці серця, загальна слабкість, підвищена стомлюваність, мимовільна фіксація уваги на роботі серця, очікування нападів серцебиття, перебоїв у роботі серця, страх зупинки серця, тривога за своє здоров'я та життя, зниження настрою, почуття пригніченості. Їх турбувала необхідність постійно лікуватися, зміни у стосунках із близькими. Загалом у хворих обох груп із ФП вихідне значення (до лікування) ЯЖ становило 51,35 %. Через 3 місяці терапії у групі пацієнтів, які отримували, крім стандартних препаратів, магнію оротату дигідрат, ЯЖ становила 64,88 %, що на 15,66 % більше вихідного ($p=0,003$). ЯЖ у хворих цієї групи до лікування становила 49,22 %. Основні причини зниження ЯЖ після лікування в цій групі хворих були обумовлені переважно «фізичним» компонентом. У пацієнтів 2-ї групи середнє значення ЯЖ до лікування становило 49,03 %. При повторному обстеженні ЯЖ становила 54,73 %. Відмінність із вихідними даними – 5,70 % ($p=0,004$). Основні причини зниження ЯЖ після лікування в цій групі хворих були обумовлені «фізичним» та «емоційним» компонентами.

Висновки. ФП викликає погіршення показників ЯЖ у вигляді посилення вираженості симптомів захворювання, обмеження фізичної активності та порушень у психоемоційній сфері. Через 3 місяці лікування пацієнтів із ФП відзначено, що ЯЖ при комплексній терапії з використанням магнію оротату дигідрату у пацієнтів 1-ї групи була вище порівняно з пацієнтами 2-ї групи за рахунок покращення показників «психоемоційного» компонента.

Роль навігації в лікуванні різних видів передсердних макро рі-ентрі тахіаритмій

А.В. Якушев

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

Мета – порівняти ефективність радіочастотної катетерної абляції кавотрикуспідального перешийка з використанням анатомічного моделювання з традиційною методикою.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено аналіз результатів лікування 58 пацієнтів в НІССХ

ім. М.М. Амосова в період з 2019 по 2021 рр. В І групу увійшов 31 пацієнт, яким радіочастотної абляції (РЧА) каво-трикуспідального істмусу (КТИ) проводили за традиційною методикою та електроанатомічними критеріями. В ІІ групу увійшли 27 пацієнтів, яким проводили анатомічне моделювання правого передсердя (ПП). Електрофізіологічне дослідження та РЧА проводили з використанням ангиографа General Electric Innova 520 (General Electric, США) та електрофізіологічної установки Claris Workmate (St. Jude Medical, США).

Результати. У всіх пацієнтів, що були включені в дослідження, на момент виконання РЧА персистувало тріпотіння передсердь (ТП). Радіочастотні аплікації наносили 4 мм керованим електродом з активним охолодженням, потужністю 35 Вт та швидкістю охолодження 17 мл/хв. Критерієм успішності РЧА вважали наявність двостороннього блоку проведення по КТИ, що зберігався протягом контрольного часу (30 хв).

В групі 1 середній час на встановлення діагнозу ТП становив 230 с. Аплікації наносили під рентгенологічним контролем в лівій косій проекції (LAO35) з орієнтацією на морфологію ендोगрам на абляційному електроді. У всіх пацієнтів ритм було відновлення під час аплікацій в зоні КТИ. Середній час від першої аплікації до відновлення синусового ритму становив 325 с при середній кількості аплікацій 7. У всіх пацієнтів після відновлення синусового ритму виникала необхідність наносити додаткові 2 аплікації для досягнення двонаправленого блоку проведення по КТИ. Середній додатковий час до виникнення двонаправленого блоку становив 68 с. У 3 пацієнтів було відзначено рецидив протягом контрольного часу, що потребував нанесення ще 2 додаткових аплікацій.

У ІІ групі середній час створення спрощеної моделі становив 53 с. Позиціонування електрода та нанесення аплікацій проводили під контролем навігаційної системи. Підтвердження електрофізіологічного механізму тахікардії проводили за допомогою entrainment, що в середньому зайняло 225 мс. Середній час до зупинки тахікардії і відновлення синусового ритму становив 230 с. У всіх пацієнтів після відновлення синусового ритму було необхідно наносити додаткові 3 аплікації для досягнення двонаправленого блоку. Середній час від відновлення синусового ритму до підтвердження двонаправленого блоку КТИ становив 71 с. Під час контрольного часу у 3 пацієнтів було відзначено рецидив проведення по КТИ, що потребував додаткової 1 аплікації.

На момент завершення процедури у всіх пацієнтів вдалося досягти критеріїв успішності. В 1 групі спостереження середній час процедури становив $(43 \pm 3,2)$ хв з середнім часом рентгену (663 ± 58) с та середнім DAP $(7,3 \pm 1,5)$ Gy.cm². В 2 групі спостереження середній час процедури становив $(41,5 \pm 3,7)$ хв, середній час рентгену – (35 ± 12) с, середній DAP $(0,7 \pm 0,2)$ Gy.cm². При контрольному обстеженні через 1 рік у всіх пацієнтів зареє-