

з пацієнтами з ВВФП ( $p < 0,05$ ), а при ТП виявились наймолодшими.

**Результати.** Тривалість анамнезу ФП була найдовшою при ПсФП ( $78,95 \pm 11,94$  місяців) і удвічі коротшою при ПФП ( $p < 0,01$ ). Тривала персистенція ФП у 3 гр. обумовила збільшення лівого передсердя ( $p < 0,03$ ) та зниження фракції викиду лівого шлуночка ( $p < 0,035$ ) порівняно з пацієнтами 2 гр. У 3 гр. також частіше виявляли артеріальну гіпертензію (93,3%) порівняно з 1 та 2 гр. ( $p < 0,05$ ). Ожиріння домінувало при ПФП ( $p < 0,02$ ). Гіперфункцію щитоподібної залози діагностували в 5 разів частіше серед осіб з ТП ( $p < 0,05$ ) і не реєстрували при ВВФП та ПФП. Коморбідна хронічна хвороба нирок зустрічалася у третини хворих 3 гр. ( $p < 0,03$ ), що надалі впливало на підвищення ризику тромбоемболізму та кровотеч. Анамнез інсульту чи ін. судинної патології домінував у пацієнтів з ПсФП (45,9%), на відміну від хворих з ВВФП ( $p < 0,03$ ).

Згідно зі шкалою  $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VA}$ , антикоагулянтна терапія (АКТ) при 1, 2 і 3 балах була призначена, відповідно, у 71, 68 і 75 % осіб. У решті випадків необґрунтовано застосовувалася антитромбоцитарна терапія (АТТ). Спонтанне відновлення синусового ритму (СР) у 5 разів частіше спостерігали при ВВФП порівняно з ПсФП ( $p < 0,003$ ), у останніх СР найчастіше досягався шляхом електричної кардіоверсії (ЕКВ). Фармакологічна кардіоверсія (ФКВ) та ЕКВ були ефективними переважно при ПФП порівняно з ВВФП ( $p < 0,003$ ) та ПсФП ( $p < 0,0001$ ). Застосування антиаритмічних препаратів (ААП) ІС класу для ФКВ домінувало у хворих з ПФП та мало кращу ефективність порівняно з результатами при з ін. формах ФП ( $p < 0,05$ ). ААП 3 класу частіше ( $p < 0,002$ ) застосовувалися для ФКВ у пацієнтів ПсФП. Продовжується хибна практика рутинного застосування аміодарону для ініціації антиаритмічної терапії.

**Висновки.** Виявлені недоліки в реалізації клінічних рекомендацій з лікування ФП вимагають, в першу чергу, оптимізації антикоагулянтної та антиаритмічної терапії: 1) охоплення антикоагулянтною терапією усіх пацієнтів з  $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VA} > 1$  бала; повна відмова від необґрунтованої антитромбоцитарної терапії з метою запобігання тромботичних ускладнень у пацієнтів з ФП/ТП; 2) раціональніше обирати ААП ІС класу для ФКВ та обмежити традиційне рутинне використання ААП 3 класу для початкової антиаритмічної терапії без належної клінічної аргументації.

## Поширеність та клінічні прояви автономної дисрегуляції синусового вузла

Д.В. Діденко, Л.В. Распутіна,

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

**Мета** – визначити структуру порушень автономної дисрегуляції синусового вузла у пацієнтів з без структурних захворювань серця.

**Матеріали та методи.** Обстежено 190 пацієнтів віком від 18 до 55 років, середнього віку ( $36,5 \pm 1,9$ ) років, з них 106 жінок (55,7%) та 84 чоловіки (44,3%) котрим проведено обстеження в амбулаторних умовах шляхом добового моніторингу ЕКГ (ДМ ЕКГ). Усі пацієнти були направлені на ДМ ЕКГ після огляду кардіолога або сімейного лікаря. Пацієнтам було виконано загальноклінічне обстеження, ЕКГ, ехокардіографія (ЕхоКГ), ДМ ЕКГ на термін від 1 до 7 діб, лабораторні обстеження – загальний аналіз крові, глюкоза крові та глікозильований гемоглобін, оцінка функції щитоподібної залози, креатинін, калій сироватки. Консультація невролога, тилт-тестування, ДМ АТ були виконано за потреби після основного обстеження. У дослідження не включали пацієнтів, у котрих було виявлено структурні ураження серця, декомпенсовані захворювання внутрішніх органів або патологічні зміни лабораторних показників. Проведено ретельний аналіз анамнестичних даних та попередньої медичної документації, фізикальних показників, результатів інструментальних обстежень.

**Результати.** Серед усіх обстежених 65 пацієнтів (34,2%) мали скарги на відчуття перебоїв в роботі серця, 58 осіб (30,5%) – на епізоди запаморочення або втрати свідомості, 67 пацієнтів (35,3%) скаржились на відчуття серцебиття.

За результатами ДМ ЕКГ серед усіх обстежених 74 (38,9%) мали ознаки дисрегуляції синусового вузла, в саме: стійку синусову брадикардію нижче 60 уд./хв протягом доби виявлено у 5 (2,6%) пацієнтів, синоатріальну блокаду II ступеня 1 типу – у 24 (12,6%) пацієнтів, синоатріальну блокаду II ступеня 2 типу з паузами до 2,5 секунд – у 18 (9,5%) осіб, що не супроводжувалось клінічними симптомами. Епізоди безсимптомної синусової брадикардії з ЧСС нижче 35 уд./хв в активний та пасивний час з адекватним приростом ЧСС при фізичному навантаженні виявлено у 5 (2,6%) осіб. У 22 (11,5%) пацієнтів було зареєстровано ознаки невідповідної синусової тахікардії. Епізоди міграції водія ритму діагностовано у 12 (6,3%) обстежених.

Тилт-тестування було виконано 58 пацієнтам. За його результатами у 33 (17,3%) осіб виявлено різні розлади автономної регуляції, зокрема порушення регуляції синусового вузла підтверджено у 9 осіб (4,7%). А саме у 2 (6,2%) пацієнтів виявлено постуральну ортостатичну тахікардію, у 1 (3%) пацієнта – кардіоінгібіторний тип синкопе, у 5 (15,1%) – змішаний тип вазовагального синкопе, у 1 (3%) пацієнта було виявлено поєднання постуральної ортостатичної тахікардії з ортостатичною гіпотензією.

Пацієнтам, у котрих виявити причини симптомів не вдалось, було рекомендовано додаткове обстеження – МРТ головного мозку, лабораторна діагностика, подійний ЕКГ-моніторинг.

**Висновки.** Автономна дисфункція регуляції синусового вузла є поширеною проблемою, що впливає на якість життя пацієнтів. Основні її клінічні прояви – відчуття серцебиття, втоми, запаморочення, втрати свідомості, задишка, що може бути характерно для невідповідної синусової тахікардії, постуральної ортостатичної тахікардії, вазовагального синкопе за кардіоінгібіторним чи змішаним типом. Серед усіх обстежених, котрим виконувалось ДМ ЕКГ, 38,9% мали ознаки різних варіантів автономної дисрегуляції синусового вузла, зокрема 11,5% – невідповідну синусову тахікардію. Після додаткового обстеження шляхом тилт-тестування розлади регуляції синусового вузла підтверджено ще у 4,7% осіб.

## Радіочастотна катетерна деструкція, електропорація при фібриляції передсердь: що краще?

О.В. Доронін, М.С. Мешкова

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

**Мета** – радіочастотна катетерна деструкція залишається найбільш поширеним і найбільш універсальним методом лікування фібриляції передсердь (ФП). У той же час, електропорація є найбільш сучасним, безпечним і популярним методом. За даними літератури всі методи катетерного лікування ФП мають приблизно однакову ефективність і відсоток ускладнень.

Представлено результати лікування ФП за допомогою радіочастотного струму і електричного поля (електропорації) у пацієнтів нашого центру. Таке дослідження проводиться в Україні вперше. Всі операції виконувались одним хірургом.

**Матеріали та методи.** У групу було включено 50 пацієнтів, яким у період з 12.2024 по 04.2025 рр. були проведені радіочастотні катетерні деструкції (група 1). Інша група (група 2) включала 50 пацієн-

тів, яким в період з 06.2024 по 04.2025 рр. були проведені електропорації. Непароксизмальну форму ФП мали по 14 пацієнтів в кожній групі. Повторно проводились процедури у 7 пацієнтів кожної групи. Середній вік в групі 1  $58,0 \pm 8,9$  років, в групі 2 –  $59,0 \pm 9,9$  років.

Рентгенекспозиція в групі 1 була  $5,2 \pm 1,8$  хвилин, в групі 2 –  $15,2 \pm 4,3$  хвилини. Час перебування в лівому передсерді –  $1,5 \pm 0,3$  та  $0,8 \pm 0,21$  години відповідно. Спостерігалось одне ускладнення у групі 1 – випіт в перикарді.

Ефективність лікування у віддаленому періоді планується дослідити.

**Висновки.** При застосуванні електропорації з метою лікування ФП у порівнянні з радіочастотною деструкцією збільшується рентгенекспозиція і зменшується час перебування у лівому передсерді.

## Оцінка показників ехокардіографії у пацієнта після ампутації кінцівок внаслідок бойової травми: проблемні питання на прикладі клінічного випадку

К.А. Казмірчук<sup>1,2</sup>, Н.М. Сидорова<sup>1</sup>,  
В.М. Царалунга<sup>1,2</sup>, О.Л. Семенець<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Українська військово-медична академія, Київ  
<sup>2</sup> Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь», Київ

Збільшення кількості військовослужбовців із травматичними ампутаціями кінцівок внаслідок бойових дій вимагає адаптації методик оцінки їхнього стану. Одним із викликів є коректне визначення гемодинамічних показників, зокрема індексу маси міокарда (ІММ) лівого шлуночка (ЛШ) та інших параметрів ехокардіографії (ЕхоКГ), що залежать від площі тіла. Стандартні підходи можуть призводити до недооцінки патологічних змін серця та некоректного вибору лікувальної тактики.

**Мета** – розробити та обґрунтувати методи корекції основних показників серцево-судинної системи та метаболічного статусу у пацієнтів з ампутацією кінцівок.

**Матеріали та методи.** Дослідження проведене в рамках проекту PATRIOT (Predictors of de novo pAthology of inTernal oRgans In cOmBaTants with severe combat trauma and limb amputations), затвердженого Науковим бюро Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (протокол №29 від 26.02.2024). Серед основних завдань оприлюднення обраного клінічного випадку було: запропонувати коригований підхід до розрахунку площі тіла для адекватної