



Асоціація аритмологів України



Аритмологія

Arrhythmology

№ 4 (32) 2019

ISSN 2309-8872

<https://asar.org.ua/>

Науково-практичний журнал

Видається з 2012 року

Головний редактор

О. С. Сичов

Секретаріат

Відповідальний секретар	Т. В. Гетьман
Відповідальний секретар	О. М. Романова
Випусковий редактор	Л. Л. Вавілова

Редакційна рада

В. М. Коваленко (Київ)	Н. М. Середюк (Івано-Франківськ)
В. К. Гринь (Київ)	О. С. Стичинський (Київ)
Х. Абріель (Швейцарія) H. Abriel	Т. В. Талаєва (Київ)
А. Ауріккіо (Швейцарія) A. Auricchio	В. К. Тащук (Київ)
А. М. Василенко (Кривий Ріг)	Р. Хатала (Словаччина) R. Hatala
І. Гуссак (США) I. Gussak	В. Й. Целуйко (Харків)
М. М. Долженко (Київ)	М. І. Швед (Тернопіль)
Ю. І. Карпенко (Одеса)	М. І. Яблучанський (Харків)
І. П. Катеренчук (Полтава)	А. В. Ягенський (Луцьк)
Дж. Каутцнер (Чехія) J. Kautzner	

Редакційна колегія

А. О. Бородай (Київ)	С. В. Лизогуб (Київ)
Д. Є. Волков (Харків)	Є. В. Могильницький (Київ)
В. П. Залевський (Київ)	С. О. Правосудович (Дніпро)
Ю. В. Зінченко (Київ)	Г. М. Солов'ян (Київ)
О. І. Іркін (Київ)	О. В. Срібна (Київ)
Т. В. Кравченко (Харків)	О. І. Фролов (Київ)
Б. Б. Кравчук (Київ)	М.З. Чередниченко (Київ)

Засновник ВГО «Асоціація аритмологів України»

Свідоцтво про реєстрацію КВ № 20702-10502Р від 17.04.2014 р.

Редакція журналу

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України»

03680, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 5

Телефон редакції: (044) 249-70-03

E-mail: arrhythmology.ukr@gmail.com

За достовірність фактів, цитат, імен та іншої інформації відповідають автори.

Редакція не несе відповідальності за зміст інформаційних матеріалів.

Повний або частковий передрук матеріалів, опублікованих у журналі, можливий з дозволу редакції.

© Аритмологія, 2019

Видавець

ТОВ «Четверта хвиля»
проспект Валерія Лобановського, 119, оф. 213
03039, м. Київ
Тел.: (044) 221-13-82
E-mail: 4w@4w.com.ua
www.4w.com.ua

Друк

Підписано до друку 12.12.2019 р.
Формат 84х108 1/16. Папір крейдований. Друк офсетний
Замовлення № 22

ТОВ «Четверта хвиля»
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 6172 від 07.05.2018 р.
03039, Київ, проспект Валерія Лобановського, 119, оф. 213, тел.: (044) 221-13-82



Вельмишановні колеги !

Завершується 2019 рік. Він розпочався із ухвалення в січні доповнення до Американських рекомендацій з ведення хворих з фібриляцією передсердь. А в серпні, на Європейському конгресі кардіологів, також були прийняті рекомендації, які стосуються аритмології. Це «Суправентрикулярні тахікардії» та «Гострий коронарний синдром», в частині ведення пацієнтів з фібриляцією передсердь під час та після перкутанних втручань. Основні моменти цих рекомендацій пропонуються Вашій увазі в цьому номері журналу.

З 31 серпня по 4 вересня пройшов Європейський конгрес кардіологів, 25–27 вересня відбувся XX Конгрес кардіологів України, а 10–11 жовтня – чергове засідання Ради Експертів, яка ухвалила важливі резолюції. Цьому також присвячений цей випуск журналу. І нарешті пропонується згадати майстер-класи та кардіологічні школи, які ми разом проводили протягом останнього року в усіх областях нашої країни.

Дозвольте мені від імені Редакційної колегії і Редакційної ради журналу та себе особисто привітати Вас, вельмишановні колеги, з прийдешнім 2020 роком! Це ювілейний рік для Асоціації аритмологів України. Нам виповнюється 10 років. Цьому буде присвячена ювілейна X Конференція Асоціації аритмологів України, яка відбудеться 28–29 квітня 2020 року в місті Києві.

Бажаємо Вам та Вашим рідним і близьким міцного здоров'я, людського щастя та успіхів у Новому році! Веселих Свят і хорошого настрою!

*З щирою повагою
від імені редакційної колегії і редакційної ради
головний редактор*

професор О. С. Сичов

Зміст • Content

Практичні рекомендації • Practice guidelines

- 6** Доповнення 2019 року до рекомендацій АНА/ACC/HRS 2014 року з ведення пацієнтів з фібриляцією передсердь
- 10** Оновлені рекомендації Європейської асоціації кардіологів щодо ведення пацієнтів із суправентрикулярними тахікардіями 2019 року. Що змінилося? Що нового? *(В таблицях та рисунках)*
О.С. Сичов, А.О. Бородай
- 22** Рекомендації Європейського товариства кардіологів щодо лікування пацієнтів з хронічним коронарним синдромом, зокрема хворих з фібриляцією передсердь, затверджені 2019 року

Новини Асоціації аритмологів України • News of Ukrainian Association of Arrhythmology

- 25** Резолюція VIII Ради експертів – спільного засідання Робочої групи з порушень ритму серця Асоціації кардіологів України та Правління Асоціації аритмологів України «Мистецтво прийняття обґрунтованих рішень»

Новини Асоціації кардіологів України • News of Ukrainian Association of Cardiology

- 40** Раптова серцева смерть – епідемія XXI сторіччя, перспективи подолання в Україні
- 44** XX Національний конгрес кардіологів України (Київ, 25–27 вересня 2019 р.)
- 48** Резолюція XX Національного конгресу кардіологів України (Київ, 25–27 вересня 2019 р.)

Зміст • Content

Події: форуми, конференції, симпозіуми • Events: forums, conferences, symposiums

- 52 Конгрес Європейського товариства кардіологів (ESC) 2019 року
- 53 Міжнародна співпраця Асоціації аритмологів України
- 56 Майстер-класи з аритмології 2019 року

Ювілей • Jubilee

- 63 К юбилею Юрія Івановича Карпенко

Інформація • Information

- 64 Умови публікації статей у журналі «Аритмологія»

Доповнення 2019 року до рекомендацій АНА/ACC/HRS 2014 року з ведення пацієнтів з фібриляцією передсердь

У січні 2019 року вийшло доповнення до рекомендацій трьох американських товариств АНА/ACC/HRS 2014 року з приводу уточнення деяких позицій щодо використання нових оральних антикоагулянтів (НОАК) у хворих з неклапанною фібриляцією передсердь, що стосуються радіочастотних абляцій, впливу на перебіг хвороби нирок, необхідності контролю функції нирок та печінки, остеопорозу, використання цих препаратів у пацієнтів з кліренсом креатиніну 15 мл/хв і менше. Вони пропонуються Вашій увазі.

2019 Оновлення Рекомендацій АНА / ACC / HRS щодо ведення пацієнтів з фібриляцією передсердь

Circulation

(публікація в Circulation – січень 2019 р.)

AHA Journals

Journal Information

All Issues

Subjects

Features

Resources & Edu

This site uses cookies. By continuing to browse this site you are agreeing to our use of cookies.

[Click here for more information.](#)

[Home](#) > [Circulation](#) > [Ahead of Print](#) >

 FULL ACCESS
ARTICLE

 Download PDF

 Tools  Share

Jump to

2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society

Craig T. January, L. Samuel Wann, Hugh Calkins, Lin Y. Chen, Joaquin E. Cigarroa, Joseph C. Cleveland Jr, Patrick T. Ellinor, Michael D. Ezekowitz, Michael E. Field, Karen L. Furie, Paul A. Heidenreich, Katherine T. Murray, Julie B. Shea, Cynthia M. Tracy, Clyde W. Yancy

Originally published 28 Jan 2019 | <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000665> | Circulation. 2019;0

Originally published 28 Jan 2019 | <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000665> | Circulation. 2019;0

2019 AHA/ACC/HRS Guideline (Update for the Management of Patients With Atrial Fibrillation)

January CT, et al.
2019 Focused Update on Atrial Fibrillation

system on the basis of new published information. The COR and LOE of warfarin, dabigatran, rivaroxaban, and apixaban are unchanged from the 2014 AF Guideline.

2. There have been 4 RCTs (S4.1.1-8–S4.1.1-11) comparing NOACs with warfarin. There was consistent evidence of at least noninferiority for the combined endpoint of stroke or systemic embolism. When combined with a superior safety profile, they are recommended as first-line therapy for eligible patients.

– «Є 4 НОАК, що порівнювалися з варфарином у рандомізованих клінічних дослідженнях (РКД). У них була показана, як мінімум, не менша ефективність порівняно з варфарином за комбінованою точкою інсульт / системний емболізм.
– Препарати, в яких поєднується ефективність з високим профілем безпеки, рекомендуються як перша лінія терапії для відповідних пацієнтів».

РКД - рандомізовані клінічні дослідження

2019 AHA/ACC/HRS Guideline (Update for the Management of Patients With Atrial Fibrillation)

«Дослідження Re-CIRCUIT показало більш сприятливі результати при безперервній терапії дабігатраном порівняно з варфарином при абляції»

4.2.2.2. Non-Vitamin K Oral Anticoagulants (Modified From Section 4.2.2.2., "New Target-Specific Oral Anticoagulants," in the 2014 AF Guideline)

Most NOACs represent an advance in therapeutic safety when compared with warfarin for prevention of thromboembolism in patients with AF. The NOAC AF trials demonstrated that NOACs are noninferior (S4.2.2.2-1, S4.2.2.2-2) or superior (S4.2.2.2-3, S4.2.2.2-4) to warfarin in preventing stroke or thromboembolism. NOACs reduce intracranial bleeding as compared with warfarin (S4.2.2.2-1–S4.2.2.2-5). Although no direct RCT data are available, limited data comparing individual NOACs to one another are emerging from meta-analyses of the original NOAC clinical trials (S4.2.2.2-6) and registries and patient databases (S4.2.2.2-6–S4.2.2.2-14), and more data are expected. Specific NOACs, such as apixaban, may have lower risks of bleeding (including intracranial hemorrhage) and improved efficacy for stroke prevention, whereas the risk of bleeding for rivaroxaban is comparable to that of warfarin. In other studies, uninterrupted dabigatran had a more favorable outcome than warfarin in ablation of AF (RE-CIRCUIT Trial [Uninterrupted Dabigatran Etxilate in Comparison to Uninterrupted Warfarin in Pulmonary Vein Ablation]) (S4.2.2.2-15). Over time, NOACs (particularly dabigatran and rivaroxaban) may be associated with lower risks of adverse renal outcomes than warfarin in patients with AF (S4.2.2.2-16). Among older adults with AF receiving anticoagulation, dabigatran was associated with a lower risk of osteoporotic fracture than warfarin (S4.2.2.2-17). Data on drug interactions with NOACs are emerging (S4.2.2.2-18). Interpretation of these data requires careful consideration of trial design, including factors such as absence of control groups, incomplete laboratory and historical data, missing data for some drugs (particularly edoxaban), and varying NOAC drug doses (some approved doses in the United States differ from those in Europe). Head-to-head prospective RCT data for NOACs are needed for further evaluation of comparative bleeding risk and effectiveness.

2019 AHA/ACC/HRS Guideline (Update for the Management of Patients With Atrial Fibrillation)

Усі 4 НОАК, затверджені FDA для терапії пацієнтів з ФП, повинні дозуватися з урахуванням ниркової функції (кліренс креатиніну за оцінкою Кокрофта–Голта)

На додаток, **при терапії інгібіторами фактора Ха** слід моніторувати **печінкову функцію** *

7. All 4 NOACs with FDA approval for use in patients with AF have dosing defined by renal function (creatinine or CrCl using the Cockcroft-Gault equation). Apixaban adds additional dosing considerations of age ≥ 80 years or weight ≤ 60 kg (S4.1.1-47). Edoxaban is not approved for use in patients with poor renal function (CrCl < 30 mL/min) or upper-range renal function (CrCl > 95 mL/min) (S4.1.1-27). Renal function should be regularly monitored and CrCl calculated at an interval that depends on the individual degree of renal dysfunction and likelihood of fluctuation, and dose adjustments should be made according to FDA dosing guidelines (S4.1.1-48). In addition, for the factor Xa inhibitors, hepatic function should occasionally be monitored. NOACs are not recommended for use in patients with severe hepatic dysfunction.

2019 AHA/ACC/HRS Guideline (Update for the Management of Patients With Atrial Fibrillation)

При спостереженні протягом певного часу НОАКи (особливо дабігатран та ривароксабан) асоціюються з нижчим ризиком несприятливого впливу на нирки, ніж варфарин, у хворих з ФП.

4.2.2.2. Non-Vitamin K Oral Anticoagulants (Modified From Section 4.2.2.2., "New Target-Specific Oral Anticoagulants," in the 2014 AF Guideline)

Most NOACs represent an advance in therapeutic safety when compared with warfarin for prevention of thromboembolism in patients with AF. The NOAC AF trials demonstrated that NOACs are noninferior (S4.2.2.2-1, S4.2.2.2-2) or superior (S4.2.2.2-3, S4.2.2.2-4) to warfarin in preventing stroke or thromboembolism. NOACs reduce intracranial bleeding as compared with warfarin (S4.2.2.2-1–S4.2.2.2-5). Although no direct RCT data are available, limited data comparing individual NOACs to one another are emerging from meta-analyses of the original NOAC clinical trials (S4.2.2.2-6) and registries and patient databases (S4.2.2.2-6–S4.2.2.2-14), and more data are expected. Specific NOACs, such as apixaban, may have lower risks of bleeding (including intracranial hemorrhage) and improved efficacy for stroke prevention, whereas the risk of bleeding for rivaroxaban is comparable to that of warfarin. In other studies, uninterrupted dabigatran had a more favorable outcome than warfarin in ablation of AF (RE-CIRCUIT Trial [Uninterrupted Dabigatran Etxilate in Comparison to Uninterrupted Warfarin in Pulmonary Vein Ablation]) (S4.2.2.2-15). Over time, NOACs (particularly dabigatran and rivaroxaban) may be associated with lower risks of adverse renal outcomes than warfarin in patients with AF (S4.2.2.2-16). Among older adults with AF receiving anticoagulation, dabigatran was associated with a lower risk of osteoporotic fracture than warfarin (S4.2.2.2-17). Data on drug interactions with NOACs are emerging (S4.2.2.2-18). Interpretation of these data requires careful consideration of trial design, including factors such as absence of control groups, incomplete laboratory and historical data, missing data for some drugs (particularly edoxaban), and varying NOAC drug doses (some approved doses in the United States differ from those in Europe). Head-to-head prospective RCT data for NOACs are needed for further evaluation of comparative bleeding risk and effectiveness.

Настанови 2019 АНА/АСС/НРС**(Оновлено для ведення пацієнтів з фібриляцією передсердь)**

Limited data exist on single- and multiple-dose apixaban (2.5 mg or 5 mg) in patients with AF and CKD on dialysis compared to healthy patients (S4.1.1-54–S4.1.1-57). Patients with CKD on dialysis accumulate apixaban (increase in apixaban area-under-the-plasma-concentration-versus-time-curve and trough drug levels), and apixaban 2.5 mg twice daily resulted in steady-state drug exposure comparable to 5 mg twice daily in patients with preserved renal function. Dialysis had a limited impact on apixaban clearance. Bleeding complications were decreased. A recent trial compared apixaban (5 mg versus 2.5 mg twice daily) and warfarin in dialysis-dependent patients with AF. Patients receiving standard-dose apixaban (5 mg) had a lower risk of stroke/embolism than those receiving low-dose apixaban (2.5 mg) and warfarin. Standard-dose apixaban was associated with a lower risk of death than that observed with low-dose apixaban and warfarin, and there was a lower risk of major bleeding with apixaban than with warfarin (S4.1.1-30). Use of warfarin or apixaban might be reasonable in dialysis-dependent patients with AF, but further study is warranted.

13. Для пацієнтів з ФП, у яких показник CHA2DS2-VASc 2 або вище у чоловіків чи 3 або більше у жінок, у яких хронічна хвороба нирок на останній стадії (ХНН; кліренс креатиніну [CrCl] < 15 мл/хв) або на діалізі, доцільно призначати варфарин (МНВ від 2,0 до 3,0) або апіксабан для пероральної антикоагуляції.

2019 АНА/АСС/НРС Guideline**(Update for the Management of Patients With Atrial Fibrillation)**

«Серед літніх пацієнтів з ФП, які отримували антикоагулянтну терапію, дабігатран асоціювався з більш низьким ризиком переломів, пов'язаних з остеопорозом, ніж варфарин»

4.2.2.2. Non-Vitamin K Oral Anticoagulants (Modified From Section 4.2.2.2, "New Target-Specific Oral Anticoagulants," in the 2014 AF Guideline)

Most NOACs represent an advance in therapeutic safety when compared with warfarin for prevention of thromboembolism in patients with AF. The NOAC AF trials demonstrated that NOACs are noninferior (S4.2.2.2-1, S4.2.2.2-2), or superior (S4.2.2.2-3, S4.2.2.2-4), to warfarin in preventing stroke or thromboembolism. NOACs reduce intracranial bleeding as compared with warfarin (S4.2.2.2-1–S4.2.2.2-5). Although no direct RCT data are available, limited data comparing individual NOACs to one another are emerging from meta-analyses of the original NOAC clinical trials (S4.2.2.2-6) and registries and patient databases (S4.2.2.2-6–S4.2.2.2-14), and more data are expected. Specific NOACs, such as apixaban, may have lower risks of bleeding (including intracranial hemorrhage) and improved efficacy for stroke prevention, whereas the risk of bleeding for rivaroxaban is comparable to that of warfarin. In other studies, uninterrupted dabigatran had a more favorable outcome than warfarin in ablation of AF (RE-CIRCUT Trial [Uninterrupted Dabigatran Etxilate in Comparison to Uninterrupted Warfarin in Pulmonary Vein Ablation]) (S4.2.2.2-15). Over time, NOACs (particularly dabigatran and rivaroxaban) may be associated with lower risks of adverse renal outcomes than warfarin in patients with AF (S4.2.2.2-16). Among older adults with AF receiving anticoagulation, dabigatran was associated with a lower risk of osteoporotic fracture than warfarin (S4.2.2.2-17). Data on drug interactions with NOACs are emerging (S4.2.2.2-18). Interpretation of these data requires careful consideration of trial design, including factors such as absence of control groups, incomplete laboratory and historical data, missing data for some drugs (particularly edoxaban), and varying NOAC drug doses (some approved doses in the United States differ from those in Europe). Head-to-head prospective RCT data for NOACs are needed for further evaluation of comparative bleeding risk and effectiveness.

Оновлені рекомендації Європейської асоціації кардіологів щодо ведення пацієнтів із суправентрикулярними тахікардіями 2019 року. Що змінилося? Що нового? (В таблицях та рисунках)

Підготували: проф. О.С. Сичов, д. мед. н. А.О. Бородай

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

Нові переглянуті концепції

- Медикаментозна терапія недоречної синусової та фокальної передсердної тахікардії
- Терапевтичні можливості для невідкладної конверсії та антикоагуляції тріпотіння передсердь
- Терапія АВВРТ
- Терапія антидромної тахікардії та ФП з преекзитацією
- Ведення пацієнтів з асимптомною преекзитацією
- Діагноз та терапія тахікардіоміопатії

Рекомендації		
Довготривала терапія		
Катетерна абляція рекомендована для симптомної, рекурентної АВВРТ	I	B
Призначення дилтіазему або верапамілу в пацієнтів без ХСН із зниженою ФВЛШ, або бета-блокаторів повинне бути розглянутим, якщо абляція небажана або неможлива	IIa	B
Можливість утримання від терапії повинна розглядатись у мінімально симптомних пацієнтів з дуже рідкими короткочасними епізодами тахікардії	IIa	B
Виконання ЕФД з використанням ізопреналіну рекомендоване для стратифікації ризику осіб з асимптомною преекзитацією, які мають пов'язані з високим ризиком професії / хобі, та ті, що беруть участь у змагальних видах спорту	I	B
Катетерна абляція рекомендована асимптомним пацієнтам, в яких під час ЕФД із застосуванням ізопреналіну були ідентифіковані характеристики високого ризику, такі як найкоротший преекзитований інтервал RR під час ФП ≤ 250 мс, ЕРП ДШ ≤ 250 мс та можливість індукції опосередкованої ДШ тахікардії	I	B
Рекомендації з терапії СВТ вагітних		
Катетерна абляція рекомендована симптомним жінкам з рекурентною СВТ, які планують вагітність	I	C
Невідкладна терапія		
Невідкладна електрична кардіоверсія рекомендована для будь-якої тахікардії з гемодинамічною нестабільністю	I	C
Вагусні маневри та, у випадку невдачі, аденозин, рекомендовані для гострої конверсії СВТ	I	C
Рекомендації з терапії СВТ при підозрі або встановленій серцевій недостатності, обумовленій тахікардіоміопатією		
Катетерна абляція рекомендована при тахікардіоміопатії внаслідок СВТ	I	B
Бета-блокатори (із переліку з доведеними перевагами у смертності та захворюваності в пацієнтів з ХСН) рекомендовані для лікування тахікардіоміопатії внаслідок СВТ, при неефективності катетерної абляції або якщо її застосування неможливе	I	A
Наявність тахікардіоміопатії рекомендовано розглянути в пацієнтів із зниженою ФВ ЛШ та підвищеним серцебиттям (> 100 /хв)	I	B

Повідомлення «Що робити?»**Рекомендації з невідкладної терапії тахікардії з вузькими комплексами QRS за відсутності встановленого діагнозу****Гемодинамічно стабільні пацієнти**

Рекомендована реєстрація 12-канальної ЕКГ	I	C
Рекомендоване виконання вагальних маневрів у положенні лежачи з піднятими ногами	I	B
У випадку неефективності вагальних маневрів рекомендований аденозин (6–8 мг в.в. болюсом)	I	B

Рекомендації з невідкладної терапії тахікардії з широкими комплексами QRS за відсутності встановленого діагнозу**Гемодинамічно стабільні пацієнти**

Рекомендована реєстрація 12-канальної ЕКГ	I	C
Рекомендоване виконання вагусних маневрів	I	C

Рекомендації для терапії фокальної передсердної тахікардії**Хронічна терапія**

Катетерна абляція рекомендована при рекурентній фокальній ПТ, особливо безперервній або такої, що призводить до ТКМ	I	B
---	---	---

Рекомендації щодо терапії макро-ріентрі передсердної тахікардії (МРПТ)

Пацієнтам з тріпотінням та супутньою ФП рекомендована антикоагулянтна терапія, як і при ФП	I	B
--	---	---

Хронічна терапія

Катетерна абляція рекомендована при симптомних рекурентних епізодах КТІ залежного тріпотіння	I	A
Катетерна абляція рекомендована пацієнтам з персистентним тріпотінням передсердь або наявністю зниженої систолічної функції ЛШ через ТКМ	I	B

Рекомендації з ведення АВВРТ**Хронічна терапія**

Катетерна абляція рекомендована при симптомній рекурентній АВВРТ	I	B
--	---	---

Рекомендації щодо терапії АВРТ, обумовленої маніфестними або прихованими ДШ

Катетерна абляція рекомендована при симптомній, рекурентній АВРТ	I	B
--	---	---

Рекомендації щодо невідкладної терапії ФП з преекзитацією**Гемодинамічно стабільні пацієнти**

Рекомендоване виконання синхронізованої електричної кардіоверсії при неефективності медикаментозної терапії у конверсії ритму або контролі тахікардії	I	B
---	---	---

Рекомендації щодо ведення пацієнтів з асимптомною преекзитацією

Виконання ЕФД з використанням ізопреналіну рекомендоване для стратифікації ризику осіб з асимптомною преекзитацією, які мають пов'язані з високим ризиком професії / хобі, та ті, що беруть участь у змагальних видах спорту	I	B
Катетерна абляція рекомендована асимптомним пацієнтам, в яких під час ЕФД із застосуванням ізопреналіну були ідентифіковані характеристики високого ризику, такі як найкоротший преекзитований інтервал RR під час ФП ≤ 250 мс, ЕРП ДШ ≤ 250 мс та можливість індукції опосередкованої ДШ тахікардії	I	B

Рекомендації з терапії СВТ вагітних

Катетерна абляція рекомендована симптомним жінкам з рекурентною СВТ, які планують вагітність	I	C
--	---	---

Хронічна терапія

У першому триместрі вагітності, рекомендовано при можливості уникати всіх антиаритмічних засобів	I	C
--	---	---

Рекомендації з терапії СВТ при підозрі або встановленій серцевій недостатності, обумовленій тахікардіоміопатією

Катетерна абляція рекомендована при тахікардіоміопатії внаслідок СВТ	I	B
Абляція АВ-вузла з подальшою бівентрикулярною або Гіс-стимуляцією рекомендована, якщо тахікардія, яка є причиною ТКМ, не піддається абляції або не контролюється препаратами	I	C

Повідомлення «Що не робити?»**Рекомендації з невідкладної терапії тахікардії з широкими комплексами QRS за відсутності встановленого діагнозу**

Верапаміл не рекомендований при тахікардії з широкими комплексами QRS невстановленого походження	III	B
--	-----	---

Рекомендації з терапії МРПТ*Невідкладна терапія*

Пропафенон та флекаїнід не рекомендовані для конверсії в синусовий ритм	III	B
---	-----	---

Рекомендації щодо терапії АВРТ, обумовленої маніфестними або прихованими ДШ*Хронічна терапія*

Дигоксин, бета-блокатори, дилтіазем, верапаміл та аміодарон не рекомендовані та потенційно шкідливі в пацієнтів з ФП з преекзитацією	III	B
--	-----	---

Рекомендації щодо невідкладної терапії ФП з преекзитацією*Гемодинамічно стабільні пацієнти*

Аміодарон (в.в.) не рекомендований	III	B
------------------------------------	-----	---

Рекомендації з терапії СВТ в дорослих пацієнтів з вродженими вадами серця*Хронічна терапія*

Соталол не рекомендований як антиаритмічний препарат першої лінії, оскільки пов'язаний із підвищеним ризиком проаритмій та смертності	III	C
---	-----	---

Флекаїнід та пропафенон не рекомендовані як антиаритмічні препарати першої лінії в пацієнтів з дисфункцією шлуночків та вираженим фіброзом	III	C
--	-----	---

Рекомендації щодо терапії СВТ у вагітних*Хронічна терапія*

Аміодарон не рекомендований вагітним жінкам	III	B
---	-----	---

Зміни, які відбулись у рекомендаціях**Рекомендації**

	2003	2019
--	------	------

Невідкладне лікування тахікардій з вузькими комплексами QRS

Верапаміл та дилтіазем	I	IIa
------------------------	---	-----

Бета-блокатори	IIb	IIa
----------------	-----	-----

Аміодарон та дигоксин не згадуються в рекомендаціях 2019 року		
---	--	--

Невідкладне лікування тахікардій з широкими комплексами QRS

Прокаїнамід	I	IIa
-------------	---	-----

Аденозин	IIb	IIa
----------	-----	-----

Аміодарон	I	IIb
-----------	---	-----

Соталол та лідокаїн не згадуються в рекомендаціях 2019 року		
---	--	--

Терапія недоречної синусової тахікардії

Бета-блокатори	I	IIa
----------------	---	-----

Верапаміл та дилтіазем та катетерна абляція не згадуються в рекомендаціях 2019 року		
---	--	--

Терапія синдрому постуральної ортостатичної тахікардії

Споживання солі та рідини	IIa	IIb
---------------------------	-----	-----

Сон з піднятою догори головою, компресійні панчохи, селективні бета-блокатори, флудокортисон, клонідин, метилфенідат, флуоксетин, еритропоетин, ерготамін/октреотид та фенобарбітон не згадуються в рекомендаціях 2019 року		
---	--	--

Терапія фокальної ПТ**Невідкладна**

Флекаїнід/пропафенон	IIa	IIb
Бета-блокатори	I	IIa
Аміодарон	IIa	IIb
Прокаїнамід, соталол та дигоксин не згадуються в рекомендаціях 2019 року		

Хронічна

Бета-блокатори	I	IIa
Верапаміл та дилтіазем	I	IIa
Аміодарон, соталол та дизопірамід не згадуються в рекомендаціях 2019 року		

Терапія тріпотіння передсердь**Невідкладна**

Передсердна або черезстравохідна стимуляція	I	IIb
Ібутилід	IIa	I
Флекаїнід/пропафенон	IIb	III
Верапаміл та дилтіазем	I	IIa
Бета-блокатори	I	IIa
Дигіталіс не згадується в рекомендаціях 2019 року		

Хронічна

Дофетилід, соталол, флекаїнід, пропафенон, прокаїнамід, хінідин та дизопірамід не згадуються в рекомендаціях 2019 року

Терапія АВВРТ**Невідкладна**

Аміодарон, соталол, флекаїнід, пропафенон та «таблетка в кишені» не згадуються в рекомендаціях 2019 року

Хронічна

Верапаміл та дилтіазем	I	IIa
Бета-блокатори	I	IIa
Аміодарон, соталол, флекаїнід, пропафенон та «таблетка в кишені» не згадуються в рекомендаціях 2019 року		

Терапія АВРТ

Флекаїнід/пропафенон	IIa	IIb
Бета-блокатори	IIb	IIa
Аміодарон, соталол та «таблетка в кишені» не згадуються в рекомендаціях 2019 року		

СВТ у вагітних

Верапаміл	IIb	IIa
Катетерна абляція	IIb	IIa*

Соталол, пропранолол, хінідин та прокаїнамід не згадуються в рекомендаціях 2019 року

* Якщо доступна абляція без застосування рентгеновипромінювання

Що нового в рекомендаціях 2019 року

Івабрадин один або в комбінації з бета-блокаторами повинен бути розглянутим у симптомних пацієнтів з недоречною синусовою тахікардією	IIa
Ібутилід (в.в) може розглядатись для невідкладної терапії фокальної передсердної тахікардії	IIb
Івабрадин може розглядатись для хронічної терапії постуральної ортостатичної тахікардії та івабрадин з бета-блокаторами можуть розглядатись для хронічної терапії фокальної передсердної тахікардії	IIb
Пацієнтам з тріпотінням передсердь без ФП необхідно розглянути антикоагулянтну терапію, проте поріг для її ініціації не встановлений	IIa
Ібутилід (в.в) або в.в. або оральний (стаціонарно) дофетилід рекомендовані для конверсії тріпотіння передсердь	I
Високочастотна передсердна стимуляція рекомендована для припинення тріпотіння передсердь за наявності імплантованого пейсмейкера або дефібрилятора	I
В.в. аміодарон не рекомендований для терапії ФП з преекзитацією	III
Виконання ЕФД повинно розглядатись для стратифікації осіб з асимптомною преекзитацією	IIa
Катетерна абляція рекомендована асимптомним пацієнтам, в яких під час ЕФД із застосуванням ізопреналіну були ідентифіковані характеристики високого ризику, такі як найкоротший преекзитований RR інтервал під час ФП ≤ 250 мс, ЕРП ДШ ≤ 250 мс та можливість індукції опосередкованої ДШ тахікардії	I
Неінвазивна оцінка властивостей проведення ДШ у осіб з асимптомною преекзитацією може бути розглянутою	IIb
Катетерна абляція може бути розглянутою в пацієнтів з асимптомною преекзитацією та властивостями низького ризику ДШ, виявленими під час його інвазивної та неінвазивної оцінки	IIb
Катетерна абляція повинна бути розглянутою в пацієнтів з асимптомною преекзитацією та дисфункцією ЛШ через електричну диссинхронію	I
Абляція АВ-вузла з подальшою бівентрикулярною або Гіс-стимуляцією рекомендована, якщо тахікардія, яка є причиною ТКМ, не піддається абляції або не контролюється препаратами	I
У першому триместрі вагітності рекомендовано при можливості уникати всіх антиаритмічних засобів	I
У вагітних жінок для профілактики СВТ за відсутності WPW синдрому залежно від уподобань повинно бути розглянутим призначення бета-1 селективних блокаторів (за винятком атенололу) або верапамілу	IIa
У вагітних жінок без ішемічної або структурної патології серця для профілактики СВТ за наявності WPW синдрому повинно бути розглянутим призначення флекаїніду або пропафенону	IIa

Алгоритми ведення в рисунках

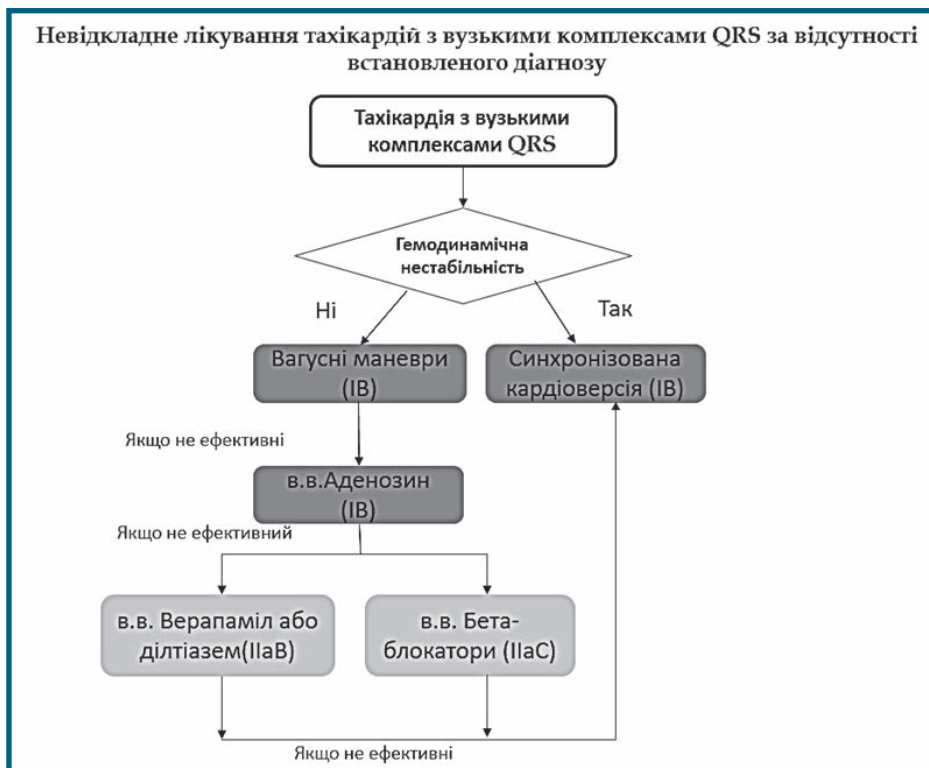


Рисунок 1. Невідкладне лікування тахікардій з вузькими комплексами QRS за відсутності встановленого діагнозу.

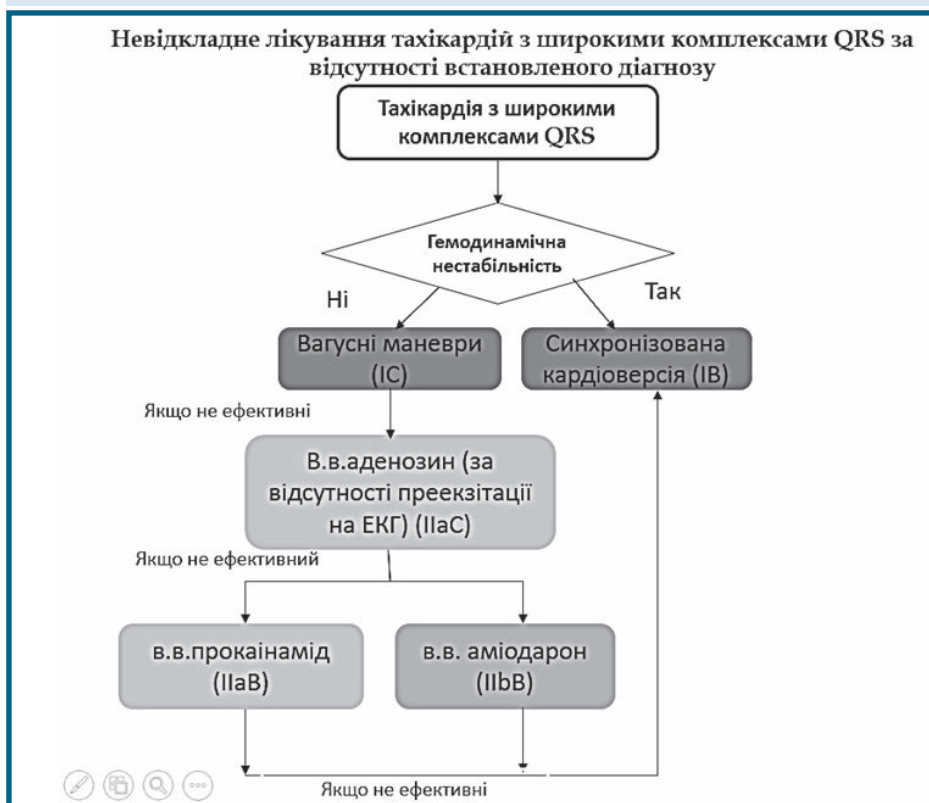


Рисунок 2. Невідкладне лікування тахікардій з широкими комплексами QRS за відсутності встановленого діагнозу.

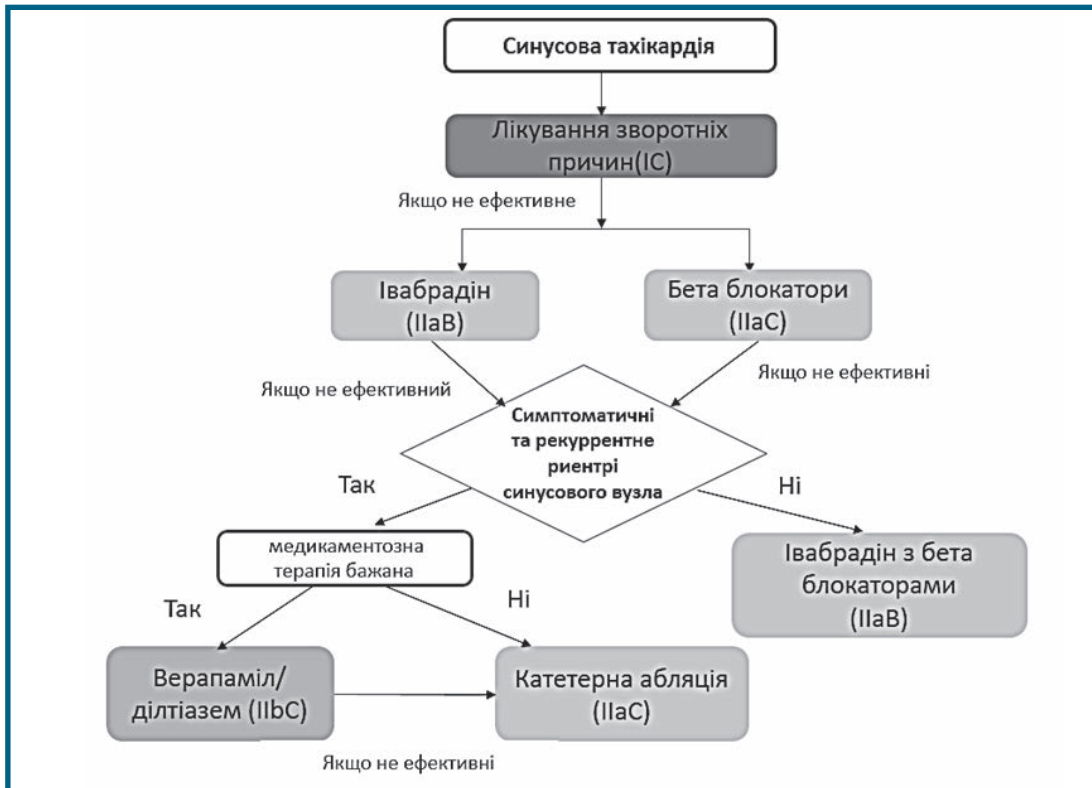


Рисунок 3. Лікування недоречної синусової тахікардії.

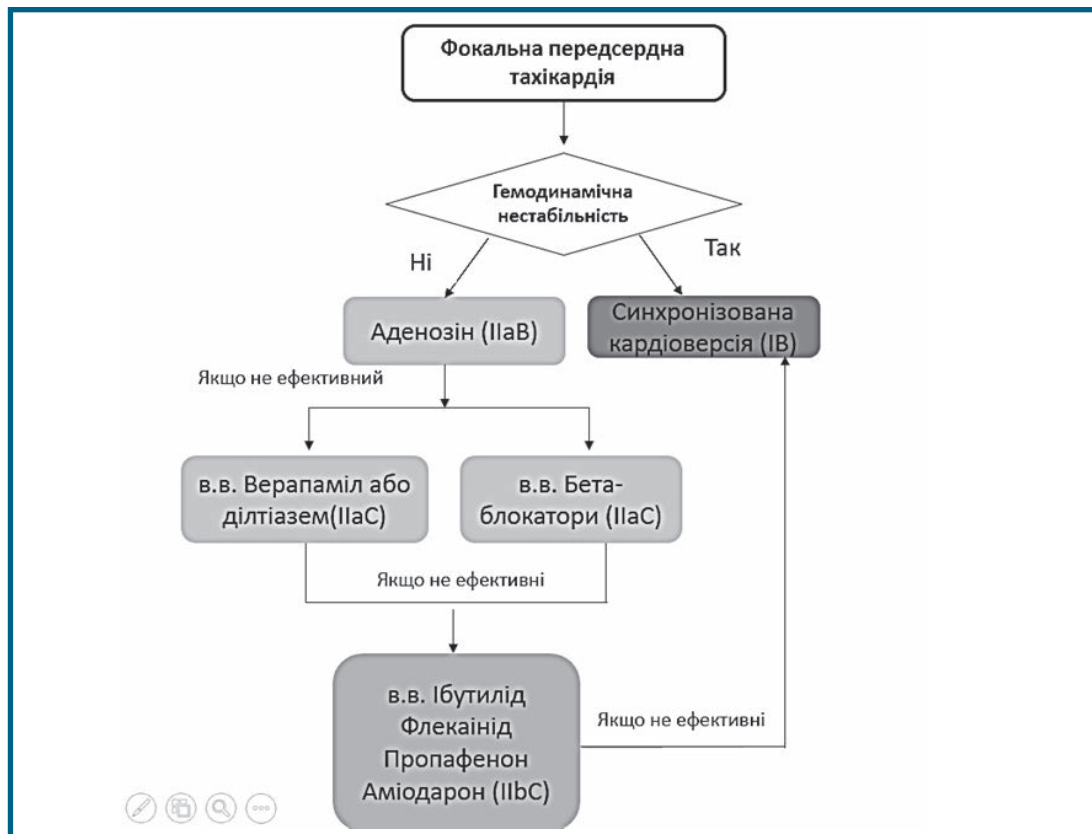


Рисунок 4. Лікування фокальної передсердної тахікардії.

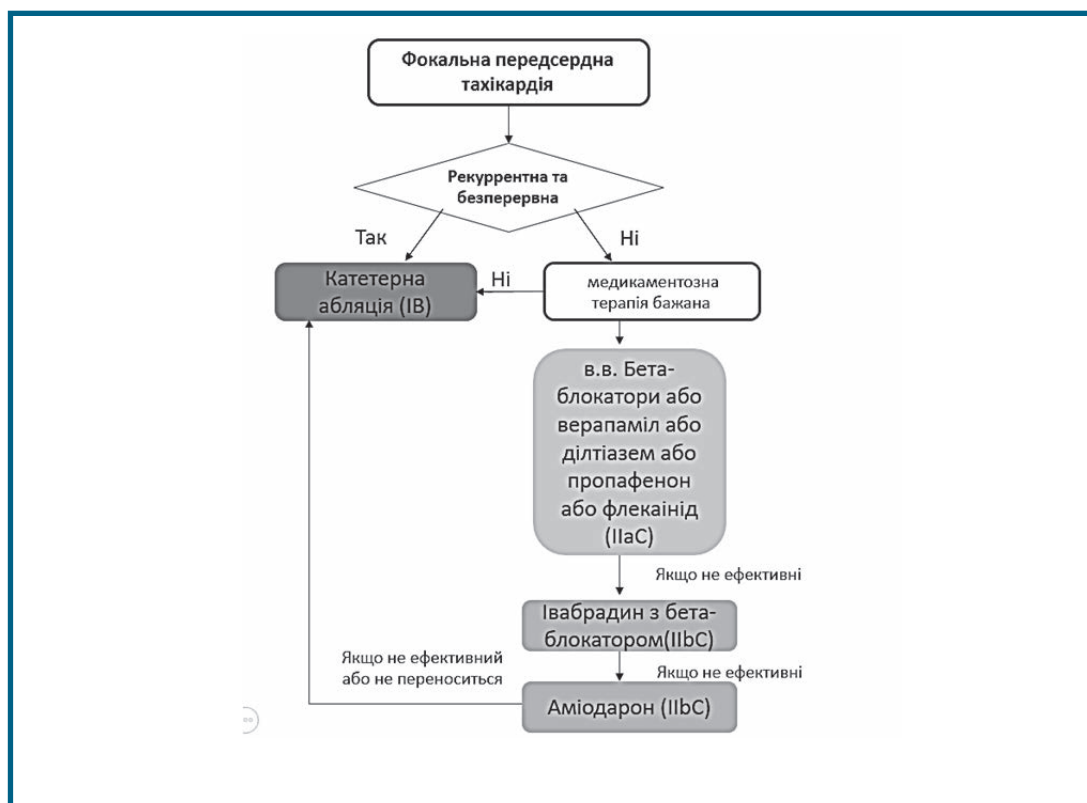


Рисунок 5. Лікування фокальної передсердної тахікардії.

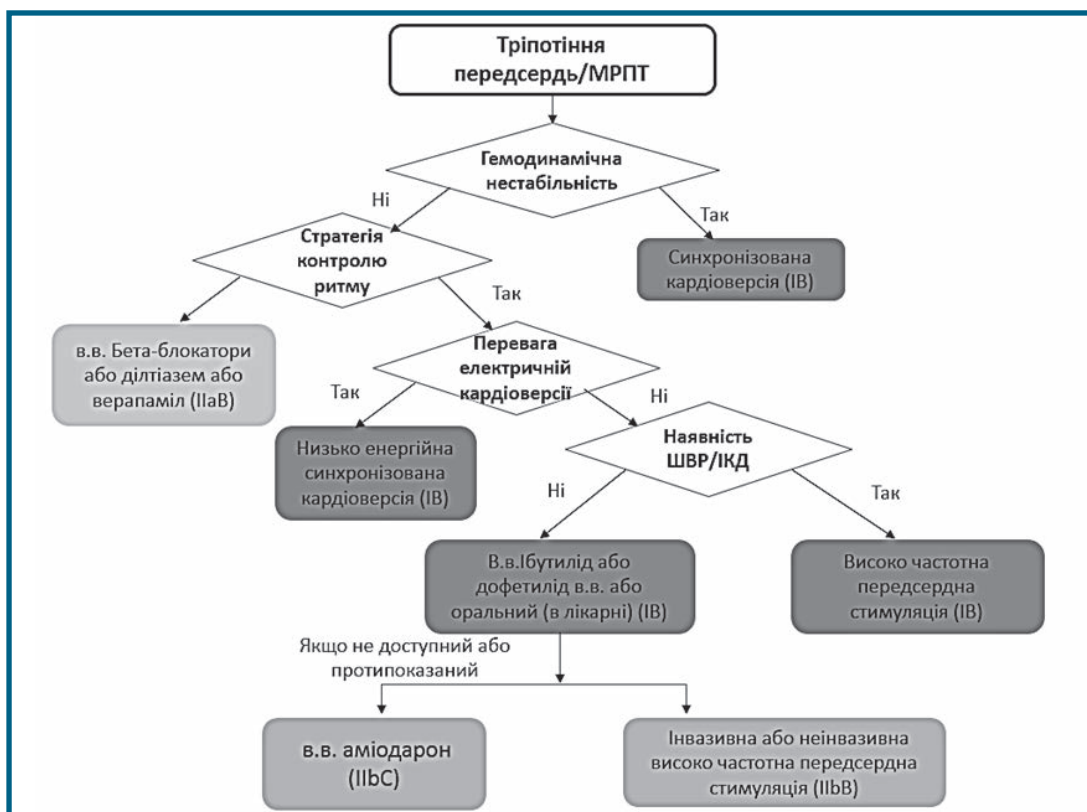


Рисунок 6. Лікування тріпотіння передсердь / макро-рієнтри передсердної тахікардії.

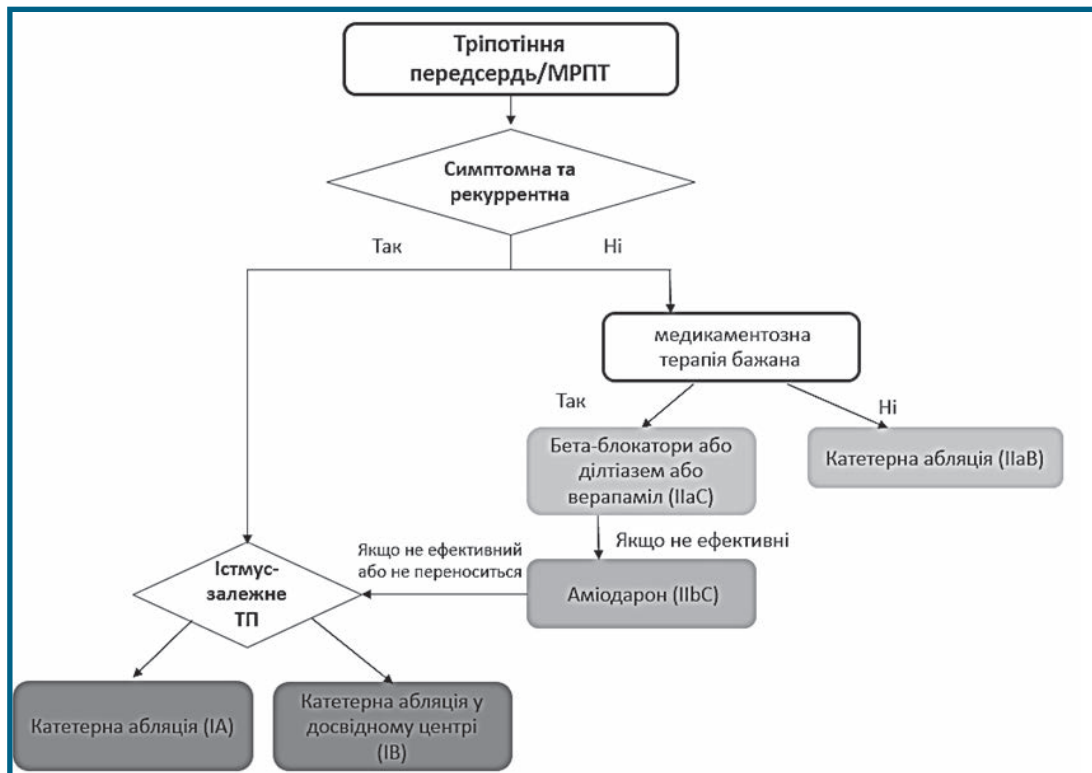


Рисунок 7. Лікування тріпотіння передсердь / макро-рієнтри передсердної тахікардії.

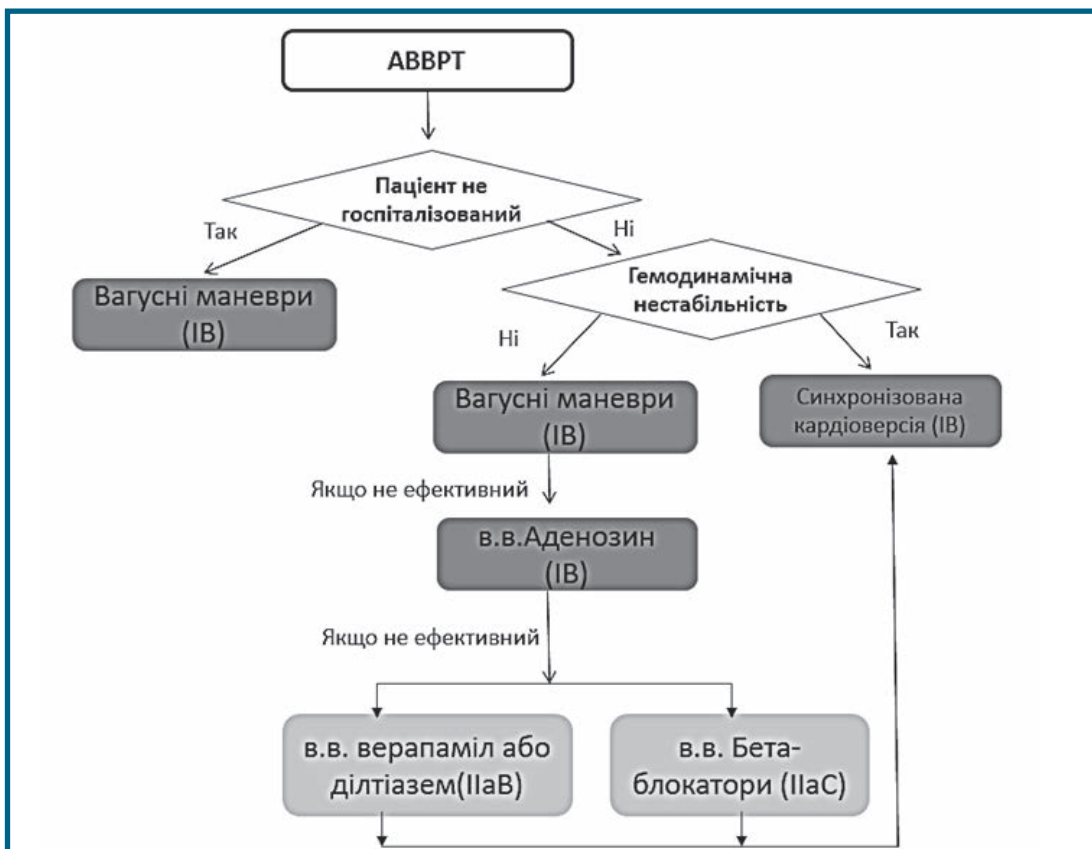


Рисунок 8. Лікування атріовентрикулярної вузлової рієнтри тахікардії.

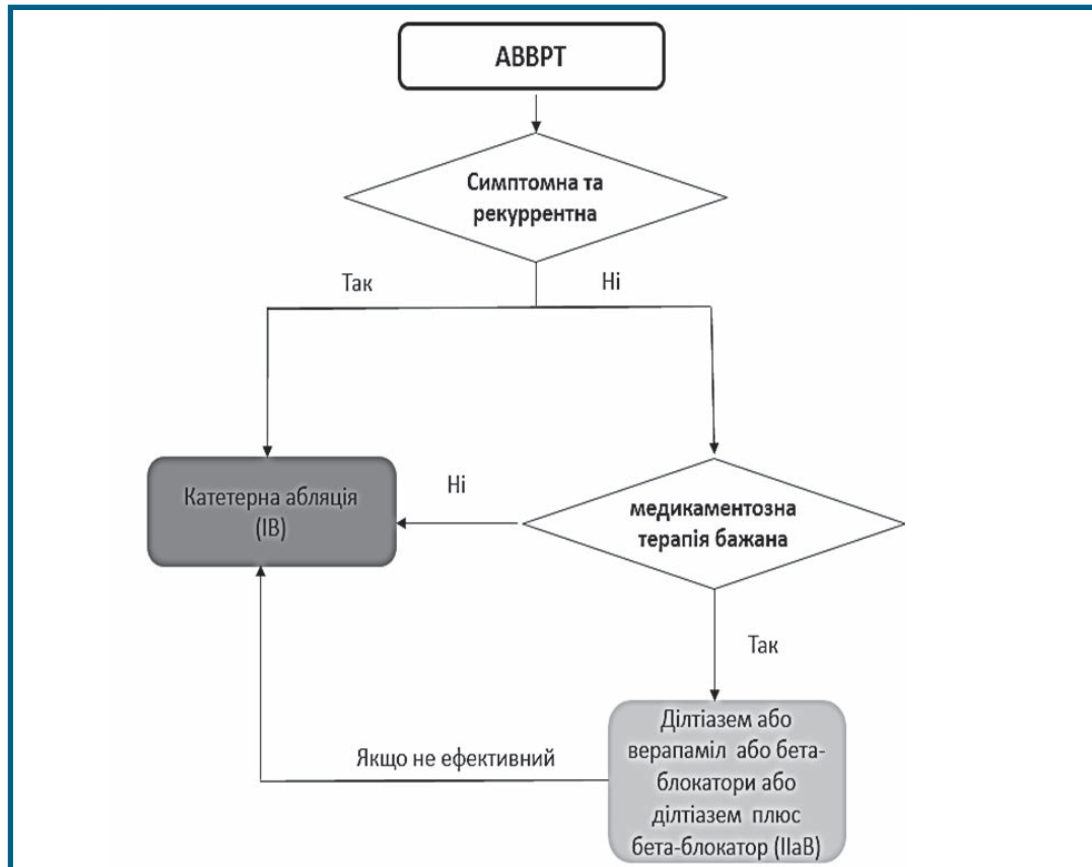


Рисунок 9. Лікування атріовентрикулярної вузлової ріентрі тахікардії.

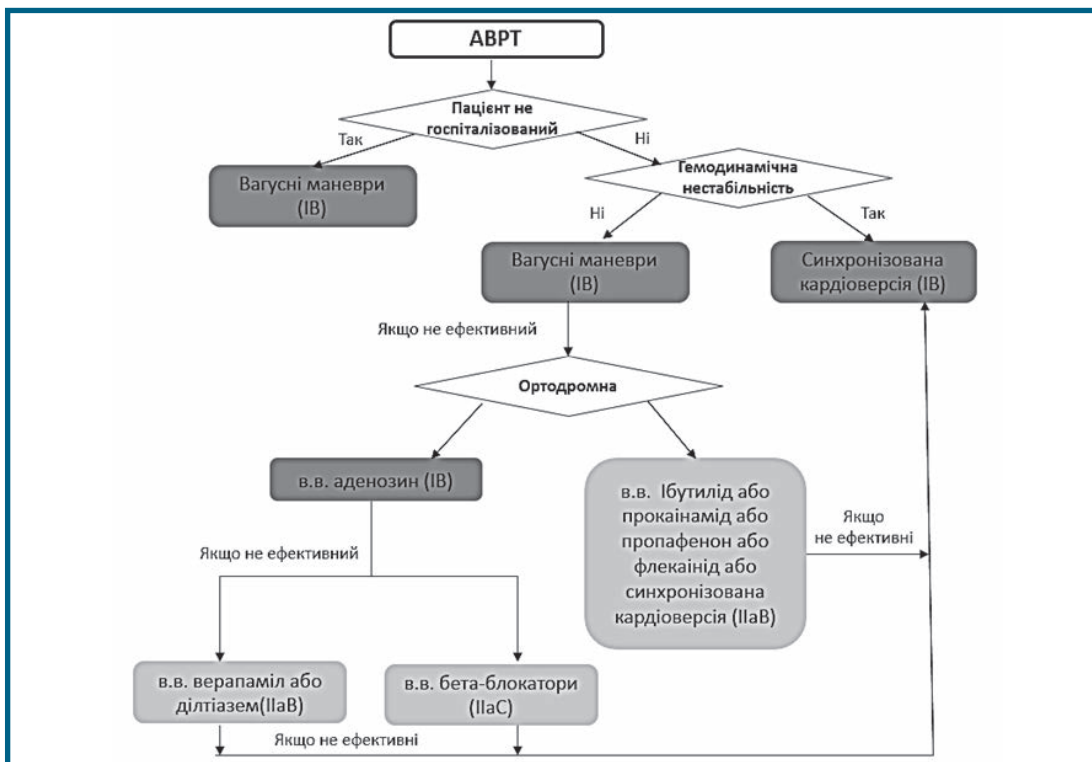


Рисунок 10. Лікування атріовентрикулярної ріентрі тахікардії.

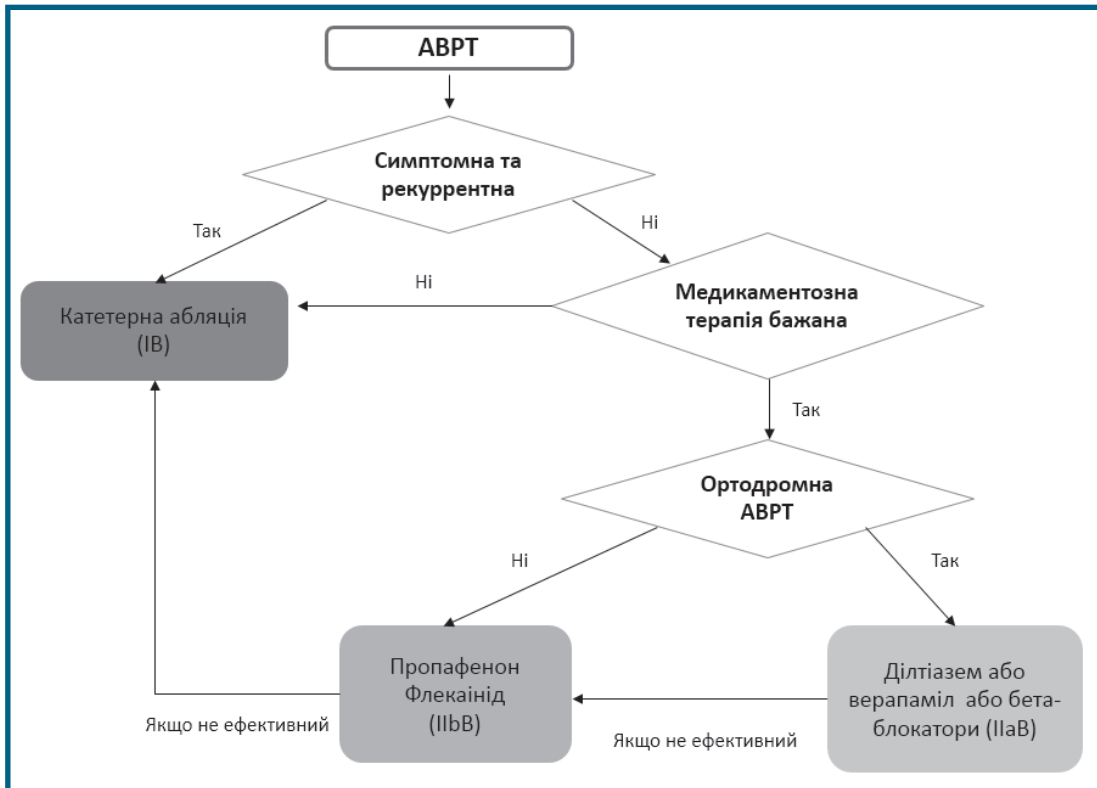


Рисунок 11. Лікування атріовентрикулярної рієнтри тахікардії.

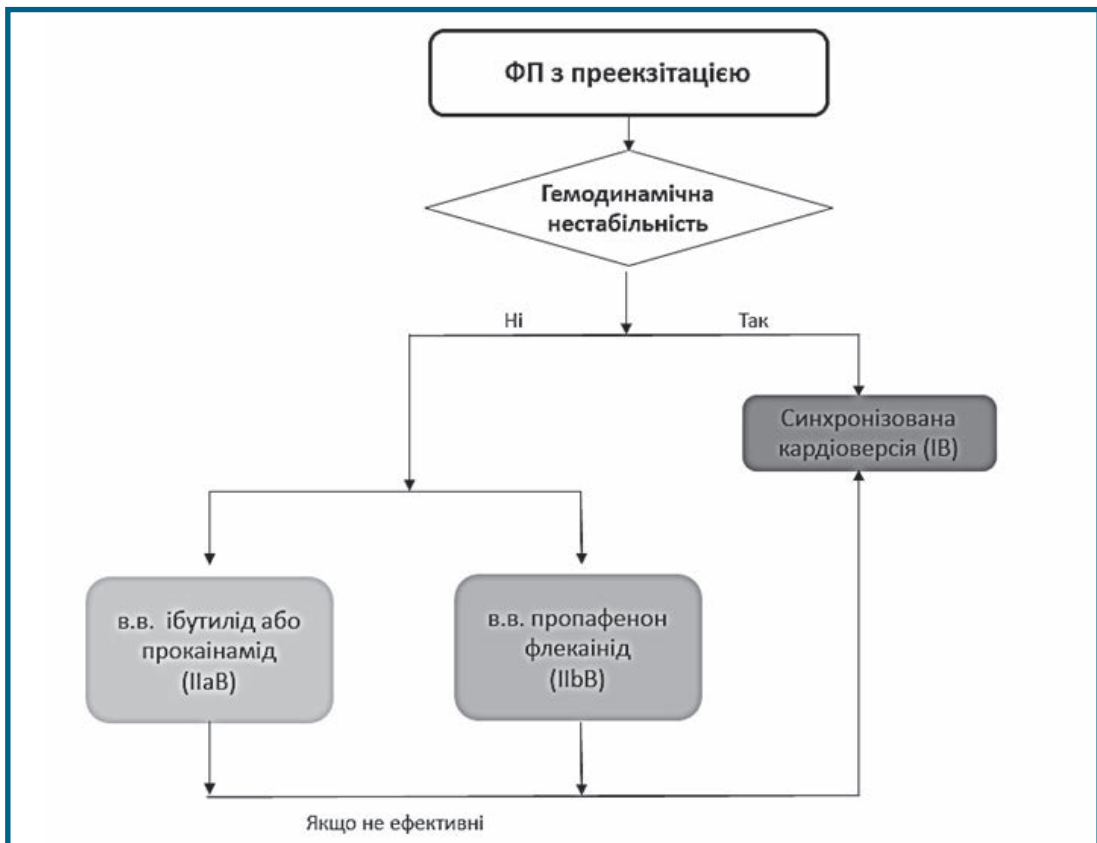


Рисунок 12. Лікування ФП з преєкзитацією.

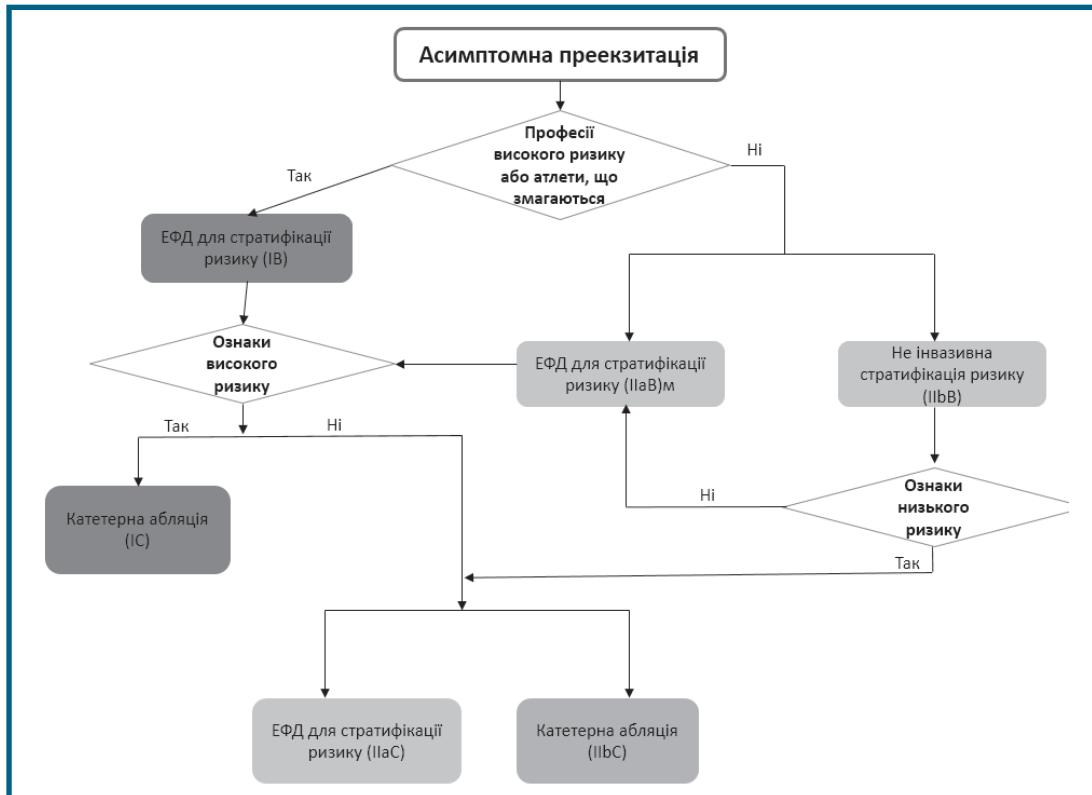


Рисунок 13. Ведення пацієнтів з асимптомною преєкзитацією.

Використана література

1. Josep Brugada, Demosthenes G Katritsis, Elena Arbelo, Fernando Arribas, Jeroen J Bax, Carina Blomström-Lundqvist, Hugh Calkins, Domenico Corrado, Spyridon G Deftereos, Gerhard-Paul Diller, Juan J Gomez-Doblas, Bulent Gorenek, Andrew Grace, Siew Yen Ho, Juan-Carlos Kaski, Karl-Heinz Kuck, Pier David Lambiase, Frederic Sacher, Georgia Sarquella-Brugada, Piotr Suwalski, Antonio

Zaza, ESC Scientific Document Group, 2019 ESC Guidelines for the management of patients with supraventricular tachycardia The Task Force for the management of patients with supraventricular tachycardia of the European Society of Cardiology (ESC): Developed in collaboration with the Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPC), European Heart Journal, ehz467, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz467>

Рекомендації Європейського товариства кардіологів щодо лікування пацієнтів з хронічним коронарним синдромом, зокрема хворих з фібриляцією передсердь, затверджені 2019 року

31 серпня 2019 року на Європейському конгресі кардіологів, що відбувся в Парижі, були ухвалені Рекомендації Європейського товариства щодо лікування пацієнтів з хронічним коронарним синдромом. Частина цих рекомендацій, що стосується ведення хворих з фібриляцією передсердь під час та після перкутанних втручань на коронарних судинах, пропонується Вашій увазі.

Антитромботична терапія в пацієнтів з хронічним коронарним синдромом та ФП		
Коли пацієнтам з ФП розпочинається ОАКТ та вони відповідають критеріям призначення НОАК, рекомендовано надавати перевагу НОАК перед АВК	I	A
Пацієнтам з ФП та CHA ₂ DS ₂ VASc ≥ 2 у чоловіків та ≥ 3 у жінок рекомендоване призначення довготривалої ОАКТ (НОАК або АВК з часом перебування в терапевтичному діапазоні $>70\%$)		A
Пацієнтам з ФП та CHA ₂ DS ₂ VASc 1 у чоловіків та 2 у жінок повинне бути розглянутим призначення довготривалої ОАКТ (НОАК або АВК з часом в терапевтичному діапазоні $>70\%$)	IIa	B
Аспірин 75-100 мг щоденно (або клопідогрель 75 мг щоденно) можуть бути розглянутими в додаток до довготривалої ОАКТ в пацієнтів з ФП, історією ІМ та високим ризиком рекурентних ішемічних подій, що не мають високого ризику кровотеч	IIb	B



2019

Антитромботична терапія пацієнтів після ЧШКВ з ФП або іншими показаннями до ОАКТ

2019

Перипроцедурне призначення аспіріну або клопідогелю рекомендовано для пацієнтів при стентуванні коронарних артерій	I	C
Пацієнтам, яким показана терапія НОАК, рекомендовані (апіксабан 5 мг 2 р/д, дабігатран 150 мг 2 р/д, ендоксабан 60 мг 1 р/д або ривароксабан 20 мг 1 р/д). Цим пацієнтам слід віддавати перевагу НАКТ порівняно з АВК при комбінації з антиагрегантною терапією	I	A
Якщо при використанні ривароксабану високий ризик кровотеч переважає над ризиком тромбозу стенту або ішемічного інсульту, призначення ривароксабану 15 мг один раз на добу повинне бути розглянутим замість ривароксабану 20 мг на добу, тривалістю, яка відповідає супутній одиничній або подвійній антитромбоцитарній терапії	IIa	B

European Heart Journal, ehz425, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>
31 August 2019

Антитромботична терапія пацієнтів після ЧШКВ з ФП або іншими показаннями до ОАКТ

2019

Якщо при використанні дабігатрану високий ризик кровотеч переважає над ризиком тромбозу стенту або ішемічного інсульту, призначення дабігатрану 110 мг два рази на добу повинне бути розглянутим замість дабігатрану 150 мг два рази на добу тривалістю, яка відповідає супутній одиничній або подвійній антитромбоцитарній терапії	IIa	B
Раннє припинення аспіріну (≤ 1 тижня) та продовження подвійної терапії з ОАК та клопідогрелем повинне бути розглянутим у пацієнтів після неускладненого ЧШКВ, якщо ризик тромбозу стенту низький або ризик кровотечі переважає перед ризиком тромбозу стенту незалежно від типу використаного стенту.	IIa	B
Потрійна терапія аспірином, клопідогрелем та ОАК ≥ 1 місяця повинна бути розглянута, якщо ризик тромбозу переважає ризик кровотеч із загальною тривалістю ≤ 6 місяців, на основі оцінки цих ризиків, та чітко вказано під час виписки із стаціонару	IIa	B

European Heart Journal, ehz425, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>
31 August 2019

Антитромботична терапія пацієнтів після ЧШКВ з ФП або іншими показаннями до ОАКТ		 2019	
В пацієнтів з показаннями до АВК в комбінації з аспірином та/або клопідогрелем, інтенсивність дози АВК повинна обережно регулюватись з цільовим значенням міжнародного нормалізованого відношення 2,0-2,5 з часом у терапевтичному діапазоні $\geq 70\%$	IIa	B	
Подвійна терапія з ОАКТ, як тикагрелором, так і з прасугрелем, може бути розглянута як альтернатива потрібній терапії з ОАК, аспірином та клопідогрелем в пацієнтів з помірним або високим ризиком тромбозу стенту не залежно від типу стенту	IIb	C	
Застосування тикагрелору або прасугрелю як компонента потрібної антитромботичної терапії з аспірином та НОАК не рекомендоване	III	C	
Супутне застосування інгібіторів протонної помпи рекомендоване пацієнтам, що отримують монотерапію аспірином, подвійну АТТ або ОАКТ, та особам, які мають високий ризик шлунково-кишкової кровотечі	I	A	

European Heart Journal, ehz425, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425>
31 August 2019

Резолюція VIII Ради експертів – спільного засідання Робочої групи з порушень ритму серця Асоціації кардіологів України та Правління Асоціації аритмологів України «Мистецтво прийняття обґрунтованих рішень»

У Раді брали участь: проф. О.С. Сичов (Київ) – модератор, проф. С.О. Андрієвська (Одеса), проф. А.М. Василенко (Кривий Ріг), проф. М.В. Гребенник (Тернопіль), проф. В.М. Жебель (Вінниця), проф. Ю.І. Карпенко (Одеса), проф. І.П. Катеренчук (Полтава), проф. О.А. Коваль (Дніпро), проф. С.М. Коваль (Харків), проф. М.П. Копиця (Харків), проф. В.А. Потабашний (Кривий Ріг), проф. Н.М. Середюк (Івано-Франківськ), проф. Т.В. Талаєва (Київ), д.мед.н. О.І. Іркін (Київ), д.мед.н. Д.М. Себов (Одеса), ст.н.с. О.М. Романова (Київ), ст.н.с. Т.В. Гетьман (Київ), к.біол.н. Л.Л. Вавілова, к.мед.н. Б.І. Голобородько (Одеса), к.мед.н. І.М. Марцovenко (Суми), к.мед.н. В.І. Паламарчук (Хмельницький), к.мед.н. С.О. Правосудович (Дніпро), к.мед.н. О.В. Шабільянов (Миколаїв), к.мед.н. И.Ф. Шумейко (Полтава), І.П. Батог (Чернігів), В.В. Васильківський (Хмельницький), Л.Л. Верещук (Рівне), Н.М. Вівчар (Тернопіль), С.М. Гетьман (Краматорськ), О.Г. Дубчак (Київ), С.В. Журба (Черкаси), О.В. Ільчишина (Житомир), О.В. Качан (Рівне), А.М. Костенко (Хмельницький), Л.М. Матюк (Тернопіль), В.С. Підлісна (Рівне), Г.М. Сухомлин (Кропивницький)

10–11 жовтня 2019 р. в Одесі відбулася VIII Рада експертів з питань аритмології «Мистецтво прийняття обґрунтованих рішень», яка проходила у формі спільного засідання Робочої групи із порушень ритму серця Асоціації кардіологів України і Правління Асоціації аритмологів України.

На засіданні Ради експертів у ході доповідей модераторів, виступів членів експертних груп та учасників Ради були висвітлені питання клінічної аритмології та електрофізіології, обговорені проблеми діагностики, лікування та попередження ускладнень порушень ритму серця. Підсумком Ради експертів стали доповнення до національних рекомендацій та протоколів, які надані у вигляді висновків при розгляді питань.

Нові дані клінічних досліджень апіксабану, які можуть змінити підходи до лікування пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь

Питання, що розглядалися

1. Антитромботична терапія пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь після перенесе-

ного гострого коронарного синдрому або черезшкірного коронарного втручання.

2. Призначення антикоагулянта у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь та ІХС.

3. Вплив даних реальної клінічної практики на вибір прямих оральних антикоагулянтів у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь.

Висновки

1. Дослідження AUGUSTUS підтверджує безпеку та ефективність апіксабану порівняно з антагоністом вітаміну К у дозі, рекомендованій для пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь, і демонструє достовірне зниження ризику кровотеч, смертності та повторних госпіталізацій при відмові від ацетилсаліцилової кислоти, без зростання ризику розвитку повторних коронарних подій.

2. Результати дослідження AUGUSTUS обґрунтовують застосування комбінації апіксабану з інгібітором P2Y12, найчастіше клопідогрелем, без ацетилсаліцилової кислоти в популяції пацієнтів із неклапанною фібриляцією передсердь з високим або дуже високим ризиком виникнення кровотеч (нещодавня кровотеча) і нещодавно перенесеним гострим коронарним синдромом та/або черезшкірним коронарним втручанням протягом 6 місяців.

3. У пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь та ІХС призначення апіксабану знижує ризик інсульту або системної емболії та пов'язано із меншою кількістю великих кровотеч порівняно з варфарином. При розвитку неклапанної фібриляції передсердь в перший рік після гострого коронарного синдрому (<1 року) слід почати терапію прямими оральними антикоагулянтами і провести оцінку необхідності продовження подвійної антиагрегантної терапії.

Застосування ривароксабану при фібриляції передсердь у пацієнтів з високим ризиком виникнення кровотеч

Питання, що розглядалися

1. Інтерпретація результатів рандомізованих досліджень III фази у пацієнтів з високим ризиком розвитку кровотеч.

2. Можливості захисту нирок при застосуванні ефективної антикоагулянтної терапії у пацієнтів із фібриляцією передсердь.

Висновки

1. При призначенні антикоагулянтної терапії пацієнтам із високим ризиком виникнення кровотеч слід враховувати результати рандомізованих клінічних досліджень у відповідній популяції пацієнтів високого тромботичного ризику (IIa, C). Оскільки ривароксабан досліджено у рандомізованому клінічному дослідженні III фази в найбільшій популяції пацієнтів із CHADS₂ ≥ 2 та HAS-BLED ≥ 3, де ривароксабан показав нижчий ризик кровотечі порівняно із варфарином, його застосування в такій популяції є обґрунтованим (IIa, C). Для остаточного вирішення питання слід очікувати рандомізованих досліджень з прямим порівнянням прямих оральних антикоагулянтів та

одночасним індивідуальним розподілом хворих відносно їх тромбо- та геморагічних ризиків.

2. Загальновизнаним є той факт, що антагоністи вітаміну К асоціюються із несприятливим впливом на нирки. Прямі оральні антикоагулянти (ПрОАК) не чинять такого впливу. Рекомендована більш широка заміна антагоністів вітаміну К на ПрОАК (зокрема, на ривароксабан) сприятиме збереженню функції нирок у більшій кількості пацієнтів із ФП, що продемонстрував ривароксабан у дослідженні ROCKET.

3. Незважаючи на недостатню кількість даних щодо застосування ПрОАК у пацієнтів із тяжкими стадіями хронічної хвороби нирок (4–5 ст., на гемодіалізі), досвід у реальній практиці обмежений. Слід зауважити, дані досліджень антагоністів вітаміну К у цій когорті також обмежені. З урахуванням нових даних про застосування ривароксабану, терапія ним може розглядатися у певних пацієнтів цієї категорії.

Часті помилки в терапії пацієнтів з фібриляцією передсердь: недостатнє виявлення хворих з фібриляцією передсердь, недооцінка ризику інсульту, непризначення антикоагулянтів або призначення недостатніх доз прямих оральних антикоагулянтів

Питання, що розглядалися

1. Оцінка ризику інсульту при фібриляції передсердь та своєчасне призначення прямих оральних антикоагулянтів (ПрОАК) з ефективністю в профілактиці кардіоемболічного інсульту, що доведено в рандомізованому клінічному дослідженні (РКД). Результати дослідження RE-LY.

2. Зниження ризику кровотеч та індивідуальний підхід у дозуванні ПрОАК після черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ) та при проведенні процедури абляції.

3. Ургентні ситуації і використання реверсantu до антикоагулянтного препарату в реальній клінічній практиці в Україні.

Висновки

1. Позаплановий скринінг з метою виявлення фібриляції передсердь рекомендовано для пацієнтів *старше 65 років* шляхом визначення пульсу чи ЕКГ. У пацієнтів з *транзиторною*

ішемічною атакою чи ішемічним інсультом в анамнезі скринінг на фібриляцію передсердь рекомендований шляхом аналізу ЕКГ тривалістю ≥ 72 години.

2. Недооцінка ризику інсульту або призначення недостатніх доз прямих оральних антикоагулянтів може призводити до фатальних наслідків. Рекомендувати незалежно від форми і тривалості фібриляції передсердь обов'язково оцінювати ризик інсульту за шкалою CHA₂DS₂-VASc, з можливістю внесення балів у діагноз.

3. В рандомізованому дослідженні (RE-LY) – призначення антикоагулянтної терапії дабігатраном у дозі 150 мг 2 р/д доведено зниження ішемічного інсульту на 24 %.

4. Згідно з результатами дослідження RE-DUAL PCI, обидві досліджені дози дабігатрану – 150 мг двічі на добу; 110 мг двічі на добу, з доведеною ефективністю в профілактиці ішемічного інсульту та системної емболії, в поєднанні з моноантитромбоцитарною терапією різної потужності (клопідогрель/тикагрелор) при черездіагностичному коронарному втручанні продемонстрували значне зниження частоти масивних або клінічно значущих немасивних кровотеч порівняно з потрійною терапією з варфарином.

5. Суттєве зменшення частоти великих кровотеч (на 77 %), яке спостерігалось при використанні дабігатрану порівняно з варфарином (згідно із дослідженням RE-CIRCUIT), надало можливість міжнародному експертному консенсусу присвоїти найвищий рівень рекомендації (клас 1, рівень А) проведенню процедури абляції без переривання дабігатрану.

6. Наявність реверсantu ідаруцизумаб до антикоагулянтного препарату дабігатран та наявність Національного консенсусу щодо його використання може допомогти в ургентній ситуації: при наявності коморбідного стану (жовчокам'яна хвороба, дивертикульоз кишківника та інше, з можливістю оперативного втручання), при підвищеному ризику травматизації, при необхідності проведення тромболізу, що доведено в реальній клінічній практиці в Україні.

Клопідогрель в антитромботичній терапії в пацієнтів з фібриляцією передсердь та коронарними синдромами

Питання, що розглядалися

1. Моно- чи подвійна антитромбоцитарна терапія.
2. Вибір оптимального антиагреганту.
3. Визначення тривалості лікування.

Висновки

1. Переважна більшість (~ 90 %) пацієнтів із фібриляцією передсердь (ФП) у дослідженнях PIONEER AF-PCI, RE-DUAL, AUGUSTUS, ENTRUST-AF PCI приймали клопідогрель як інгібітор рецепторів P2Y₁₂ в ефективній потрійній або подвійній комбінації з антитромботичними препаратами і антикоагулянтами, тому серед препаратів свого класу він є препаратом вибору.

2. У пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь після планового перкутанного коронарного втручання слід розглянути застосування подвійної антитромбоцитарної терапії (ацетилсаліцилової кислоти і клопідогрелю) на додаток до перорального антикоагулянта протягом ≥ 1 місяця, коли ризик тромбозу стенту перевищує ризик кровотечі; загальна тривалість (≤ 6 місяців) визначається відповідно до оцінки цих ризиків і чітко вказується при виписці із стаціонару (IIaC).

3. У пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь після коронарного стентування з приводу гострого коронарного синдрому слід розглянути застосування подвійної антитромбоцитарної терапії (ацетилсаліцилової кислоти і клопідогрелю) на додаток до перорального антикоагулянта протягом 1–6 місяців за умови високого ризику тромбозу стенту, який перевищує ризик виникнення кровотечі (IIaB). При високому ризику тромбозів стента рекомендовано застосування подвійної антитромботичної терапії (прямий оральний антикоагулянт + потужний антитромботичний агент). (IIbC)

4. Антитромбоцитарну монотерапію (клопідогрель 75 мг/добу) з пероральним антикоагулянтом слід розглядати як альтернативу подвійній антитромбоцитарній терапії + пероральний антикоагулянт протягом 1 місяця у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь після стентування у ви-

падку, коли геморагічний ризик переважає ішемічний ризик, і застосовувати протягом 12 місяців (IIaA).

5. У пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь та підвищеним ризиком інсульту (оцінка за шкалою CHA₂DS₂-VASc ≥ 2), які перенесли перкутанне коронарне втручання із стентуванням з приводу гострого коронарного синдрому, обґрунтованим є застосування подвійної антитромботичної терапії інгібітором P2Y₁₂ (клопидогрелем) з пероральним антикоагулянтом для зменшення ризику кровотечі порівняно з потрібною антитромботичною терапією (IIaB).

6. Прийняття рішення щодо тривалості застосування антитромбоцитарної терапії у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь та коронарними синдромами вимагає індивідуального підходу до кожного пацієнта і визначення балансу ішемічного і геморагічного ризиків.

7. Тривалість потрібної терапії має бути якомога коротшою; слід розглядати застосування подвійної терапії після перкутанного коронарного втручання (оральний антикоагулянт + клопидогрель) замість потрібної терапії.

8. Для стабілізованих пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь після коронарного стентування за відсутності небажаних подій рекомендується припинення терапії будь-яким антиагрегантом через 1 рік після стентування, тоді як лікування пероральним антикоагулянтом + один антитромбоцитарний препарат (клопидогрель) повинно тривати постійно за наявності факторів високого ішемічного ризику.

9. У пацієнтів, які приймають антагоністи вітаміну К в комбінації з аспірином та/або клопидогрелем, інтенсивність дози антагоніста вітаміну К повинна обережно регулюватись з цільовим значенням міжнародного нормалізованого відношення 2,0–2,5 з часом у терапевтичному діапазоні $\geq 70\%$.

Стратегія утримання синусового ритму при фібриляції передсердь

Питання, що розглядалися

1. Тривалість лікування препаратом пропafenон.

2. Алгоритм призначення препарату пропafenон вперше в умовах поліклініки.

3. Комбінована терапія порушень ритму серця.

4. Переваги утримання синусового ритму препаратом пропafenон у пацієнтів з коморбідними станами.

Висновки

1. Пропафенон рекомендовано для постійного прийому для протирецидивної терапії фібриляції передсердь у мінімально ефективній дозі, однак потрібно періодично оцінювати пацієнта для підтвердження необхідності терапії (клінічна картина, ЕКГ-контроль QRS, QT, PQ на початку призначення та на 1–3-ту добу прийому препарату та у подальшому у цільовій дозі).

2. У пацієнтів з нирковою недостатністю та без виразних структурних змін міокарда пропafenон є препаратом першої лінії для протирецидивної терапії при фібриляції передсердь, оскільки він виводиться переважно печінкою.

3. У хворих без виразних структурних змін міокарда, але із структурними змінами щитовидної залози (вузловий зоб або аутоімунний тиреоїдит) пропafenон – препарат вибору для постійного протирецидивного прийому при фібриляції передсердь у зв'язку з відсутністю побічного ефекту на клітини щитовидної залози та виразними бета-адреноблокуючими властивостями.

4. У пацієнтів з м'якою чи помірною недостатністю печінки терапія пропafenоном має починатись з 150 мг один раз на добу. Дозу можна підвищувати мінімум через 4 дні до 150 мг двічі на добу (300 мг/добу), потім – до 150 мг кожні 8 годин (450 мг/добу) та, якщо необхідно, до 300 мг кожні 12 годин (600 мг/добу).

Лікування шлуночкових аритмій у пацієнтів без значного органічного ураження серця

Питання, що розглядалися

1. Алгоритм призначення флекаїніду при шлуночкових аритміях.

2. На що звернути увагу.

3. Критерії ефективності.

Варіанти застосування препарату Етацизин у комбінації з іншими антиаритмічними препаратами за призначенням кардіолога/аритмолога

Препарати	Доцільність комбінації	Переваги	Що контролювати на ЕКГ
β-блокатори	Доцільно у пацієнтів з ФП та ША, особливо при змішаній формі аритмій	Переваги такої комбінації у хворих зі змішаним типом аритмії, а у хворих з вагусним типом аритмії її слід уникати, оскільки знижується ефективність терапії – рівень доказовості С	R-R, P-Q, QRS
АМІОДАРОН	Можливо при малих дозах*	Посилення антиаритмічного ефекту за рахунок впливу на АВ-вузол	R-R, P-Q, QRS, Q-T
СОТАЛОЛ	У малих дозах можлива, але при змішаній формі аритмій*	Посилення антиаритмічного ефекту за рахунок впливу на АВ-вузол	R-R, P-Q, QRS, Q-T
Недигідропіридинові АК (ВЕРАПАМІЛ, ДИЛТІАЗЕМ)	Доцільна – рівень доказовості С	Посилення антиаритмічного ефекту за рахунок впливу на АВ-вузол	R-R, P-Q, QRS
Препарати ІС класу (ПРОПАФЕНОН, ФЛЕКАЇНІД)	Зростає ризик проаритмій	Відсутні!	-
ДРОНЕДАРОН	Заборонено!	Відсутні!	-

Висновки

1. Флекаїнід є препаратом вибору для пацієнтів з мінімально вираженими структурними змінами серця або для лікування шлуночкових аритмій (шлуночкова екстрасистолія, катехоламінергічні та ідіопатичні шлуночкові тахікардії).

2. При призначенні флекаїніду слід брати до уваги коморбідний стан пацієнта: при зниженні кліренсу креатиніну менше 50 мл/хв не можна перевищувати дозу препарату більш ніж 100 мг/доб, з наступним контролем кліренсу креатиніну.

3. Контроль проаритмогенного ефекту слід проводити на першу та третю добу прийому в порівнянні з вихідною ЕКГ, розширення комплексу QRS більш ніж 25 % від попереднього розцінювати як проаритмогенез. Антиаритмічний ефект препарату слід оцінювати при застосуванні критеріїв парних досліджень добового ЕКГ-моніторингу.

Алгоритм вибору антиаритмічного препарату (ААП) ІС у хворих з брадиформами аритмій: комбінації та тривале застосування

Питання, що розглядалися

1. Тривалий прийом ААП І класу з акцентом на безпеку: коли, що, кому? Етацизин: профіль безпеки при тривалому застосуванні.

2. Доцільність комбінації Етацизину з β-АБ або антиаритмічними препаратами III класу: кому, як довго, що контролювати?

3. Етацизин у комбінації з антагоністами Са: кому, як довго, що контролювати?

Висновки

1. При необхідності лікування шлуночкової екстрасистолії на тлі синусової брадикардії при відсутності важкої органічної патології серця препаратом вибору є Етацизин.

2. Етацизин – безпечний і ефективний антиаритмічний препарат для тривалої терапії фібриляції передсердь у пацієнтів без важкої органічної патології серця.

3. При тривалому застосуванні препарату Етацизин рекомендовано використовувати алгоритм контролю за прийомом препарату.

4. При досягненні терапевтичного ефекту необхідно проводити підтримуючу терапію Етацизином в індивідуально підібраних ефективних дозах.

Ознаки, які потребують відміни препарату

- Розширення комплексу QRS більш ніж на 25 %, зменшення його амплітуди.
- Збільшення тривалості Р-зубця на ЕКГ більш 0,12 с.
- Поява блокад, брадикардії, збільшення існуючої екстрасистолії.

- Трансформація фібриляції передсердь у тріпотіння передсердь.

Огляд рекомендацій Європейського товариства кардіологів з лікування суправентрикулярних тахікардій 2019 р.

Питання, що розглядалися

1. Місце в/в β-блокаторів у лікуванні суправентрикулярних тахікардій.
2. Особливості дії різних в/в β-блокаторів.

Висновки

1. Схвалити рекомендації Європейського товариства кардіологів з лікування суправентрикулярних тахікардій у цілому.
2. Вважати, що передсердна стимуляція (інвазивна чи черезстраховідна) може бути виконана у хворих без імплантованого штучного водія ритму чи кардіовертера-дефібрилятора за умови наявності можливості спостереження ЕКГ та зовнішнього дефібрилятора (IC).
3. Визначити можливість використання в/в бета-блокаторів у невідкладному лікуванні суправентрикулярних тахікардій без синдрому преекзитації, а саме:
 - Тахікардій з вузькими комплексами QRS (IB);
 - Фокальної передсердної тахікардії (IIaB);
 - Тріпотіння передсердь та МРПТ (макро-рієн-трі передсердних тахікардій) (IIaB);
 - Атріовентрикулярної вузлової передсердної тахікардії (ABVPT) (IIaC);
 - Атріовентрикулярної реципрокної ортодромної тахікардії (ABPT) (IIaC).
4. Препарат Есмолол є селективним в/в бета-блокатором з коротким (до 10 хв) періодом напіввиведення та повного виведення (до 20 хв) і може використовуватись при невідкладному лікуванні суправентрикулярних тахікардій без синдрому преекзитації.
5. Аденозин на фармринку України відсутній. Династрія аденозин трифосфат (АТФ) не підлягає розведенню, тому повинен вводиться болюсно з обережністю.
6. Процедура катетерної абляції найбільш ефективний метод лікування суправентрикулярних тахікардій.

Можливості в лікуванні артеріальної гіпертензії у пацієнтів з фібриляцією передсердь

Питання, що розглядалися

1. Переваги сартанів перед інгібіторами АПФ в світі досліджень.
2. Позиція валсартану у пацієнтів високого та дуже високого кардіоваскулярного ризику.
3. Комбінована терапія у хворих з артеріальною гіпертензією та порушеннями ритму серця.
4. Питання прихильності до терапії.

Висновки

1. Сартани мають суттєве значення в превенції інсульту, інших кардіоваскулярних подій, та збереженні синусового ритму у пацієнтів з АГ та фібриляцію передсердь згідно із сучасним вітчизняним та міжнародним дослідженням.
2. Валсартан – сартан, що має найбільшу доказову базу з позиції профілактики кардіоваскулярних подій у межах свого класу.
3. Потрійна комбінація валсартан/амлодипін/гідрохлоротіазид довела свою антигіпертензивну ефективність та плейотропну антиаритмічну дію у вітчизняних багатоцентрових дослідженнях при клінічних випробуваннях препарату Тіара-Тріо.

Оцінка клінічної ефективності та безпеки застосування Мексикору у хворих з порушеннями ритму серця на фоні ІХС

Питання, що розглядалися:

1. Точки застосування та ефекти Мексикору у пацієнтів з ІХС та порушеннями ритму серця.
2. Огляд результатів клінічних досліджень Мексикору у кардіологічних пацієнтів.
3. Результати клінічного дослідження «Оцінка клінічної ефективності та безпеки застосування Мексикору у хворих з порушеннями ритму серця на фоні ІХС», 2019 р.

Висновки

Результати клінічного дослідження «Оцінка клінічної ефективності та безпеки застосування ін'єкційної форми Мексикору 1 раз на день протягом 10 днів у пацієнтів зі стабільною ІХС та порушеннями ритму серця (2019)»:

1. Призначення Мексикору в дозі 400 мг на 150 мл фізіологічного розчину в/в крапельно №10 один раз на день пацієнтам зі стабільною ІХС дозволило достовірно зменшити кількість епізодів ішемії міокарда та її сумарну тривалість, виявлену за допомогою холтерівського моніторування ЕКГ, а також отримати збільшення толерантності до фізичних навантажень на 27 %.

2. Виявлено додаткову позитивну динаміку по зниженню суправентрикулярної екстрасистолії, пароксизмів фібриляції передсердь, шлуночкової екстрасистолії та парної шлуночкової екстрасистолії при призначенні досліджуваного препарату Мексикор на 10 днів, як додатковий ефект до дії антиаритмічних препаратів.

3. Виявлено додатковий вплив Мексикору на поліпшення функції ендотелію.

4. Застосування Мексикору в ін'єкційній формі 1 раз на день протягом 10 діб продемонструвало

антиоксидантний ефект препарату зі зниженням вмісту у крові малонового діальдегіду та карбоксигемоглобіну.

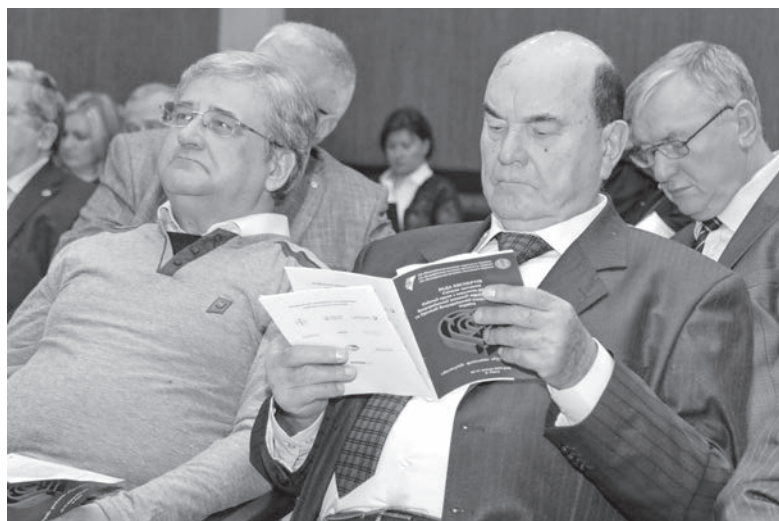
5. Застосування Мексикору 1 раз на день протягом 10 діб продемонструвало наростання в крові вмісту Т-регуляторних клітин, клітин-попередників ендотеліоцитів, зниження прозапальної (проміжної) фракції моноцитів та зростання протизапальної фракції моноцитів (некласичної), що свідчить про протизапальний вплив препарату і може разом з антиоксидантною дією лежати в основі його антиаритмічної дії.

6. Препарат Мексикор може бути рекомендований в комплексній терапії у пацієнтів зі стабільною ІХС та порушеннями ритму серця для оптимізації основної антиаритмічної терапії, а також для отримання антиоксидантного і протизапального ефектів з метою усунення патогенетичних чинників розвитку аритмій серця.



















Раптова серцева смерть – епідемія ХХІ сторіччя, перспективи подолання в Україні



Коваленко В.М., академік, Віце-президент НАМН України, президент Асоціації кардіологів України, директор ННЦ "Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска"



Перебийніс М.В., голова підкомітету охорони здоров'я, Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування ВР України

Раптова серцева смерть (РСС) у наш час – одна з найважливіших і, мабуть, найдраматичніших медичних проблем сучасного суспільства. Один із провідних фахівців вивчення цієї проблеми Нобелівський лауреат Bernard Lown писав: «Кожні дев'яносто секунд протягом доби від кардіологічного захворювання раптово й несподівано помирає одна людина. Раптова смерть – найкатастрофічніший прояв серцевої патології – приходить без попередження. Смерть є першим і останнім проявом захворювання серця у 25 % жертв. У випадках, коли пацієнти мають серцево-судинні захворювання, раптова смерть діагностується в 60 % випадків».

Згідно з реаліями сьогодення, РСС становить 15–20 % усіх випадків ненасильницької смерті серед жителів економічно розвинених країн. Поширеність РСС серед чоловіків становить 21 %, а у жінок – 14,5 %. Згідно з даними Paris Prospective Study I (1999), показано, що більшість випадків РСС (80 %) зареєстровано вдома й лише 15 % – у громадських місцях; 40 % – без свідків.

За даними M.L. Weisfeldt, серед РСС, котрі зафіксовані поза лікарнею, 74 % зареєстровані вдома, а 26 % – у громадських місцях. При цьому відсоток тих, хто вижив, серед хворих, у яких РСС трапилася в громадських місцях, становив 34 % порівняно з 12 % пацієнтів, що перенесли РСС вдома.

25–27 вересня в Києві відбулася найбільша медична подія в нашій країні – **XX Національний конгрес кардіологів України** з міжнародною участю, в роботі якого взяли участь більше 3800 представників з усіх областей України та численні закордонні гості. У межах цього заходу була розглянута та обговорена проблема розвитку РСС. Лікарі України та Європи ділились своїми досягненнями в галузі кардіології, обговорювали проблеми та можливості їх вирішення. У рамках Конгресу відбулася **пре-конференція** за участю президента Асоціації кардіологів України, директора ДУ «Національ-



Сичов О.С., д.мед.н., професор, керівник відділу аритмій серця ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска»



Міхал Худзик (Польща), професор, член Європейського товариства кардіологів, член комітету освіти Європейської асоціації ритму серця

ний науковий центр «Інститут кардіології імені М.Д. Стражеска», віце-президента НАМН України академіка В.М. Коваленка, президента Асоціації аритмологів України професора О.С. Сичова, голови підкомітету з питань охорони здоров'я Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування Верховної Ради України М.В. Перебийніс, заступника директора Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова доктора мед. наук А.К. Руденко, керівника відділу профілактики та лікування невідкладних станів ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої» НАМН України доктора мед. наук М.П. Копиця, члена Європейського товариства кардіологів та члена комітету освіти Європейської асоціації ритму серця (EHRA) професора Міхала Худзика (Польща).

Цікава тема пресконференції зібрала в залі представників преси та медичної спільноти України. Формат проведення заходу пресконференції передбачав відверту розмову: учасники мали можливість висловити свою точку зору щодо проблеми РСС, шляхи її вирішення в Європі та в Україні.

Відкриваючи пресконференцію, Володимир Коваленко відзначив, що, згідно зі статистичними даними, в Україні зареєстровано близько 22 млн осіб із серцево-судинними захворюваннями. При цьому в структурі смертності мешканців України серцево-судинна патологія становить 66,3 %. Більше половини випадків таких захворювань пов'язані з раптовою зупинкою серця. На жаль, сьогодні в Україні відсутні статистичні дані щодо кількості випадків РСС. Створення реєстру пацієнтів дозволить обґрунтовано впроваджувати такі технології, як імплантація штучних водіїв ритму серця, кардіовертерів-дефібриляторів, надавати необхідні рекомендації службі швидкої та невідкладної допомоги, що, в свою чергу, допоможе забезпечити значне зменшення кількості випадків РСС.

Учасники пресконференції поцікавилися думкою Максима Перебийніса щодо ролі таких заходів, як Національний конгрес кардіологів у розробці стратегії вирішення РСС? Максим Вікторович відзначив, що громадське обговорення питання не лише в медичних, але й у суспільно-політичних колах дозволить знайти шляхи вирішення цієї проблеми. Він озвучив тезу, що президент очікує розробки Національної програми



Руденко К.В., д.мед.н., заступник директора Національного інституту серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова



Копиця М.П., д.мед.н., керівник відділу профілактики та лікування невідкладних станів Національного інституту терапії ім. Л.Т. Малої

боротьби із серцево-судинними захворюваннями в Україні та підтримає її реалізацію.

Костянтин Руденко відзначив, що, на превеликий жаль, в Україні в громадських місцях не достатньо спеціальних приладів – дефібриляторів, що рятують людське життя у випадку виникнення РСС. У країнах Європи цими приладами оснащені не лише аеропорти, стадіони, великі торговельно-розважальні центри, але й зупинки громадського транспорту. Олег Сичов додав, що, наприклад, з 2004 року на територію США не може приземлитися жоден літак, якщо його борт не оснащено дефібрилятором. Найуспішніша реанімація саме на борту літака – 50 % усіх випадків, оскільки персонал (бортпровідники) володіють навичками реанімаційних заходів.

Професор Олег Сичов загострив увагу на медичному аспекті вирішення проблеми РСС: українські лікарі повинні ретельніше виявляти пацієнтів, які потребують імплантації кардіопристроїв, що рятують людське життя. Створюються експертні центри, які займаються лікуванням цієї категорії хворих. Такий центр є на базі відділу аритмій серця в Національному науковому центрі «Інститут кардіології імені М.Д. Стражеска», де імплантують кардіостимулятори, дефібрилятори та інші кардіоприлади. Завданнями таких центрів є виявлення таких хворих, визначення ризиків виникнення РСС, розробка методології медикаментозної та хірургічної допомоги. Слід відзначити, що українські кардіологи мають певні досягнення: протягом останнього року кількість імплантованих дефібриляторів збільшилася більше ніж вдвічі, зросла кількість інтервенційних втручань для лікування аритмій, а це реально врятовані людські життя.

Професор Микола Копиця відзначив, що ризик розвитку РСС вищий у пацієнтів, що перенесли інфаркт міокарда та мають складні порушення ритму. Ризик РСС у цих пацієнтів становить 33 % в рік. Важливими є вчасне надання невідкладної допомоги, і в Україні є хороший досвід навчання навичкам кардіореанімації як лікарів, так і звичайних громадян, зокрема завдяки освітній роботі Асоціації аритмологів та Асоціації кардіологів.



Костянтин Руденко додав, що в центрі лікування гіпертрофічної кардіоміопатії Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова досягнуто значних результатів щодо хірургічного лікування цієї патології, і за кількістю втручань центр посів друге місце в Європі.

Міхал Худзик поділився досвідом як вирішується проблема профілактики РСС у країнах Євроспільноти. Професор зробив акцент на державній підтримці фінансування клінік, впровадженні страхової медицини, навчальних програм для лікарів у рамках Європейського товариства кардіологів. Наприклад, у Польщі імплантується вчет-

веро більше кардіостимуляторів, ніж в Україні, яка має таку ж кількість населення. Здійснюється це за фінансової допомоги держави та широкого впровадження страхової медицини.

Учасниками пресконференції було зроблено такі висновки: щоб досягти зниження кількості РСС у країні, необхідно зробити певні кроки. Одним з них є підтримка кардіологами та кардіохірургами ініціативи президента України щодо розробки та впровадження Національної програми боротьби із серцево-судинними захворюваннями, проект якої створено Національним науковим центром «Інститут кардіології імені М.Д. Стражеска».

Підготувала к. мед. н. Ольга Володимирівна Срібна

XX Національний конгрес кардіологів України

25–27 вересня 2019 року в місті Києві відбувся ювілейний XX Національний конгрес кардіологів України, в якому взяла участь рекордна кількість учасників – понад 3800 лікарів з усіх областей нашої країни. Урочисте відкриття, більшість засідань та Генеральна асамблея пройшли в НСК «Олімпійський».



Засідання з проблем лікування порушень ритму та провідності серця відбулися 26 вересня в конференц-залах готелю «Русь». Це «Антитромботична терапія у хворих із фібриляцією передсердь», «Аритмії та коморбідність», «Інтервенційна аритмологія», «Клінічні випадки», майстер-класи, проблемні доповіді, круглі столи, Спільне засідання аритмологів країн Східної та Центральної Європи «Аритмії та раптова серцева смерть». Цій проблемі та шляхам подолання в державі була присвячена прес-конференція.



Під час Генеральної асамблеї відбулося нагородження наших колег. Медаль «За заслуги в охороні здоров'я імені М.Д. Стражеска» отримали професор В.М. Жебель (Вінниця) та професор М.П. Копиця (Харків), а відзнаку Асоціації кардіологів «За заслуги» – профе-

сор М.І. Швед (Тернопіль), д.м.н. А.О. Бородай (Київ) та О.С. Солуян (Київ). Ми ще раз їх вітаємо!

Вашій увазі пропонуються резолюція конгресу та фотографії цього наукового форуму.





РЕЗОЛЮЦІЯ

XX Національного конгресу кардіологів України (Київ, 25–27 вересня 2019 р.)

XX Національний конгрес кардіологів України був присвячений новітнім досягненням теоретичної і практичної кардіології та індивідуалізованому підходу до лікування пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями та коморбідністю на основі доказової медицини.

Під час відкриття були оголошені вітання від Президента України, Кабінету міністрів України, Верховної ради, Національної академії наук України, Національної академії медичних наук України.

У роботі Конгресу взяли участь близько 3800 українських лікарів та науковців, а також фахівці з Німеччини, Литви, Польщі, Великої Британії, Білорусі. Відбулось 11 пленарних, 17 секційних засідань, 19 круглих столів, 13 науково-практичних симпозіумів. Заслухано 302 доповіді, з яких 12 зроблено молодими вченими, та обговорено 72 стендових повідомлення. Провідними вітчизняними та іноземними вченими прочитано 19 лекцій. Були проведені 2 прямі трансляції (телемости) з Університетом Святого Луки (Канзас-сіті, США) щодо попередження атеротромботичних подій у хворих на хронічну ішемічну хворобу та супутніми захворюваннями, а також сучасних аспектів лікування хворих із гострим коронарним синдромом і цукровим діабетом.

Організовано виставку сучасних лікарських засобів, виробів медичного призначення і фахових спеціалізованих видань.

Під час Конгресу була проведена пресконференція для масмедіа «Раптова серцева смерть як епідемія сторіччя». Для учасників Конгресу (кардіологів, терапевтів, сімейних лікарів) за різними напрямками сучасної кардіології проведено 18 майстер-класів.

У рамках Конгресу проведені спільне засідання Всеукраїнської асоціації кардіологів України, асоціації кардіохірургів України та Асоціації

інтервенційних кардіологів України; спільне засідання Європейського товариства з атеросклерозу, Українського товариства з атеросклерозу та Польської ліпідної асоціації; **спільне засідання аритмологів країн Східної та Центральної Європи.**

Програма Конгресу, висвітлюючи найактуальніші наукові питання і проблеми кардіологічної служби, охоплювала основні досягнення, висновки та результати останніх міжнародних та вітчизняних досліджень. Особливу увагу приділено питанням коморбідності та стрес-асоційованих розладів в умовах збройного конфлікту, які розглянуті з фахівцями суміжних спеціальностей: неврологами, психологами, ендокринологами, нефрологами, акушерами-гінекологами, серцево-судинними хірургами. Для лікарів за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» організовані школи практикуючого лікаря «Кардіологія для сімейних лікарів» і курс лекцій «Базисні основи аритмології». Під час окремої сесії обговорено проблеми стрес-асоційованих психосоматичних розладів в умовах збройного конфлікту. Традиційно розглядалися питання клінічної фармакології і раціональної фармакотерапії та застосування діагностичних біомаркерів при серцево-судинних захворюваннях.

На Генеральній асамблеї заслуханий річний звіт Президента Асоціації кардіологів України академіка НАМН України В.М. Коваленка про роботу асоціації, затверджено нову класифікацію міокардитів, консенсус експертів по біомаркерах в кардіології, обговорено нові заплановані до затвердження документи – стандарти діагностики та лікування серцево-судинних захворювань (тромбоемболії легеневої артерії, суправентрикулярних тахікардій; цукрового діабету, переддіабету та серцево-судинних захворювань; дисліпідемій; хронічних коронарних синдромів).

Серед досягнень вітчизняної кардіології на Конгресі відзначені такі:

- Тривала участь в ініціативі Європейського товариства кардіологів «Атлас кардіології».
- **Продовження участі у міжнародних реєстрах** по серцевій недостатності (G-CHF, HF III Registry), **фібриляції передсердь (GARFIELD-AF)**, з сімейних гіперхолестеринемій (ScreenPro FH та EAS-FHSC), завершення аналізу світового реєстру QUALIFY з серцевої недостатності.
- Продовження роботи «Регіональних реперфузійних мереж», у межах яких проводиться реперфузійна терапія з використанням первинних перкутанних втручань та фібринолітичної терапії.
- Продовження ефективного функціонування «Реєстру перкутанних коронарних втручань», який висвітлює найближчі та віддалені результати стентувань у пацієнтів з STEMI, NSTEMI та стабільною ІХС.
- Продовжується проведення безкоштовного генетичного типування в міжнародних лабораторіях всіх хворих з гомозиготною сімейною гіперхолестеринемією (ГоСГх). На вересень 2019 встановлено і генетично підтверджено діагноз у 19 хворих.
- Продовження роботи центрів з діагностики та лікування сімейних (гомозиготних та гетерозиготних) дисліпідемій у 4 регіонах України (Київ, Харків, Дніпро, Івано-Франківськ).
- Створено Громадську організацію хворих із сімейною Гх під патронатом Українського товариства з атеросклерозу.
- Асоціацією кардіологів, Українським товариством з атеросклерозу, Асоціацією дитячих кардіоревматологів м. Києва і Громадською організацією хворих із сімейною гіперхолестеринемією направлено лист з проханням внести Гомозиготну сімейну гіперхолестеринемію до переліку орфанних захворювань МОЗ України.
- **Продовження роботи освітніх «Ліпідних шкіл», «Шкіл із серцевої недостатності», «Шкіл з аритмології», проведення майстер-класів з порушень серцевого ритму, тромбозів та емболій для кардіологів та сімейних лікарів у регіонах України.**
- Забезпечення співпраці з кардіохірургами, неврологами, ендокринологами, нефрологами, гінекологами, сімейними лікарями та андрологами щодо пацієнтів з високим ризиком серцево-судинних ускладнень.
- Спільно з Асоціацією серцево-судинних хірургів продовжується впровадження алгоритму періопераційної діагностики та післяопераційного ведення хворих з множинним коронарним атеросклерозом та цукровим діабетом 2-го типу, довгострокове вивчення особливостей прогресування коронарного атеросклерозу та перебігу ІХС у хворих з гіпотиреозом після проведення аортокоронарного шунтування.
- **Участь у засіданнях правління Європейського товариства кардіологів (ESC), Міжнародного (IAS) та Європейського (EAS) товариств з атеросклерозу, Європейської Асоціації ритму серця (EHRA), Асоціації з невідкладної кардіології (ACCA), Інтервенційної кардіології, Серцевої недостатності (HFA), робочої групи ESC з кардіоваскулярної фармакотерапії (WG CVP).**
- Створення алгоритмів діагностики та лікування невідкладних серцево-судинних станів та їх видання у вигляді окремих покет-книжок.
- Нове видання розборів клінічних випадків та сценаріїв з невідкладної кардіології на основі сучасних національних і міжнародних рекомендацій.
- **Продовження проведення спеціалізованого циклу «Клінічна аритмологія та електрофізіологія» на базі кафедри кардіології НМАПО.**
- **Виїзди до Луганської та Донецької областей (Маріуполь, Краматорськ, Сєвєродонецьк) для огляду хворих, програмування кардіостимуляторів та проведення конференцій з лікарями.**
- Функціонування інтернет-сайту Української асоціації фахівців з серцевої недостатності для лікарів та пацієнтів з ХСН.
- **Продовження видання фахових журналів: «Український кардіологічний журнал», «Артеріальна гіпертензія», «Аритмологія», «Серцева недостатність. Клінічна практика», «Medicine Review».**

Водночас залишається низка невіршених питань

- Не втрачає гостроти проблема фінансування невідкладної та планової допомоги кардіологічним хворим і заробітної плати медичних працівників.
- Відсутнє державне страхування хворих на серцево-судинні захворювання.
- Відсутній державний статистичний реєстр хворих на гострий коронарний синдром з підйомом та без підйому сегмента ST, порушення ритму серця, легенеvu артеріальну гіпертензію, гостру та хронічну серцеву недостатність, венозний тромбоемболізм.
- Не узгоджені правові стосунки лікаря і пацієнта.
- Недостатня пропаганда здорового способу життя та значення чинників ризику серцево-судинних захворювань на державному рівні у засобах масової інформації.
- Недостатньо проводиться оцінка серцево-судинного ризику та корекція чинників ризику у хворих на артеріальну гіпертензію.
- **Украї недостатня кількість процедур по імплантації кардіовертерів-дефібриляторів та СРТ-пристроїв.**
- Відсутня належна підтримка проведення популяційних досліджень, спрямованих на виявлення медико-соціальних чинників ризику серцево-судинних захворювань серед населення України.
- Недостатня об'єктивізація причин смерті, що призводить до штучного перебільшення цього показника в структурі смертності від хвороб системи кровообігу і спотворення статистичної звітності що суттєво відрізняє Україну.

Під час обговорення виступів та дискусій на Конгресі були визначені такі перспективні напрями наукових досліджень і заходи в практичній кардіології

- Впровадження Державної програми профілактики, лікування та реабілітації серцево-судинних захворювань на 2020–2025 роки.
- Регулярний (кожні 4 роки) перегляд стандартів профілактики, діагностики та лікування

серцево-судинних захворювань згідно з Європейськими рекомендаціями.

- Порушення клопотання перед МОЗ щодо необхідності продовження створення уніфікованих національних рекомендацій і стандартів щодо діагностики і лікування основних серцево-судинних захворювань.
- Постійне формування позитивної мотивації у населення щодо необхідності профілактики артеріальної гіпертензії і корекції основних факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань, розповсюдження санітарно-просвітницьких матеріалів, що пропагують здоровий спосіб життя з використанням можливостей радіо, телебачення, преси. Створення методичного забезпечення для організації профілактики серцево-судинних захворювань на державному рівні.
- Забезпечення співпраці із сімейними лікарями, неврологами, ендокринологами та нефрологами щодо пацієнтів з високим ризиком кардіоваскулярних ускладнень для підвищення ефективності лікування артеріальної гіпертензії та профілактики її ускладнень.
- З метою зниження захворюваності, смертності, збільшення середньої тривалості життя в умовах наслідків бойових дій продовження співпраці з провідними фахівцями військової медицини.
- **Продовження проведення освітніх шкіл і майстер-класів з аритмології, венозному тромбоемболізму, серцевої недостатності, ліпідних шкіл в різних регіонах України з акцентом на навчанні лікарів первинної ланки.**
- **Подальше впровадження інвазивних та апаратних методів діагностики та лікування порушень ритму і провідності серця, хронічної серцевої недостатності (радіочастотна абляція, багатокамерна кардіостимуляція та імплантація кардіовертерів-дефібриляторів).** Продовження роботи з виявлення пацієнтів, які потребують імплантації кардіостимуляторів, кардіовертерів-дефібриляторів, пристроїв для ресинхронізувальної терапії з метою повного забезпечення вторинної профілактики раптової серцевої смерті.

- Створення спільних з Асоціацією анестезіологів та серцево-судинних хірургів України стандартів діагностики та надання допомоги при невідкладних серцево-судинних станах
- Створення разом з Асоціаціями неврологів, анестезіологів України національних рекомендацій з лікування гіпертензивних станів
- Розширення обсягу генетичного типування хворих із СГх.
- Формування бази даних, що надходить до міжнародного ScreenPro FH та європейського EAS-FHSC реєстрів із СГх, та розширення залучення регіональних центрів до формування Національного реєстру хворих із СГх.
- Внесення до переліку орфанних захворювань МОЗ України сімейної гіперхолестеринемії, що дозволить пацієнтам отримувати державне фінансування для проведення лікування дороговартісними лікарськими засобами.
- Продовження і розширення «Реєстру інтервенційних коронарних втручань» з метою ефективного аналізу результатів роботи в клініках України.
- **Продовження участі Всеукраїнської асоціації кардіологів України в ініціативі Європейського товариства кардіологів «Атлас кардіології».**
- **Продовження участі в Європейській ініціативі «Дефібрилятор для життя».**
- Видання спільно з Асоціацією серцево-судинних хірургів посібників та настанов, які забезпечують етапність та спадкоємність кардіологічної та кардіохірургічної допомоги хворим.
- Продовження імплементації наукових і практичних розробок щодо вдосконалення диференційної діагностики міокардиту та інших некоронарних захворювань, зокрема кардіоміопатій, рідкісних та орфанних захворювань серця та запровадження нових технологій фармакотерапевтичної інтервенції.
- Підтримка ініціативи щодо створення експертних центрів з діагностики та лікування легеневої гіпертензії, в тому числі хірургічних центрів для лікування хронічної тромбоемболічної легеневої гіпертензії.
- Сприяти створенню єдиного реєстру пацієнтів з легеневою гіпертензією, які потребують специфічної її терапії.
- Забезпечення кваліфікованої системи відбору пацієнтів для трансплантації легень та підтримання створення рекомендацій щодо ведення пацієнтів після трансплантації.

Конгрес Європейського товариства кардіологів (ESC) 2019 року

З 31 серпня по 4 вересня 2019 року в Парижі відбувся черговий Конгрес Європейського товариства кардіологів – найбільший захід медичної спільноти у світі. На ньому були прийняті нові настанови (Guidelines) «Суправентрикулярні тахікардії», «Хронічний коронарний синдром», «Дисліпідемії», «Діабет, пре-діабет та серцево-судинні захворювання», «Гостра легенева емболія».



На конгресі працював стенд Асоціації кардіологів України, який висвітлював її діяльність, у тому числі і в напрямку з діагностики і лікування порушень ритму серця, разом з Асоціацією аритмологів України. На фотографіях зображена частина делегації України на цьому конгресі.



Міжнародна співпраця Асоціації аритмологів України

Протягом 2019 р. представники Асоціації аритмологів України брали активну участь у низці міжнародних заходів.



Представник Асоціації аритмологів України д.мед.н. Бородай А.О. на саміті EHRA 2019 в м. Кракові

Euro Prevent 2019
European Congress on
Prevention Cardiology
11-13 April 2019
Lissabon
д.мед. н. Кваша О.О.,
к.мед. н. Срібна О.В.

Influence of electronic nicotine delivery systems (ENDS) on the risk of development of cardiovascular diseases: evaluation of tolerance to physical activity
Olga Sribna¹, Olena Kvasha¹, Dmytro Rafael²

1. NSC "M.D. Strazhesko Institute of Cardiology" MAS of Ukraine, Kyiv, Ukraine
2. New Technologies for Health (NGO), Kyiv, Ukraine



9th European Epidemiology and Public Health Congress Helsinki, Finland June 13-14, 2019

Dynamics in cardiovascular diseases risk factors prevalence among females of working age, based of resuts of 35 years monitoring

Olga Sribna¹, Olena Kvasha¹, Dmytro Rafael²

1. NSC "M.D. Strazhesko Institute of Cardiology " MAS of Ukraine, Kyiv, Ukraine
2. New Technologies for Health (NGO), Kyiv, Ukraine

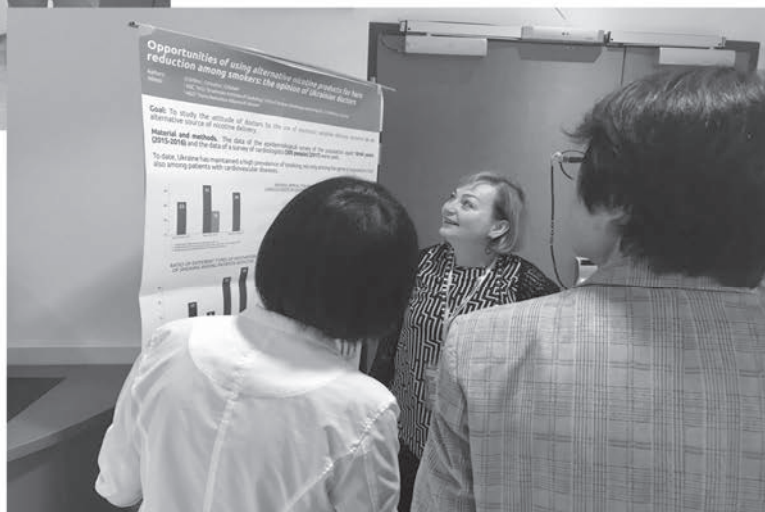


THE POSSIBILITY OF USING ALTERNATIVE ELECTRONIC DELIVERY SYSTEMS FOR NICOTIN ADDICTION: THE OPINION OF DOCTORS

Olga Sribna¹, Olena Kvasha¹, Dmytro Rafael²

1. NSC "M.D. Strazhesko Institute of Cardiology " MAS of Ukraine, Kyiv, Ukraine
2. New Technologies for Health (NGO), Kyiv, Ukraine

10th Edition of International Conference Preventive Medicine and Public Health Vienna, Austria Jule 11-12, 2019



Бузинний К.,
провідний науковий
співробітник д.мед.н.
Іркін О.І.,
старший науковий
співробітник к.мед.н.
Романова О.М.,
(ДУ "ННЦ "Інститут
кардіології ім. акад.
М.Д. Стражеска" НАМН
Біскуп І.П. (Луцьк)
на конгресі
Європейської
асоціації ритму
серця (EHRA)



Trombosis management: evolving patient protection (Barcelona 2019)

провідний науковий співробітник
д.мед.н. Іркін О.І.,
старший науковий співробітник
к.мед.н. Гетьман Т.В.,
старший науковий співробітник
к.мед.н. Фролов О.І.,
науковий співробітник к.мед.н.
Срібна О.В.
(ДУ "ННЦ "Інститут кардіології ім.
акад. М.Д. Стражеска" НАМН)



Майстер-класи з аритмології 2019 року

Протягом минулого року Асоціація аритмологів України провела майстер-класи в більшості областей нашої країни. Також відбулися засідання Української кардіологічної школи імені М.Д. Стражеска, зокрема засідання щодо проблем діагностики та лікування порушень ритму та провідності серця. Від імені організаційного комітету та себе особисто хочеться подякувати всім співорганізаторам у містах їх проведення, всім учасникам та пригадати наші зустрічі.

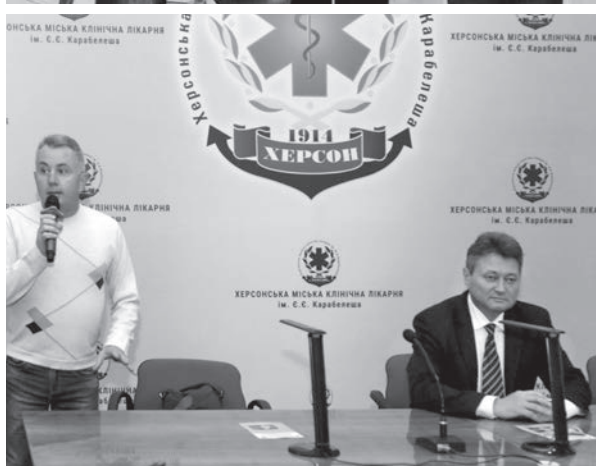














К юбилею Юрия Ивановича Карпенко



Украинская инвазивная аритмология началась в Одессе начале прошлого века. Профессор Юрий Иванович Карпенко успешно продолжает начатое в на стыке нынешних веков и безусловно будет продолжать в будущем. Это удивительный человек с харизмой победителя и термин борьба с аритмиями абсолютно ему соответствует – ведь он был чемпионом страны в этом виде спорта! Он всегда готов быть первым используя новую технологию, устройство, стратегию, автором многих из которых является он сам. Сегодня Юрий Иванович – общепризнанный европейский эксперт, тесно сотрудничающий с коллегами в Украине и за рубежом. Оклюзия ушка

левого предсердия, эндокардиальная стимуляция левого желудочка, стимуляция пучка Гиса и его ножек – это неполный список того, что профессор Карпенко успешно впервые выполнил в Украине, интуитивно адаптируя эти операции к нашим реалиям. Его уникальные пациенты и благодарные ученики всегда чувствуют профессионализм, позитивный настрой и уверенность в завтрашнем дне!

Искренне поздравляем Юрия Ивановича и желаем крепкого здоровья, творческого вдохновения и успехов в жизни! От имени Ассоциации аритмологов Украины – научный совет и редакционная коллегия журнала «Аритмология».

Умови публікації статей у журналі «Аритмологія»

Усі матеріали повинні бути оформлені відповідно до таких вимог:

У вихідних даних статті потрібно вказувати: 1) назву статті; 2) ініціали та прізвище автора(-ів); 3) установу, з якої вийшла робота (якщо авторів кілька і вони працюють у різних закладах, необхідно значками 1,2 персоніфікувати їх); 4) місто; 5) ключові слова. Обов'язково вказати електронну адресу, номер телефону одного з авторів, відповідального за листування, а також додаткові номери телефонів, що забезпечать оперативний зв'язок редакції з авторами.

Рукопис статті надсилається в електронному вигляді українською, російською або англійською мовами. Розмір оригінальних статей повинен становити 6–8 сторінок, для оглядових статей, лекцій – 10–12 сторінок (без урахування таблиць, рисунків, резюме та списку літератури). Статті мають бути набрані у програмі Microsoft Word гарнітурою Times New Roman, 14 пунктів, без табуляторів і переносів, міжрядний інтервал – 1,5, поля з усіх боків – 2 см. До діаграм, зроблених у програмах Microsoft Excel або Microsoft Graph, слід додавати таблиці даних. До статті потрібно додавати резюме мовою, якою написана стаття, та англійською (назва, автори, ключові слова, стисла інформація обсягом до 1 сторінки (не більше 175 слів) про мету, матеріал і методи дослідження, основні результати та висновки). В резюме не повинні використовуватися аббревіатури та посилання.

Оригінальні статті повинні мати такі розділи: а) вступ; б) матеріал і методи дослідження; в) результати та їх обговорення; г) висновки. Виклад статті має бути чітким, зрозумілим, стислим.

Усі рисунки та фотографії мають бути чіткими і контрастними та додаватися в електронному вигляді у форматі TIFF або JPEG. До них потрібно додавати вихідні дані, що використовувалися для побудови, та електронний варіант. У підписах до рисунків та фотографій необхідно вказувати нумерацію, пояснювати всі криві, букви, цифри, скорочення умовних позначень.

Таблиці повинні бути компактними, мати назву, відповідну нумерацію. Заголовки окремих граф повинні відповідати їх змісту. На всі рисунки і таблиці в тексті необхідно робити посилання. Розташування таблиці або рисунка в статті необхідно позначати квадратиком на полі зліва, вказавши номер. При публікації даних клінічних досліджень необхідно вказувати, що на проведення дослідження отримано дозвіл етичної комісії згідно з нормативно-правовими положеннями.

Список літератури до статті додається згідно з вимогами «Бібліографічного опису документу» (ГОСТ 7.1–84). Скорочення слів та словосполучень наводять за стандартами «Скорочення слів і словосполучень на іноземних європейських мовах в бібліографічному описі друкованих творів» (ГОСТ 7.11–78 та 7.12–77), а також за ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові в бібліографічному описі». Список літератури складають в алфавітному порядку: спочатку праці українською та російською мовами (кирилицею), а потім іншими іноземними мовами (латиницею). Посилання на статті із журналу оформлюються так: ініціали та прізвища авторів, повна назва статті, стандартно скорочена назва журналу або збірника, рік видання, том, номер сторінки (перша і остання). Посилання на монографію: ініціали та прізвища авторів, назва книги, місце видання, рік видання, кількість сторінок. Посилання на першоджерела, опубліковані іноземними мовами, оформляються аналогічно. На всі літературні джерела потрібно робити цифрові посилання в тексті в квадратних дужках.

Бібліографія повинна містити не менше 50 % посилань за останні 5 років, лише за необхідності допускаються посилання на більш ранні публікації. В оригінальних статтях цитується не більше 20, а в передових статтях та оглядах літератури – не більше 40 джерел. До списку літератури не включаються неопубліковані роботи.

Усі статті, що надійшли в редакцію, рецензуються та редагуються відповідно до умов публікації в журналі. Редакція залишає за собою право змінювати стиль оформлення статті. За необхідності стаття може бути повернута авторам для доопрацювання та відповіді на запитання.

Коректура авторам не висилається, вся додрукарська підготовка проводиться редакцією за авторським оригіналом. Відхилені рукописи авторам не повертаються.

Не приймаються до друку вже опубліковані статті чи надіслані в інші видання.

Передрук статей можливий лише з письмової згоди редакції та з посиланням на журнал.

Статті надсилати на адресу:

03680, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 5

Відділ аритмій серця

Гетьман Таїсії Вячеславівні

E-mail: arrhythmology.ukr@gmail.com