

Український кардіологічний журнал Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXV Національного конгресу кардіологів України (Київ, 24-27 вересня 2024 р.)

- Атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- Гострий інфаркт міокарда
- Інтервенційна кардіологія
- Дисліпідемії
- Артеріальна гіпертензія
- Легенева гіпертензія
- Некоронарні захворювання міокарда
- Аритмії та раптова серцева смерть
- Гостра та хронічна серцева недостатність
- Профілактична кардіологія та реабілітація
- Фундаментальна кардіологія та регенеративна медицина
- Медико-соціальні аспекти кардіології в умовах війни





Національна академія медичних наук України

Всеукраїнська асоціація кардіологів України

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології,
клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска
Національної академії медичних наук України"»

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXV Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 24–27 вересня 2024 р.)

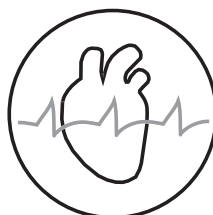
Головний редактор: О.М. Пархоменко

Наукова редакція випуску: Л.Г. Воронков, С.М. Кожухов, М.І. Лутай,
О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов,
Ю.М. Сіренко, М.Ю. Соколов, Т.В. Талаєва, В.О. Шумаков

Том
30

Додаток
1

2024



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2024

Національної академії медичних наук» звернулась пацієнтка 92 років зі скаргами на часте серцебиття, виражену загальну слабкість, значну задишку у спокої та набряки нижніх кінцівок. Вищезазначені скарги посилювалися протягом останніх 3 тижнів. Пацієнтка тривалий час має гіпертонічну хворобу. Також загальний стан ускладнює цукровий діабет II типу. На електрокардіограмі (ЕКГ) було зафіксовано ФП із ЧСС 170 уд/хв. До цього пароксизми аритмії не виникали. Лабораторні показники без особливостей, ШКФ за СКД-ЕРІ – 53.5 мл/хв. За даними ехокардіографії (ЕхоКГ): діаметр лівого передсердя (ЛП) становив 4.3 см, фракція викиду лівого шлуночку (ФВЛШ) 46 %. При спробі тактики «контролю частоти» прийом бета-блокаторів, недигідропіридинових блокаторів кальцієвих каналів, серцевих глікозидів та їх комбінації не дозволяв досягнути цільових показників, навіть поблажливого підходу, ЧСС зберігалось більше 140 уд/хв. Тому після обговорення з пацієнтом було прийнято рішення переходу до стратегії «контролю ритму» після проведення трансезофальної ЕхоКГ (ТЕЕхоКГ) з метою виключення тромбозу вушка ЛП (ВЛП). При ТЕЕхоКГ тромбів у ВЛП не виявлено, феномен спонтанного контрастування ВЛП «++», швидкість вигнання з ВЛП – 29.1 см/с, що дозволило безпечно проводити електро-імпульсну терапію. З метою загального знеболення використано внутрішньовенне введення 1 % розчину Пропафолу. Синхронізована електрична кардіоверсія проведена зменшеним розрядом у 120 Дж у передньо-задній позиції. Синусовий ритм відновлено з ЧСС 62 уд/хв. Гемодинаміка зберігалась стабільною. Пацієнтка виписана з наступною медикаментозною терапією: ривароксабан 20 мг, спіронолактон 25 мг, аміодарон 200 мг, небіволл 5 мг. У віддаленому спостереженні пацієнтка відзначала значне покращення самопочуття та відсутності скарг, що були при госпіталізації. При рутинному ЕКГ синусовий ритм зберігався, за ЕхоКГ ФВЛШ покращилась. На контрольному Холтер-ЕКГ пароксизми фібриляції передсердь були відсутні.

Висновки. Згідно із сучасними настановами вік не є обмежувальним фактором для відновлення ритму. Користуючись сучасними методами досліджень, слід ранжувати пацієнтів у яких відновлення синусового ритму буде безпечним та ефективним. У такій групі пацієнтів потрібно приймати індивідуалізовані, пацієнторієнтовані рішення, з урахуванням співвідношення ризику/користі кожного терапевтичного режиму та переваг пацієнта.

Статеві особливості перебігу гострого інфаркту міокарда після реваскуляризації у сучасних умовах

Л.В. Распутіна, В.П. Іванов, А.В. Бронюк, І.А. Лозова

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

КНП «Вінницький регіональний клінічний лікувально-діагностичний центр серцево-судинної патології»

Мета – встановити особливості клінічного перебігу, фактори ризику та ускладнення раннього періоду у пацієнтів з гострим інфарктом міокарда і елевацією сегмента ST (STEMI) залежно від статі.

Матеріали та методи. Нами проведено відкрите обсерваційне порівняльне рандомізоване дослідження з включенням 286 пацієнтів STEMI, які були госпіталізовані в КНП «Вінницький регіональний клінічний лікувально-діагностичний центр серцево-судинної патології» упродовж 2021-2024 років. Клінічний масив дослідження був представлений пацієнтами віком від 39 до 87 (в середньому $62,8 \pm 9,8$, медіана віку – 64 і інтерквартильний розмах – 56 і 71 років).

Результати. Серед обстежених 202 (70,6 %) особи були чоловіки і 84 (29,4 %) – жінки. Співвідношення чоловіків до жінок було 2,4 до 1,0, що демонструвало суттєву перевагу чоловіків над жінками серед контингенту обстежених пацієнтів ($p < 0,0001$ за критерієм χ^2 для залежних вибірок). Не дивлячись на меншу кількість жінок вони мали суттєво старший вік порівняно з чоловіками (69,4 проти 60,1 років, $p < 0,0001$ за t-критерієм для незалежних вибірок). Порівняльний аналіз клінічних даних пацієнтів з STEMI залежно від статі показав, що чоловіки, порівняно з жінками, були більш молодшими, мали, відповідно, суттєво меншу тривалість гіпертензивного анамнезу – визначено суттєво більшу частку пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) тривалістю до 5 років (49,7 % проти 32,5 %, $p = 0,01$) і меншу – від 10 до 20 років (21,6 % проти 41,3 %, $p = 0,001$ за критерієм χ^2 для незалежних груп), мали меншу частоту випадків цукрового діабету (ЦД) II типу (18,3 % проти 28,6 %, $p = 0,05$) і менш тривалий діабетичний анамнез – зменшення випадків ЦД II типу від 5 до 10 років (9,9 % проти 20,2 %, $p = 0,02$). Натомість чоловіки з STEMI, порівняно з жінками, значно частіше курили (40,1 % проти 6,0 %, $p < 0,0001$).

Висновки. Отже, обстежені нами чоловіки з STEMI, порівняно з жінками, були молодшими і значно частіше курили, натомість мали менше

випадків ЦД II типу і менш тривалий анамнез АГ і ЦД. Останнє можливо було пояснити більш молодим віком чоловіків. Звертає увагу, що принциповими статевими відмінностями перебігу STEMI була лише значно вища частота реєстрації пароксизмів фібриляції передсердь (ФП) (аритмія *de novo* або рецидив ФП в пацієнтів з пароксизмальною формою) у жінок, порівняно з чоловіками (28,6 % проти 13,9 %, $p=0,003$ за критерієм χ^2 для незалежних груп). За характером враження коронарного русла (КА) в загальній групі практично з однаковою частотою реєстрували одно-, дво- і багатосудинні ураження КА (37,8 %, 30,4 % і 31,8 % відповідно). У чоловіків реєстрували деяке зменшення двохсудинних (26,2 %) і збільшення односудинних уражень (39,6 %), тоді як у жінок – збільшення двосудинних (40,5 %) і зменшення багатосудинних уражень коронарного русла (26,2 %). Статистична значущість % між чоловіками і жінками була лише у випадках двосудинних уражень КА (26,2 % для чоловіків проти 40,5 % для жінок, $p=0,02$ за критерієм χ^2).

Маркери неспецифічного системного запалення у пацієнтів з гострим коронарним синдромом

В.О. Романова, Н.В. Кузьміна, Л.О. Романова,
А.В. Іванкова, М.В. Репетенко

Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова

Неспецифічне системне запалення на сьогодні розглядається як один з провідних патогенетичних механізмів виникнення і прогресування атеросклерозу і пов'язаної з ним ішемічної хвороби серця та дестабілізації атеросклеротичного процесу з розвитком гострого коронарного синдрому (ГКС).

Мета – оцінити наявність і виразність неспецифічного системного запалення у хворих з гострим коронарним синдромом.

Матеріали та методи. Обстежено 81 хворого, які поступили в стаціонар з діагнозом гострого коронарного синдрому (надалі у 43 з них діагностовано нестабільну (прогресуючу) стенокардію (НС) і в 38 – гострий інфаркт міокарда (ГІМ)) та 30 практично здорових осіб контрольної групи відповідного віку та статі. У 39 пацієнтів була діагностована супутня артеріальна гіпертензія (АГ). Забір крові для дослідження проводили в першу добу захворювання. Наявність і виразність запального процесу оцінювали за рівнем фібриногену, високочутливого С-реактивного протеїну (hsCRP) і фактора некрозу пухлин- α (TNF- α), визначених у крові імуноферментним (ІФА) методом. Результати дослідження оброблені із застосуванням статис-

тичного пакету програми «STATISTICA for Windows 6.0».

Результати. Рівень фібриногену в обстежених хворих був значно вищим, ніж у контрольній групі ($p<0,001$), проте достовірної різниці між групами хворих з НС і ГІМ виявлено не було ($3,96\pm 0,16$ г/л і $4,23\pm 0,13$ г/л, відповідно, $p>0,05$). Крім того, не було виявлено суттєвих відмінностей у рівнях фібриногену залежно від наявності супутньої АГ ($p<0,05$).

Середній рівень hsCRP у хворих з НС у 7,1 рази перевищував показники контрольної групи, у хворих з ГІМ – у 10,5 рази ($p<0,001$), при цьому його рівень у пацієнтів з ГІМ достовірно відрізнявся від такого у пацієнтів з НС ($p<0,001$). Слід відзначити, що у хворих з НС та супутньою АГ рівень hsCRP був достовірно вищим порівняно з групою хворих без АГ ($6,63\pm 0,19$ мг/л проти $5,75\pm 0,27$ мг/л, $p<0,05$), водночас у хворих з ГІМ такої різниці не відзначено ($9,31\pm 0,21$ мг/л і $9,05\pm 0,16$ мг/л, відповідно, $p>0,05$).

Рівень TNF- α у хворих з ГКС значно перевищував такий у контрольній групі ($p<0,001$), при цьому його рівень у пацієнтів з ГІМ достовірно відрізнявся від такого у пацієнтів з НС ($p<0,001$). При наявності супутньої АГ у хворих на НС рівні TNF- α були дещо вищими ніж у хворих без АГ, хоча різниця не набувала достовірності ($4,97\pm 0,18$ пг/мл і $4,83\pm 0,16$ пг/мл, $p>0,05$), в той час як у пацієнтів з ГІМ відмічалася тенденція до зростання величини TNF- α в підгрупі хворих з АГ порівняно до хворих без АГ ($7,07\pm 0,16$ пг/мл проти $6,53\pm 0,22$ пг/мл, $p=0,055$).

Оскільки рівні hsCRP і TNF- α були значно вищими у хворих з ГІМ не лише відносно контролю, а й відносно пацієнтів з НС, ми провели зіставлення їх рівнів з вмістом тропонінів I і T. В нашому дослідженні суттєвого взаємозв'язку між біомаркерами запалення і некрозу міокарда виявлено не було ($r=0,15$ і $r=0,18$ для hsCRP та $r=0,19$ і $r=0,15$ для TNF- α , $p>0,05$). Це дає підстави вважати, що підвищення рівнів hsCRP і TNF- α в перші години виникнення ГІМ обумовлене не стільки некрозом міокарда, скільки попередньою активацією системного і локального судинного запалення.

Висновки. Таким чином, у хворих з ГКС спостерігається активація неспецифічного системного запалення, свідченням чого є зростання в крові таких його біомаркерів як фібриноген, hsCRP і TNF- α , без суттєвого впливу на дані показники супутньої АГ. Відсутність взаємозв'язку між маркерами запалення і вмістом тропонінів виявлена в дослідженні дає підстави вважати, що рівні hsCRP і TNF- α не є критеріями пошкодження міокарда і не можуть бути використані для його діагностики. Проте, відображаючи ступінь локального і системного запалення й ураження судинного ендотелію, рівні hsCRP і TNF- α можуть бути предикторами розвитку атеротромбозу коронарних судин.