

хв, мінімальна – $58,3 \pm 13,7$ уд/хв, що відповідало референтним значенням ($p > 0,05$).

Серед суправентрикулярних порушень ритму упродовж 24 год після ревазуляризації найчастішими були передчасні скорочення (екстрасистоли – ЕС), середня кількість яких в одного пацієнта була достовірно найвищою за наявності ожиріння: $562,2$ ($320,0; 790,0$ ($p_{\text{ожиріння-АГ}}=0,03; p_{\text{ожиріння-ЦД}}=0,01; p_{\text{ожиріння-АГ-Covid-19}}=0,04$). Достатньо частими були також суправентрикулярні ЕС у хворих, які перенесли Covid-19 ($202,9$ ($47,8; 187,3$)), а також мали АГ ($183,0$ ($32,8; 260,5$)), достовірно рідше реєструвались вони за наявності ЦД ($33,1$ ($10,5; 48,0$), $p < 0,05$ порівняно з іншими ЧР).

Переважає кількість суправентрикулярних ЕС у пацієнтів з ожирінням ($408,5$ ($217,8; 599,3$)) та ЦД ($9,5$ ($6,3; 21,8$)) були ізольованими (поодинокими). У випадках перенесеної коронавірусної інфекції та АГ вони доволі часто реєструвались у вигляді пар, триплетів, бігемінії, тригемінії, чого не спостерігалось у пацієнтів з ЦД. У хворих з ожирінням, окрім ізольованих, реєструвались парні ЕС ($10,5$ ($5,8; 15,3$)).

За наявності АГ та перенесеного Covid-19 відмічено «пробіжки» ЕС ($3,0$ ($1,5; 3,8$) та $2,5$ ($1,8; 3,3$), відповідно), а також пароксизми суправентрикулярної тахікардії (СВТ) ($2,0$ ($1,0; 3,0$) та $2,0$ ($1,0; 3,1$), відповідно). Найтриваліші пароксизми СВТ ($7,7$ ($4,3; 13,3$) с) були в пацієнтів з АГ.

Висновки. У хворих із гострим інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST впродовж першої доби після первинного черезшкірного коронарного втручання із стентуванням інфарктпов'язаної коронарної артерії доволі часто виникають надшлуночкові передчасні скорочення, а також епізоди суправентрикулярної тахікардії. Характер порушень ритму за наявності артеріальної гіпертензії, а також перенесеного Covid-19 («пробіжки» екстрасистол, епізоди суправентрикулярної тахікардії) прогностично несприятливіший і вказує на ризик появи в цих осіб фібриляції передсердь. Такі аритмії на сьогоднішній день розцінюються також як провісники виникнення інсульту.

Переваги фармакогенетичного підбору дози варфарину у хворих з фібриляцією передсердь

М.Ю. Колесник, Я.М. Михайловський

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета – оцінити переваги фармакогенетичного методу підбору дози варфарину (ВФ) порівняно з традиційною методикою при лікуванні хворих з фібриляцією передсердь (ФП).

Матеріали та методи. Обстежено 110 хворих з ФП (середній вік $68,72 \pm 0,79$; чоловіків – 57, жінок – 53), які розподілені на дві групи: основна – 50 хворих з ФП та підбором дози ВФ фармакогенетичним методом за модифікованим алгоритмом Gage та співавт. та наступним титруванням дози в умовах антикоагулянтного кабінету ННМЦ «Університетська клініка» ЗДМФУ; контрольна – 60 хворих з ФП та емпіричним підбором дози ВФ з досягненням цільових значень міжнародного нормалізованого відношення (МНВ). У всіх хворих після підбору дози ВФ контроль МНВ здійснювався 1 раз на 4 тижні.

Визначали показники коагулограми, обчислювали бали за шкалами CHA₂DS₂-VASC, HAS-BLED, SAME-TT₂R₂, значення TTR розраховували за методом Rosendaal та співавт., алельний розподіл генів, що впливають на метаболізм ВФ (CYP2C9, CYP4F2, VKORC1) вивчали шляхом полімеразної ланцюгової реакції; рівень Д-димеру – методом твердофазного імуноферментного аналізу. Через 1 рік спостереження досліджена кумулятивна кінцева точка та її складові, а саме: епізоди надмірної гіпокоагуляції (МНВ > 4) та геморагічні ускладнення. Статистичну обробку даних проводили за допомогою ліцензійного пакету програм Statistica 13.0 (StatSoft Inc., № JРZ8041382130ARCN10-J) відповідно до сучасних вимог.

Результати. Між хворими основної та контрольної груп різниці за шкалами CHA₂DS₂-VASC, HAS-BLED, SAME-TT₂R₂ не виявлено ($p > 0,05$). У основній та контрольній групах частка хворих із задовільним контролем МНВ статистично не відрізнялась, групи були також співставні за показником TTR ($p > 0,05$). Встановлено, що ініціальна доза ВФ, підібрана фармакогенетичним методом, була більш наближеною до остаточної терапевтичної дози порівняно з підбіраною емпіричним шляхом, що підтверджувалось проведеним кореляційним аналізом. Так, ініціальна доза ВФ більш суттєво ($p < 0,05$) корелювала з терапевтичною в основній групі ($r = +0,57$; $p < 0,05$) порівняно з контрольною ($r = +0,18$; $p < 0,05$). Крім того, фармакогенетично визначена доза мала значно меншу середню абсолютну ($1,05 \pm 0,14$ проти $1,51 \pm 0,14$) та відносну ($20,62 \pm 2,87$ проти $33,78 \pm 3,85$) помилки прогнозу порівняно з емпіричним методом підбору дози ВФ. Концентрація D-димера у хворих з ФП була зіставною в обох групах, проте спостерігалось зменшення частки хворих з підвищеним рівнем D-димера в групі фармакогенетичного підбору дози ВФ ($p < 0,05$). У хворих з ФП та фармакогенетичним методом підбору дози ВФ зменшувалися частота та ризик розвитку кумулятивної кінцевої точки ($\chi^2 = 7,01$; RR = 0,60; CI 0,40 – 0,90; $p < 0,05$), епізодів надмірної гіпокоагуляції ($\chi^2 = 5,11$; RR = 0,50; CI 0,27 – 0,94; $p < 0,05$).

та кровотеч ($\chi^2 = 9,57$; $RR = 0,41$; $CI 0,22-0,77$; $p < 0,05$) порівняно з емпіричним підбором дози ВФ.

Висновки. Підтверджено валідність фармакогенетичного підбору дози ВФ у пацієнтів з ФП та доведено переваги фармакогенетичного методу підбору дози ВФ за рахунок зменшення частки хворих з підвищеним рівнем D-димеру, частоти та ризику розвитку кумулятивної кінцевої точки, епізодів надмірної гіпокоагуляції та кровотеч.

«Незвичайні» звичайні суправентрикулярні тахікардії

Т.В. Кравченко, Є.С. Акобів, Р.В. Шустницький,
М.Д. Свірський, С.І. Естрін

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії
імені В.Т. Зайцева НАМН України», Харків

За статистикою серед усіх тахікардій у клінічній практиці частка суправентрикулярних становить близько 17 % всіх порушень серцевого ритму. Механізм виникнення та підтримки багатьох суправентрикулярних тахікардій (СВТ) добре вивчений, тому відомо місце, на яке треба вплинути пошкоджуючим фактором під час операції для їх елімінації. Але інколи трапляються клінічні ситуації, коли не завжди можна усунути тахікардію за тих чи інших причин, або зробити це надзвичайно складно, і ефект від процедури незадовільний або пацієнти потребують повторних втручань.

Мета – оптимізувати підходи до катетерної абляції суправентрикулярних тахікардій, підвищити ефективність катетерної абляції.

Методи дослідження. Було проаналізовано історії хвороби 1000 пацієнтів, яким було виконано радіочастотну абляцію (РЧА) з приводу СВТ. За нозологією тахікардії пацієнти розподілились так: передсердні фокусні тахікардії – $n=55$ (5,5 %), передсердні маско-*re-entry* тахікардії – $n=612$ (61,2 %), передсердно-шлуночкові маско-*re-entry* тахікардії – $n=333$ (33,3 %). Повторних процедур потребували 29 (2,9 %) пацієнтів за причини рецидиву або у зв'язку з неефективністю 1-ї процедури.

Результати. Інтраопераційно досягнуто критеріїв усунення тахікардії в 988 (98,8 %) випадків. Не усунуто тахікардію під час 1-ї процедури у 12 (1,2 %) хворих: $n=10$ (1 %) з лівопередсердним тріпотінням, $n=2$ – з типовим тріпотінням передсердь, $n=1$ (0,1%) – із фокусною передсердною тахікардією. Повторно було прооперовано 29 пацієнтів: 2 з атріовентрикулярною вузловою *re-entry* тахікардією, 1 з маніфестним синдромом Вольфа-Паркінсона-Уайта (парагісальна локалізація), 21 з лівопередсердним тріпотінням, 2 з типовим тріпотінням передсердь, 3 з фокусними передсердними тахікардіями (вільна

стінка лівого передсердя, вушко лівого передсердя, вушко правого передсердя). Були проаналізовані також історії хвороб пацієнтів, у яких тривалість процедури перевищувала середньостатистичну. При повторних процедурах, а також при складнощах картування тахікардії під час первинної процедури застосовували додаткові заходи для отримання критеріїв усунення тахікардії та запобігання рецидивів:

- застосовували нестандартні доступи (епікардіальний через коронарний синус та синуси Вальсальви),
- використовували додаткову візуалізацію у вигляді навігаційної системи,
- підвищували щільність картування в зоні інтересу із застосуванням багатополюсних діагностичних катетерів,
- застосовували нестандартні пошкоджуючі фактори міокарда: біполярну абляцію та етанолову абляцію в системі вен коронарного синуса.

Загальна ефективність процедур становила 99 %.

Висновки. При суправентрикулярних тахікардіях катетерна РЧА є ефективним методом лікування і може бути методом вибору для покращання довгострокового прогнозу. В складних клінічних ситуаціях застосування додаткових опцій (високощільне картування, додаткова візуалізація за допомогою навігаційної системи, біполярна абляція, етанолова абляція) сприяє покращенню результатів лікування.

Перший досвід катетерної абляції фібриляції передсердь шляхом незворотної електропорації

М.С. Мешкова¹, О.В. Доронін^{1, 2}

¹ ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії» МОЗ України, Київ

² Національний університет охорони здоров'я імені П.Л. Шупика, Київ

Фібриляція передсердь (ФП) – найбільш поширене хронічне порушення ритму серця у дорослих, на яке страждають 1-2 % загальної популяції людей. Радикальне катетерне лікування цієї аритмії набуває все більшого розповсюдження. Найбільш новою методикою стала імпульсно-хвильова абляція, яка викликає незворотну електропорацію.

Мета – оцінити безпосередні результати першого в Україні застосування імпульсно-хвильової абляції для лікування ФП.

Матеріали та методи. В період з 01.03 по 14.05 2024 року в НПМЦКК МОЗ України були проведені катетерні деструкції ФП шляхом імпульсно-хвильової абляції з використанням катетера Farawave® у 10