ШЛУНОЧКОВА ЕКСТРАСИСТОЛІЯ: СТРАТИФІКАЦІЙНИЙ ПІДХІД НА ОСНОВІ КЛАСИФІКАЦІЙ

Ащеулова Т.В., Амбросова Т.М., Бобейко А.Є.

***Харківський національний медичний університет***

До найпоширеніших порушень ритму серця відносять шлуночкові екстрасистолії (ШЕ), які можуть бути обумовленими як функціональними, так і структурними змінами міокарду. На етапі діагностики ШЕ в амбулаторній практиці дуже важливим є визначення саме структурно-функціональних змін серця, оскільки це пов’язано з високим ризиком виникнення небезпечних аритмій. Поняття прогностично несприятливих аритмії або «аритмій високих градацій» пов’язано з високим ризиком виникнення фібриляції передсердь та пароксизмальної тахікардії. Також слід оперувати такими поняттями як небезпечні аритмії у контексті вибору тактики лікування, з застосування комбінації різних класів антиаритмічних препаратів. При діагностиці ШЕ застосовується концепція стратифікації ризику, тобто розподіл пацієнтів з загрозливими та небезпечними ШЕ, які потребують різних варіантів терапевтичної корекції цих станів.

Розрізняють 5 класів ШЕ за класифікацію B.Lown і M.Wolf (1971): 1) мономорфна, 30 за годину; 3) поліморфна; 4) парна (4а) і пробіжки шлуночкової тахікардії (4b); 5) рання („R на T”). ШЕ «високих градацій» (3-5 класи за B.Lown і M.Wolf) розглядаються як загрозливі або прогностично несприятливі та потребують більш активної лікувальної тактики.

Класиифікація B.Lown і M.Wolf (1971) не повністю відображає детальні характеристики аритмій. З урахуванням визначення кількості ШЕ та форми ШЕ була запровопановано класифікація ступені тяжкості шлуночкових порушень ритму за R. Myerburg (1984). Згідно якої виділяють 5 ступенів тяжкості ШЕ: 1 –рідкі менше 1/год, поодинокі, мономорфні; 2 – нечасті 2-9/год, поодинокі поліморфні, 3 – проміжні 10-29/год, парні або у вигляді пробіжок (2-5комплексів), 4- часті 30-59/год, нестійка шлуночкова тахікардія (ШТ) (6 комплексів та більше або/тахікардія до 29 сек, 5 – дуже часті, більше 60/год, стійка ШТ більше 30 сек. Частота та морфологічний тип ШЕ визначають тактики ведення хворих, застосування комбінація антиаритмічних препаратів і/або електрофізіологічних катетерних методів лікування.

У подальшому додатково J. T. Bіgger (1993) була запропонована прогностична класифікація ШЕ за варіантом доброякісності/злоякісності ШЕ.

Безпечні (доброякісні) ШЕ – це рідкі, часті, політопні, парні ШЕ та рідкі епізоди ШТ на фоні відсутності серцево-судинного захворювання і відсутності порушень гемодинаміки. Прогностично сприятливі та не потребують антиаритмічної терапії.

Потенційно небезпечні (потенційно злоякісні) шлуночкові аритмії — часті, політопні, парні ШЕ, короткі епізоди ШТ у хворих із структурними ураженнями серця на фоні ішемічної хвороби серця, кардіоміопатій, вад серця, серцевої недостатності, які під час ШТ не призводять до змін гемодинаміки.

Небезпечні для життя (злоякісні) ШЕ формують епізоди ШТ, що призводять до порушення гемодинаміки або фібриляції шлуночків (ФШ), у хворих з істотними структурно-функціональними змінами серця на фоні ішемічної хвороби серця, кардіоміопатій, вад серця, серцевої недостатності, зі значними змінами скоротливої функцій міокарда. Несприятливим фактором, який впливає на формування небезпечних для життя ШТ є зниження фракцій викиду менше 45%.

Для обрання оптимальної стратегії лікування хворих з ШЕ слід використовувати сукупні класифікаційні критерії ШЕ, що дозволить оптимізувати стратифікаційний підхід.