

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00064&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00064. Шлуночкова екстрасистолія

Автор: Pekka Raatikainen
Редактор оригінального тексту: Anna Kattainen
Дата останнього оновлення: 2017-03-08

Основні положення

- Шлуночкова екстрасистола — це позачергове скорочення серця, що походить з лівого чи правого шлуночків. Комплекси QRS широкі та відрізняються від комплексів за нормального ритму.
- Найважливішим фактором при дослідженні етіології шлуночкових екстрасистол (ШЕ) є встановлення можливих структурних захворювань серця. У разі виявлення структурного захворювання серця, лікування в першу чергу спрямоване на ведення даного стану, і лише потім на саму аритмію.
- Одиничні ШЕ при здоровому серці — доброякісний феномен, який вкрай рідко потребує лікування. Одного тільки знання, що симптоми не викликані структурними захворюваннями серця, зазвичай достатньо, щоб заспокоїти пацієнта.
- Однак, часті ШЕ, пов'язані із захворюваннями серця (наприклад, нещодавно перенесений інфаркт міокарда, серцева недостатність) і спадковими порушеннями іонних каналів (наприклад, синдром подовженого інтервалу QT, катехоламінінергічна поліморфна шлуночкова тахікардія) можуть бути передвісниками тяжких аритмій і потребують залучення кардіолога.

Поширеність та симптоми

- Частота ШЕ варіює залежно від захворювання, котре лежить в основі, а також психічної активності пацієнта.
 - Протягом 24-годинного запису ЕКГ і клінічних тестів з фізичним навантаженням ШЕ були зафіксовані у близько половини здорових осіб і більш часто при захворюваннях серця.
 - До типових провокуючих факторів належать стрес, недосипання, надмірне вживання кави, енергетичних напоїв та алкоголю.
- Найпоширенішими симптомами є короткочасне серцебиття та різноманітні відчуття у грудній клітці (серце ніби перевертається в грудях або завмирає).
- Епізоди знепритомнення (та переднепритомних станів) зустрічаються рідко. Такі епізоди є ознакою серйозного основного захворювання та завжди потребують ретельного кардіологічного обстеження.

Обстеження

- Найголовніше підтвердити діагноз і виключити структурні захворювання серця.
- Діагноз встановлюється на основі анамнезу, клінічного обстеження та ЕКГ у 12 відведеннях. Зазвичай єдиними лабораторними дослідженнями, що потрібні є загальний аналіз крові, електроліти та дослідження функції щитоподібної залози.
- Якщо при даних дослідженнях не виявлено нічого, що вказувало б на захворювання серця, пацієнта повідомляють, що ШЕ доброякісні та не потребують подальших кардіологічних досліджень.
- До додаткових досліджень, що проводяться найчастіше, входять тривала амбулаторна реєстрація ЕКГ, ехокардіографія та дослідження толерантності до фізичних навантажень.
 - Якщо ЕКГ у спокої нормальна, холтерівське моніторування може бути призначене в якості діагностики. Також це може призначатися для визначення числа екстрасистол та оцінки відповіді на лікування.
 - Ехокардіографія є первинним дослідженням для оцінювання, наскільки небезпечною є схильність до шлуночкових екстрасистол. Вона показана, коли базові дослідження

вказують на ймовірність захворювань серця (наприклад, шум в серці), або при значній кількості мономорфних шлуночкових екстрасистол (>3000–5000/24 год) або при численних поліморфних шлуночкових екстрасистолах, виявлених при холтеровському моніторингу.

- ЕКГ з фізичним навантаженням показана, якщо відчуття аритмії виникають переважно під час фізичних навантажень або є підозра на ішемічну хворобу серця.
- Інвазивні дослідження (ангіографія коронарних артерій, електрофізіологічне дослідження серця) мають бути розглянуті у разі ШЕ, пов'язаних з тяжкими захворюваннями серця чи у пацієнтів із втратами свідомості в анамнезі.

Лікування

Шлуночкові екстрасистоли при здоровому серці

- ШЕ при здоровому серці зазвичай нешкідливі та потребують лікування залежно від симптомів пацієнта.
- Безсимптомні ШЕ потребують лікування лише у виняткових випадках.
 - Дуже часті ШЕ (> 20–30% від серцевих скорочень) можуть спричинити тахікардіоміопатію так само, як і тахісistolічна фібриляція передсердь.
- Лікування лікарськими засобами звичайно не потребується навіть у пацієнтів з легкими симптомами.
 - Найважливіше — це пояснити пацієнту доброякісну природу аритмії.
 - В той же час варто спробувати прибрати всі провокуючі фактори (кава, енергетичні напої, алкоголь, куріння, стреси, недосипання, захворювання щитоподібної залози, електролітний дисбаланс).
- При тяжких симптомах можуть застосовуватися бета-блокатори за умови неефективності вищезгаданих заходів.
 - Бета-блокатори ефективні у боротьбі з ШЕ, спричиненими стресом або навантаженням.

- Вони є безпечними як первинна медична допомога, проте слід уникати рутинного застосування, оскільки вони можуть погіршувати стан у випадках, коли ШЕ переважно виникають за низької частоти серцевих скорочень (наприклад, протягом відпочинку, після тренувань або під час сну).
- Лікарські засоби короткої дії (наприклад, пропранолол 10–40 мг за потреби) рекомендовані для тимчасового застосування. Лікарські засоби, що потребують одного прийому на добу (наприклад, бісопролол, метопролол) рекомендовані для більш тривалого лікування.
- Якщо бета-блокатори протипоказані чи немає належної відповіді на терапію, можуть бути призначені блокатори кальцієвих каналів верапаміл і дилтіазем.
- У разі значної кількості мономорфних ШЕ, зафіксованих при холтеровському моніторингу у пацієнта з тяжкими симптомами, незважаючи на зміни способу життя та прийом вищезгаданих лікарських засобів, пацієнт має бути направлений до кардіолога для проведення більш специфічних досліджень та можливого призначення антиаритмічних лікарських засобів (наприклад, флекаїнід). Також може бути розглянута катетерна абляція.
 - Найбільш придатні для абляційної терапії ШЕ — це часті (>5000/добу) ШЕ, котрі походять з вивідного тракту правого шлуночка (ВТПШ).
 - Морфологія даних екстрасистол подібна до блокади лівої ніжки пучка Гіса, а також вони виражено позитивні в нижніх відведеннях (II, III, avF).

Шлуночкові екстрасистоли, пов'язані зі спадковими порушеннями ритму

- При спадкових порушеннях ритму (наприклад, синдром подовженого інтервалу QT [СПІQT] [настанова 000945] Синдром подовженого інте...), катехоламінергічній поліморфній шлуночковій тахікардії [КПШТ]) схильність до аритмій зумовлена вродженим дефектом іонних каналів.
- Серце структурно здорове, проте, у зв'язку із змінами іонних каналів лікування шлуночкових екстрасистолій потребує спеціальної експертизи. Даних пацієнтів слід завжди направляти на консультацію до кардіолога-аритмолога. Близькі родичі також мають бути обстежені.

- Основою лікування при СПІQT та КПШТ є бета-блокатори. Їх заборонено відмінити без попередньої консультації кардіолога-аритмолога.

Шлуночкові екстрасистоли, пов'язані із захворюваннями серця

- При лікуванні ШЕ, пов'язаних з ішемічною хворобою серця чи іншими захворюваннями серця, найважливішою є терапія ішемії, серцевої недостатності чи будь-якого іншого першопричинного захворювання (наприклад, саркоїдозу), що вражає серце.
 - Часті ШЕ при захворюваннях серця (включно з безсимптомними) є передвісниками стійких шлуночкових аритмій і раптової смерті. У зв'язку з цим, дані пацієнти мають бути негайно направлені до кардіолога для оцінювання необхідності інвазивних досліджень і лікування.
 - Особливо небезпечними є ранні ШЕ, що накладаються на зубець Т, так само, як часті поліморфні ШЕ.
- Лікування бета-блокаторами суттєво покращує прогноз у пацієнтів з діагностованим інфарктом міокарду чи серцевою недостатністю, викликану ішемічною чи неішемічною кардіоміопатією.
 - При легкому перебігу бета-блокатори можуть призначатися амбулаторно, проте при тяжкій серцевій недостатності найкраще розпочинати лікування у стаціонарі.
- Антиаритмічні лікарські засоби I класу (хінідин, дизопірамід, флекаїнід, пропафенон) протипоказані після перенесеного інфаркту міокарда та при серцевій недостатності.

Коментар експерта. Лікарські засоби хінідин та дизопірамід станом на 03.07.2019 в Україні не зареєстровані.

- З іншого боку, аміодарон знижує частоту екстрасистол і може сприятливо впливати на прогноз.
 - Первинне призначення аміодарону має завжди здійснюватися вузьким фахівцем, однак лікар загальної практики може відповідати за моніторинг лікування.

Настанови

- [Настанова 00945](#). Синдром подовженого інтервалу QT (LQTS).

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Настанова 00064. Шлуночкова екстрасистолія

Ідентифікатор: **ebm00064** Ключ сортування: **004.040** Тип: **EBM Guidelines**

Дата оновлення англomовного оригіналу: **2017-03-08**

Автор(и): **Pekka Raatikainen** Автор(и) попередніх версій статті: **Matti Halinen** Редактор(и): **Anna Kattainen**
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: **Kristian Lampe** Видавець: **Duodecim Medical Publications Ltd**
Власник авторських прав: **Duodecim Medical Publications Ltd**

Навігаційні категорії

EBM Guidelines **Internal medicine** **Cardiology**

Ключові слова індексу

mesh: **Arrhythmia** mesh: **Cardiac Complexes, Premature** **Ventricular ectopic beats** mesh: **Ventricular Premature Complexes**
VPC **VPB** **VEB** speciality: **Cardiology** speciality: **Internal medicine** icpc-2: **K05** icpc-2: **K80**
mesh: **Anti-Arrhythmia Agents** **Palpitation** mesh: **Syncope**