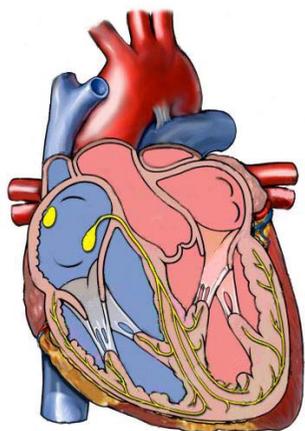


Ф.И.Белялов

Желудочковые аритмии



EHRA/HRS/APHRS Expert Consensus on Ventricular Arrhythmias

Christian Torp Pedersen (EHRA Chairperson, Denmark), G. Neal Kay (HRS Chairperson, USA), Jonathan Kalman (APHRS Chairperson, Australia), Martin Borggrefe (Germany), Paolo Della-Bella (Italy), Timm Dickfeld (USA), Paul Dorian (Canada), Heikki Huikuri (Finland), Youg-Hoon Kim (Korea), Bradley Knight (USA), Francis Marchlinski (USA), David Ross (Australia), Frédéric Sacher (France), John Sapp (Canada), Kalyanam Shivkumar (USA), Kyoko Soejima (Japan), Hiroshi Tada (Japan), Mark E. Alexander (USA), John K. Triedman (USA), Takumi Yamada (USA), and Paulus Kirchhof (Germany)

Иркутск, 11.12.2014

Неустойчивая ЖА

Класс I (рекомендовано)

- ❑ Риск сердечных событий часто определяется заболеванием сердца нежеле аритмией (I, A).
- ❑ Пациентам с асимптомными ЖЭС без заболевания сердца или врожденных аритмических синдромов лечение не показано или требуется разьянение (I, C)
- ❑ Соталол применять осторожно при дисфункции почек, избегать при удлинении интервала QT исходно или увеличении >500 мс на лечении (I, B)

Неустойчивая ЖА

Класс IIa (целесообразно)

- Нечастые желудочковые ЭС, пары и триплеты без признаков заболевания сердца или врожденных аритмических синдромов должны рассматриваться как вариант нормы у асимптомных пациентов (IIa, C)
- Инвазивное ЭФИ целесообразно у пациентов с выраженным заболеванием сердца и неустойчивой желудочковой аритмией, особенно при необъяснимых симптомах (синкопе, пресинкопе, стойкое сердцебиение) (IIa, C)
- Катетерная абляция может быть полезна для улучшения симптомов дисфункции ЛЖ у пациентов, страдающих от частой неустойчивой ЖА (например, ЖЭС >10000 за 24 ч) (IIa, B)

Неустойчивая ЖА

Класс IIb (возможно)

- ❑ Симптомным пациентам с неустойчивой ЖА можно попробовать бета-блокаторы или в качестве альтернативы недигидропиридиновые антагонисты кальция (IIb, C)
- ❑ При симптомной неустойчивой ЖА на адекватных дозах бета-блокаторов или недигидропиридиновых антагонистах кальция можно рассмотреть лечение антиаритмиками (амиодарон, флекаинид, пропафенон, мексилетин, соталол) для уменьшения симптомов, ассоциированных с аритмией (IIb,C)
- ❑ Амиодарон обладает меньшим проаритмическим эффектом, чем другие ААП у пациентов с СН и может быть предпочтительным по сравнению с другими ААП до имплантации ИКД (IIb,C)

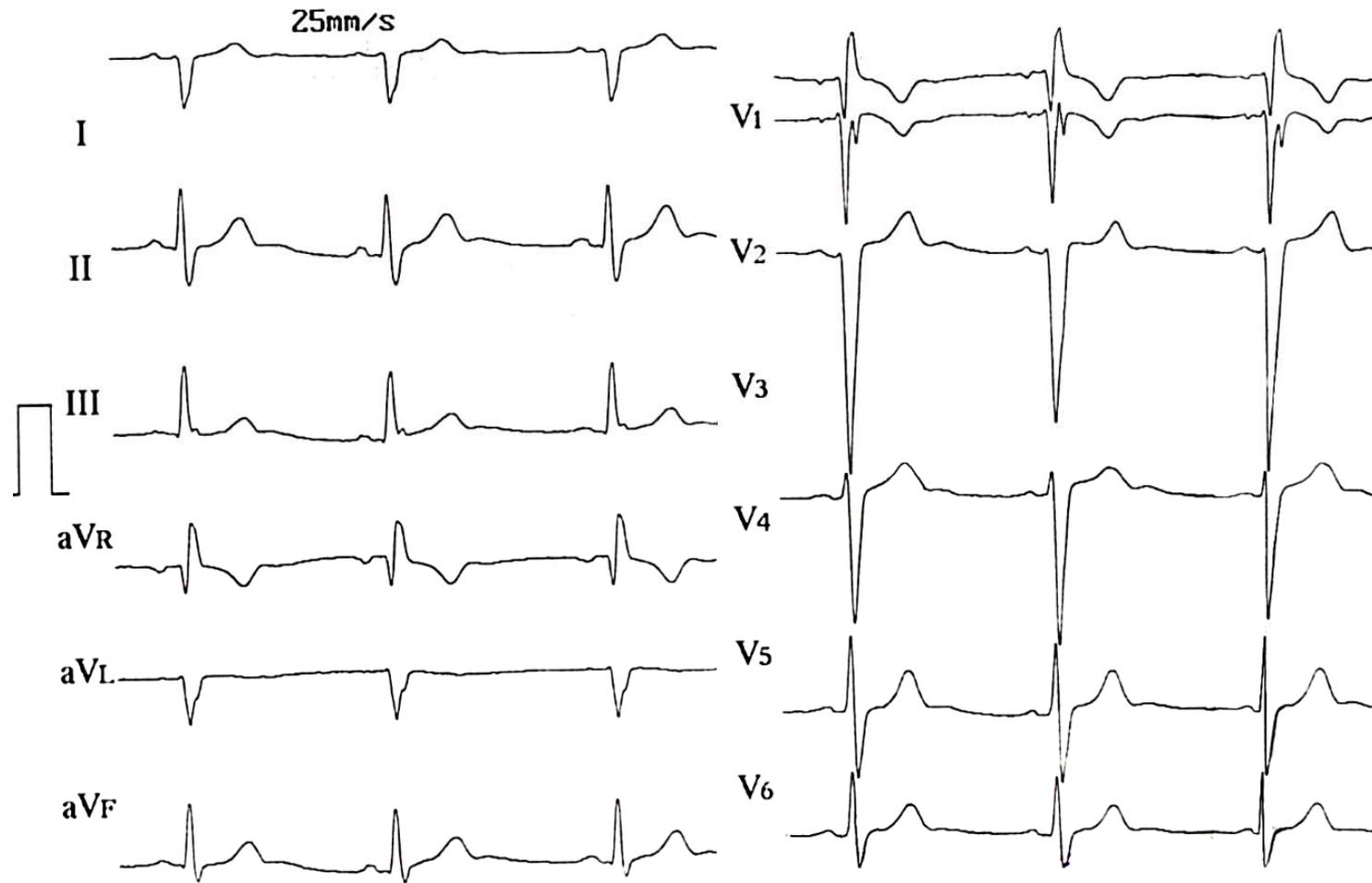
Неустойчивая ЖА

Класс III (не показано)

- ❑ Флекаинид и пропafenон не рекомендуются для подавления ЖЭС у пациентов с дисфункцией ЛЖ (если не вызвана самой ЖЭС), ишемией миокарда или ПИКС (III, A)

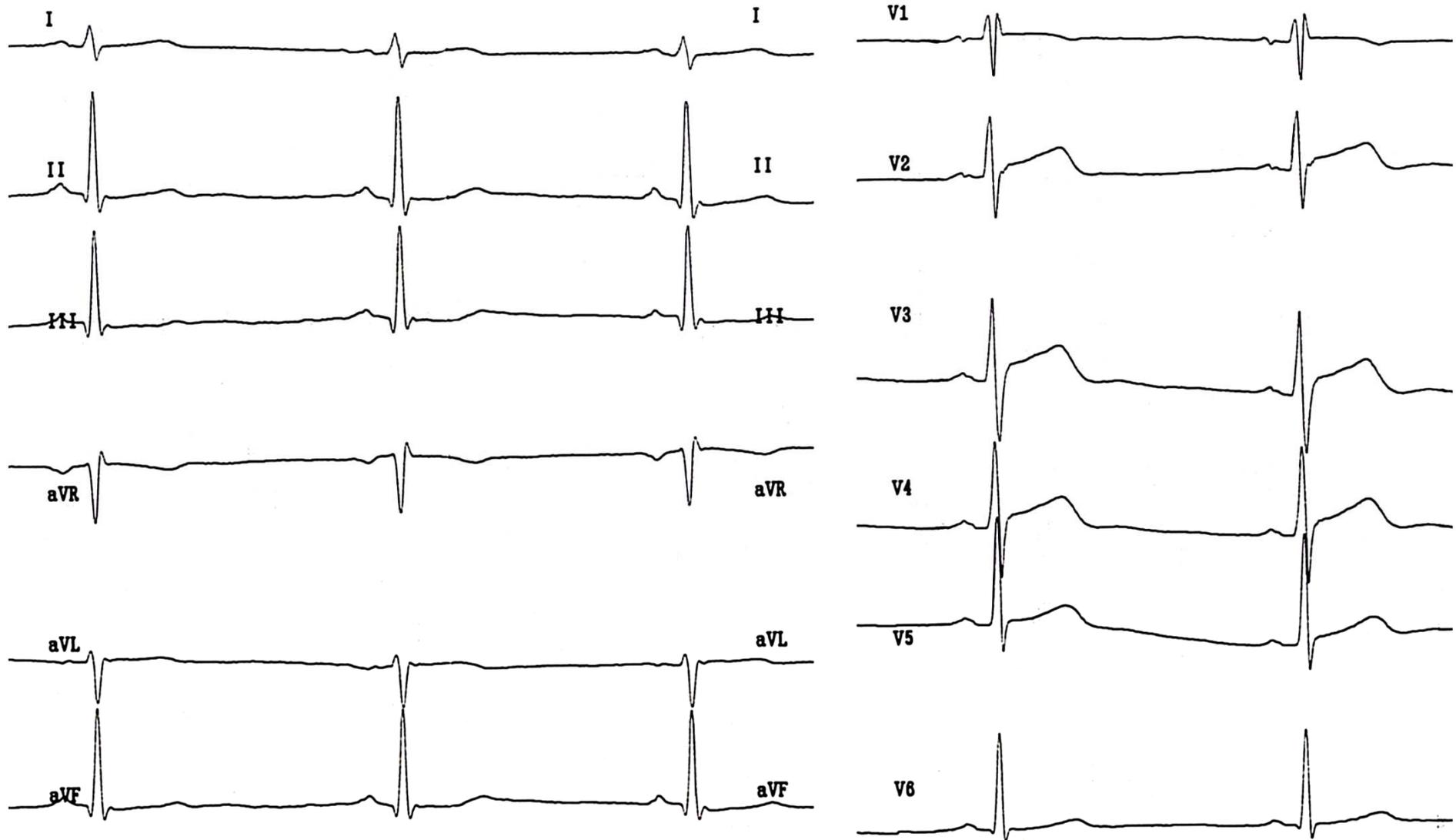
Синдром Бругада

Пациент Я., 16 лет



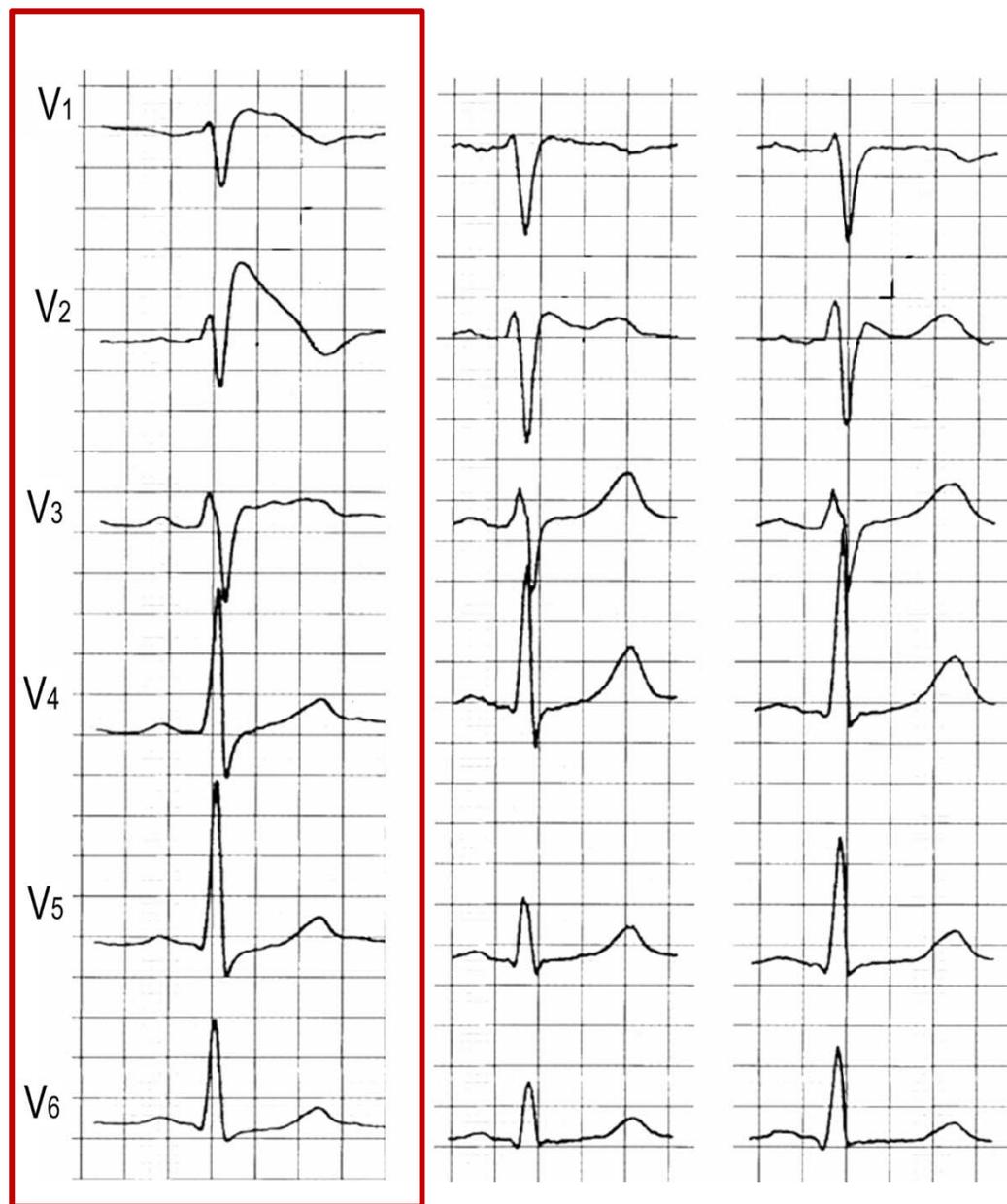
Ds направительный: синдром Бругада

Пациент Ж., 28 лет



Ds направительный: синдром Бругада

Типы ЭКГ при синдроме Бругада



Рекомендации HRS/ЕHRA/APHRS, 2013

- Подъем ST I типа ≥ 2 мм в одном и более отведениях V_{1-2} , расположенных во 2, 3 или 4 межреберьях, который появился спонтанно или после провокационного теста с антиаритмиками 1 класса.
- Подъем ST II или III типа в одном и более правых отведениях V_{1-2} , расположенных во 2, 3 или 4 межреберьях, если провокационный тест с антиаритмиками 1 класса индуцировал появление **подъема ST I типа**.

Диагностика синдрома Бругада

- 12-канальное суточное мониторирование ЭКС может выявить I тип ЭКГ и, таким образом, избежать фармакологического теста (Cerrato N. et al., 2014).
- У ближайших бессимптомных родственников с синдромом Бругада в возрасте ≥ 16 лет повторные ежегодные тесты с аймалином позволили в 23% случаев, в среднем через 5 лет, выявить ЭКГ фенотип синдрома Бругада (Conte G. et al., 2014).

Гипертрофическая кардиомиопатия

**2014 ESC Guidelines on diagnosis and
management of hypertrophic cardiomyopathy**

**The Task Force for the Diagnosis and Management of Hypertrophic
Cardiomyopathy of the European Society of Cardiology (ESC)**

Факторы риска внезапной смерти

- Остановка сердца.
- Спонтанная устойчивая желудочковая тахикардия.
- Семейный анамнез внезапной смерти.
- Необъяснимые обмороки.
- Толщина межжелудочковой перегородки >30 мм.
- Гипотензия при физической нагрузке.
- Неустойчивая ЖТ– особенно у молодых.
- Молодой возраст.
- Диаметр левого предсердий.

Шкала HCMRisk-SCD

Вероятность ВСС за 5 лет = $1 - 0.998^{\text{exp(Прогностический индекс)}}$

Прогностический индекс =

[0.15939858 * мах толщина стенки (мм)]

- [0.00294271 * мах толщина стенки² (мм²)]

+ [0.0259082 * диаметр ЛП (мм)]

+ [0.00446131 * мах градиент ВОЛЖ (покой/Вальсальва) (мм рт. ст.)]

+ [0.4583082 * семейный анамнез ВСС]

+ [0.82639195 * неустойчивая ЖТ]

+ [0.71650361 * необъяснимый обморок]

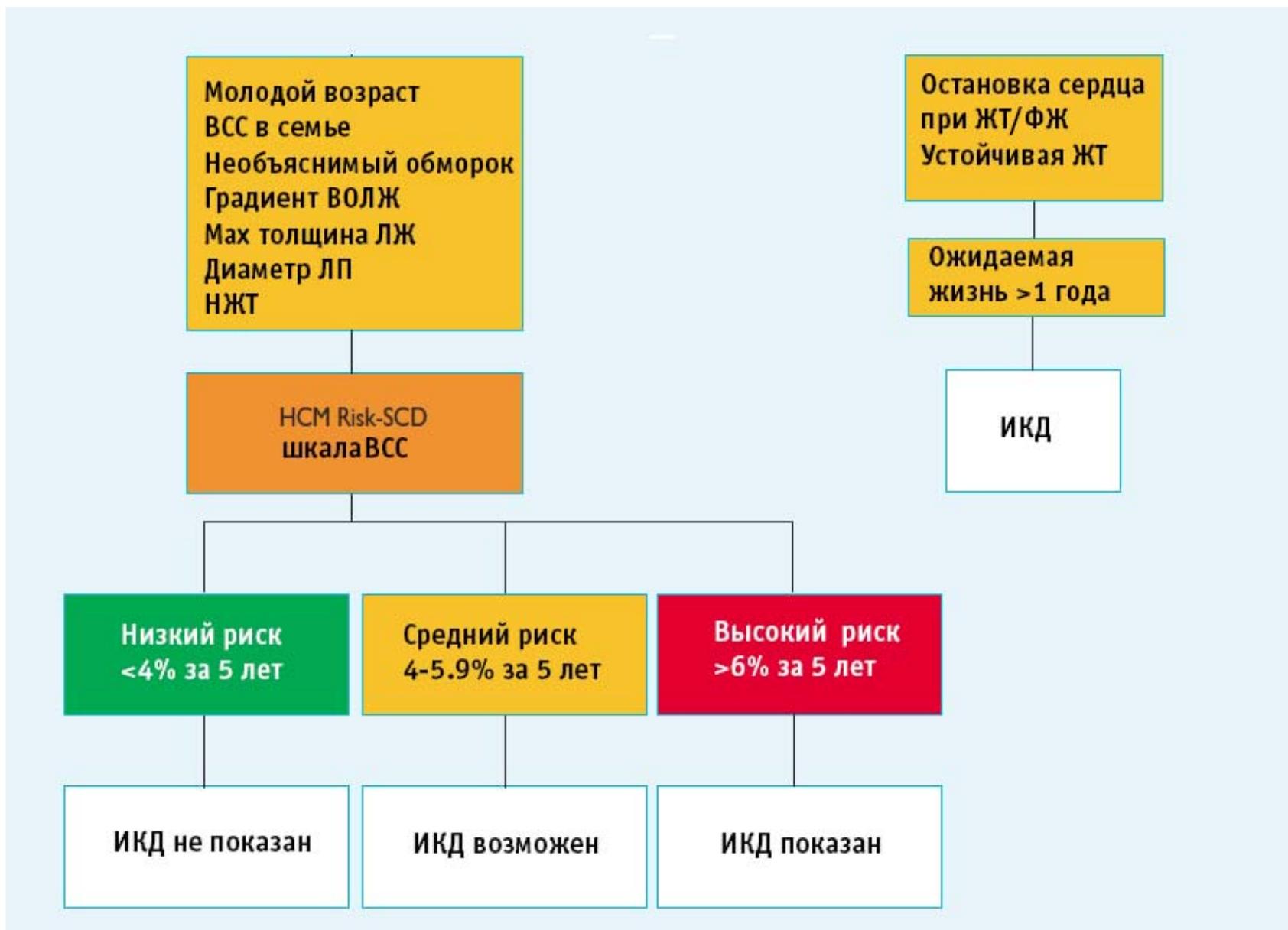
- [0.01799934 * возраст (годы)]

Модель представляет риск ВСС как континуум, требующий интерпретации у каждого пациента в клиническом контексте

Программа для мобильных устройств КардиоЭксперт



Оценка и профилактика ВСС



Лечение ФП

- Контроль ЧСС <100 в мин с помощью бета-блокаторов, верапамила.
- Контроль ритма с помощью амиодарона, соталола, абляции. Не показаны препараты 1 класса.
- Всем показан варфарин, независимо от шкалы CHA2DS2-VASc.