

2024 році. 8 пацієнтів мали первинне втручання та 2 пацієнти мали друге процедуру з метою лікування ФП. РЧА проводили під рентгеноскопичним контролем. Електрофізіологічне дослідження та РЧА проводили з використанням “WorkMate Claris”. Електроанатомічне та активаційне “high-density” картування (ЕАК) проводили на системі “Ensite Precision” за допомоги багатополосних діагностичних катетерів типу “Lasso” та “HD-grid”. Протокол HPSD виконували за допомогою 4 мм керованого електроду з активним охолодженням “FlexAbility” за протоколом “High-power short duration”, аплікації потужністю 70 Вт, швидкістю охолодження 20 мл/хв, ramp-up 2с та тривалістю 7 с.

**Результати.** У 4 пацієнтів, що мали тригерну активність з ВПВ, було досягнуто електрофізіологічної ізоляції ВПВ. Синусовий ритм було відновлено під час радіочастотної ізоляції ВПВ. Критерієм успішності радіочастотної абляції вважали наявність двостороннього блоку проведення, що зберігався протягом контрольного часу (30 хв). Тригерна активність зберігалася ізольовано у ВПВ. У 6 пацієнтів після проведення ЛІВ ФП трансформувалася у атипове тріпотіння передсердь. Після ЕАК було діагностовано парамітральне макро ре-ентрі. У всіх пацієнтів було створено двонаправлений блок проведення у зоні мітрального істмусу, під час чого було відновлено синусовий ритм. Ускладнень протягом втручань та у контрольному періоді виявлено не було. Протягом сліпого періоду спостереження у 3 місяці зберігається стійкий синусовий ритм. Пацієнти відмічають значне суб’єктивне покращення у самопочутті без пароксизмів аритмії.

**Висновки.** Протокол HPSD є новим потужним інструментом у арсеналі інвазивних електрофізіологів, завдяки якому є можливість ефективно та безпечно збільшувати за потреби об’єм втручання.

### **Визначення серцево-судинного ризику у хворих на ревматоїдний артрит за шкалою MSCORE**

С.Л. Подсевахіна, О.С. Чабанна, Д.П. Мирний

Запорізький державний медико-фармацевтичний  
університет

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти,  
Запоріжжя

**Мета** – вивчити поширеність основних факторів ризику (ФР) серцево-судинних захворювань (ССЗ) і визначити сумарний серцево-судинний ризик (ССР) у хворих на РА із застосуванням модифікованої шкали SCORE.

**Матеріали та методи.** У ретроспективне дослідження було включено 347 хворих на РА, які про-

ходили лікування в ревматологічному відділенні протягом 5 років. З них жінки становили 251 (72,5 %) та чоловіки 96 (27,5 %) пацієнтів. 156 хворих були у віці 32-49 років та 191 у віці 50-65 років. Діагноз РА був встановлений за допомогою критеріїв ACR/EULAR (2010). Усім пацієнтам проведено оцінку традиційних ФР ССЗ. Оцінювали частоту виникнення ФР ССЗ: спадковість, паління, гіперхолестеринемію (ГХС), абдомінальне ожиріння, гіподинамію, а також розвиток артеріальної гіпертензії (АГ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) у хворих на РА. Відповідно до рекомендацій Європейської антиревматичної ліги (EULAR) для прогнозування ССР для пацієнтів із РА використовували модифіковану індекс SCORE (mSCORE), який розраховували за допомогою множення результатів SCORE на коефіцієнт 1,5 з градацією на низький, середній, високий та дуже високий.

**Результати.** Ретроспективний аналіз основних факторів ризику серцево-судинних захворювань виявив, що спадковість була обтяжена у 106 (30,7 %) хворих, куріння відзначалося у 40 хворих (12,8 %). ГХС була виявлена у 90 (26,3 %) хворих і при цьому достовірно частіше зустрічалася у чоловіків – у 36 % випадках проти 25 % у жінок. Ожиріння було зареєстровано у 123 (35,7 %) хворих. Ожиріння зустрічалася у 3 рази частіше у пацієнтів віком 50-65 років та у 2 рази частіше у чоловіків. АГ виявлена у 233 хворих, що склало 67,4 %, при цьому в осіб віком 50-65 років АГ зустрічалася в 4 рази частіше, ніж у осіб віком 32-49 років. ІХС виявлена у 50 (14,5 %) хворих: у віці 32-49 років – у 5 (3,2 %) і у віці 50-65 років у 45 (23,5 %) пацієнтів. У групах обстежених пацієнтів з ССР понад 5 % констатовані явища дисліпідемії, що характеризувалися вищими рівнями загального холестерину, ЛПНЩ, тригліцеридів та нижчими концентраціями ЛПВЩ. Результати дослідження сумарного серцево-судинного ризику за шкалою mSCORE у хворих на РА показали, що низький серцево-судинний ризик становив 35,5 %, середній – 46,3 %, високий – 10,4 % та дуже високий – 7,8 %. При аналізі даних показників, залежно від віку, низький серцево-судинний ризик виявлено в віці 32-49 років у 78,25 %, тоді як у хворих віком 50-65 років – у 6,1 %, середній ризик у 15,5 % в віці 32-49 років та 72,5 % – у віці 50-65 років. Високий ризик <10 % зустрічався у 5 разів частіше у групі пацієнтів віком 50-65 років і дуже високий ризик >10% зустрічався лише у хворих віком 50-65 років.

**Висновки.** Встановлено що поширеність серцево-судинного ризику середньої, високої та дуже високої градації серед пацієнтів з ревматоїдним артритом у віці 50-65 років становить 94,5 %. У хворих на РА визначення сумарного серцево-судинного ризику за шкалою mSCORE має важливе значення

для оцінки прогнозу та розробки заходів щодо профілактики ССЗ.

## Вплив депресії на якість життя та соціальну значущість хвороби у пацієнтів із порушеннями ритму серця

О.Ю. Поліщук

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Дослідження останніх десятиліть доводять, що депресія є незалежним чинником ризику розвитку серцево-судинних захворювань. Існує і зворотний зв'язок: депресія часто виникає як психологічна реакція на виникнення захворювання серця, яке часто суб'єктивно сприймається пацієнтом як загроза самому життю, незалежно від об'єктивних прогностичних ознак. У випадку порушень ритму серця наявність відчуття перебоїв в роботі серця, тривожне очікування нападу зриву ритму, запаморочення створюють психологічне тло, що обтяжує клінічний перебіг аритмії, ускладнює проведення реабілітації та вторинної профілактики, погіршує якість життя пацієнтів і негативно впливає на всі складові функціонування людини.

**Мета** – визначення впливу депресії на якість життя та соціальну значущість хвороби у пацієнтів із порушеннями ритму серця.

**Матеріали та методи.** Обстежено 352 хворих, які перебували на лікуванні у Чернівецькому обласному клінічному кардіологічному центрі. Усі пацієнти мали порушення ритму серця – пароксизмальну тахікардію, пароксизмальну або персистуючу фібриляцію передсердь, часту екстрасистолію або порушення провідності у вигляді синоатріальної або атріовентрикулярної блокади або синдрому слабкості синусового вузла. Серед пацієнтів, які взяли участь в дослідженні, було 147 жінок (41,76 %) та 205 чоловіків (58,23 %).

**Результати.** Усім пацієнтам проведено психодіагностичне дослідження з використанням опитувальників: PHQ-9, якості життя, пов'язаного зі здоров'ям SF-36, соціальної значимості хвороби А. Сердюка. Усіх хворих за результатами опитувальника PHQ-9 було розділено на 4 групи – I – відсутність депресії, II – легка депресія, III – помірна депресія, IV – виражена депресія (середнього та важкого ступеня). Відмінність між середніми значеннями груп перевіряли за допомогою дисперсійного аналізу Фішера.

Аналіз отриманих результатів свідчить, що в осіб з порушеннями ритму серця збільшення вираженості ступеня депресивного синдрому призводить до достовірного зниження усіх складових якості життя за винятком показників фізичного

функціонування (PF) та фізичного компоненту здоров'я (F). Особливо значущі відмінності спостерігались у показниках рольового емоційного функціонування (RE): I група – 70,06±3,70, II – 42,58±3,90, III – 33,22±5,47, IV – 28,64±10,99,  $p<0,001$ , життєвої активності (VT): I група – 62,91±2,02, II – 53,11±1,54, III – 40,03±2,20, IV – 34,36±4,38,  $p<0,001$ , психічного здоров'я (MH): I група – 68,93±1,43, II – 60,04±2,10, III – 51,06±2,07, IV – 36±4,75,  $p<0,001$ , а також інтегрального показника психологічного компоненту здоров'я (Psy): I група – 49,02±1,11, II – 43,81±1,02, III – 37,33±1,49, IV – 33,04±2,76,  $p<0,001$ .

Аналогічна тенденція до підвищення соціальної значущості хвороби при збільшенні ступеня важкості депресивного синдрому спостерігалась при аналізі опитувальника А. Сердюка. Достовірних відмінностей не встановлено лише для трьох показників: обмеження вільного часу ( $p=0,139$ ), погіршення ставлення до хворого на роботі ( $p=0,265$ ) та погіршення ставлення до хворого в сім'ї ( $p=0,720$ ). Натомість пацієнти з депресією відзначали обмеження відчуття сили і енергії ( $p<0,001$ ), обмеження задоволеності ( $p=0,003$ ), обмеження кар'єри ( $p<0,001$ ), зниження фізичної привабливості ( $p<0,001$ ), формування почуття ущербності ( $p<0,001$ ), обмеження спілкування ( $p=0,022$ ) та навіть матеріальний збиток ( $p<0,001$ ).

**Висновки.** Таким чином, наявність депресії у пацієнтів із порушеннями серцевого ритму призводить до зниження показників якості життя, насамперед рольового емоційного функціонування, життєвої активності, психічного здоров'я та психологічного компоненту здоров'я, а також супроводжується збільшенням соціальної значущості хвороби.

## Ішемічна кардіоміопатія і електричний шторм (випадок із практики)

В.А. Потабашній<sup>1</sup>, А.Ю. Соломкіна<sup>2</sup>,  
В.І. Фесенко<sup>1</sup>, О.В. Князева<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Дніпровський державний медичний університет,  
Кривий Ріг

<sup>2</sup> КП «Криворізька міська клінічна лікарня №2» КМР

Електричний шторм (ЕШ) визначається як три або більше епізодів стійкої шлуночкової аритмії (ША), що виникають протягом 24 годин, з інтервалами щонайменше 5 хвилин (EHRA, 2024) на тлі структурної хвороби або первинного електричного захворювання серця. ЕШ є основним несприятливим прогностичним маркером у пацієнтів зі структурними хворобами серця, особливо ІХС, що призводить до 2-5-кратного збільшення смертності, трансплантації серця та госпіталізації з приводу