

# Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

## Матеріали XII Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 21–24 вересня 2021 р.)

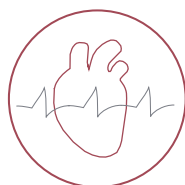
- гострий інфаркт міокарда
- дисліпідемії
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- інтервенційна кардіологія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія та реабілітація
- фундаментальна кардіологія
- медико-соціальні аспекти кардіології

Том Додаток

28

1

2021



[www.ucardioj.com.ua](http://www.ucardioj.com.ua)

ISSN 1608-635X (Print)  
ISSN 2664-4479 (Online)



Національна академія медичних наук України

Всеукраїнська асоціація кардіологів України

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології  
імені академіка М.Д. Стражеска" НАМН України»

# Український кардіологічний журнал

## Ukrainian Journal of Cardiology

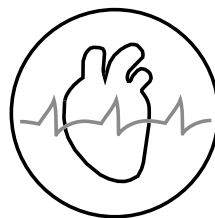
### Матеріали XXII Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 21–24 вересня 2021 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 28    Додаток 1    2021



[www.ucardioj.com.ua](http://www.ucardioj.com.ua)

Київ • 2021

# Гострий коронарний синдром та невідкладні стани

## Проаритмогенна активність у різні періоди інфаркту міокарда за даними локального реєстру

Н.В. Бадюк, Л.Ю. Оришин

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2»

Інфаркт міокарда (ІМ) часто маніфестує складними, фатальними порушеннями ритму серця (ПРС), що становить суттєву загрозу для виживання у перші години розвитку гострої ішемії міокарда. Частота ПРС істотно відрізняється в різні періоди розвитку ІМ та істотно залежить від вчасно проведеного перкутанного коронарного втручання (ПКВ), а їх прогностична оцінка досить неоднозначна.

**Мета** – проведення аналізу ПРС в різні періоди ІМ та оцінка їх впливу на госпітальну летальність.

**Матеріали і методи.** З локального реєстру ІМ (2010–2020 рр.) відібрано 1593 пацієнти віком 29–89 років, середній вік ( $65,10 \pm 0,37$ ) років. За допомогою ліцензованої програми SPSS v. 21 проведена статистична обробка даних кожного пацієнта, вписаних в електронні таблиці Excel – 2010, відповідно створеного уніфікованого шаблону.

**Результати.** ПРС можуть виникати в будь-який час ІМ, починаючи з ранніх хвилин гострого періоду до віддаленого періоду ІМ. Аналіз ЕКГ, зроблених на догоспітальному етапі в перші години розвитку гострого коронарного синдрому (ГКС) виявив ПРС у 15,34 %. Шлуночкова тахікардія (ШТ) та фібриляція шлуночків (ФШ) з успішною дефібриляцією зафіксована у 3,84 %. Надалі ці реанімовані пацієнти були успішно проліковані і виписані з відділення. В цілому існує невелика кількість даних про вплив догоспітальних ПРС на віддалені результати у пацієнтів з ІМ, оскільки у більшості випадків їх оцінка методологічно обмежена. Традиційно вважається, що рання ШТ та ФШ збільшує госпітальну та 30-денну смертність та не впливає на довготривалий ризик, що на сьогодні ставиться під сумнів і залежить від періоду ІМ, реперфузії, коморбідності та має очевидно різний механізм аритмогенезу. За нашими даними були візуалізовані лише епізоди ФШ в ранній реперфузійний період (1,92 %), усі пацієнти були успішно виписані з стаціонару, летальних наслідків упродовж 30 днів після виписки зі стаціонару не фіксувалось. На даному проводиться вивчення катамнезу пацієнтів, які перенесли ФШ в різні терміни госпітального періоду ІМ.

Ранні реперфузійні аритмії виявлено у 32,54 %, що проявлялись надшлуночковою (5,7 %) та шлуночковою (17,3 %) екстрасистолією, пароксизмами фібриляції передсердь (ФП) (1,92 %), ШТ (5,7 %), ФШ (1,92 %). Дані ПРС були прогностично безпечними на короткому відрізку спостереження.

Частка пізніх реперфузійних ПРС становила 12,6 % у вигляді надшлуночкової (4,4 %) та шлуночкової (4,4 %) екстрасистолії, пароксизмів ФП (1,92 %), шлуночкових аритмій (2,0 %) здебільшого за рахунок ШТ.

Хронічна ФП діагностована у 3,84 % пацієнтів з ІМ, який частіше ускладнювався кардіогенним шоком і набряком легень ( $p < 0,001$ ). У хворих на ІМ ускладнений ФП встановлено кореляцію з летальністю у перші 30 днів ( $r = 0,128$ ,  $p < 0,001$ ) віддаленою смертністю ( $r = 0,148$ ,  $p < 0,001$ ).

**Висновки.** На цьому етапі дослідження ми не виявили достовірного впливу ранньої (в перші 48 годин) ФШ на 30-денну смертність.

## Вплив коморбідної патології на прогноз госпітального етапу інфаркту міокарда з елевацією сегмента ST на тлі неклапанних форм фібриляції передсердь

О.П. Бондаренко, О.О. Бондаренко

Запорізький державний медичний університет

**Мета** – вивчити вплив коморбідної патології на прогноз госпітального етапу інфаркту міокарда з елевацією сегмента ST на тлі неклапанних форм фібриляції передсердь.

**Матеріали і методи.** Прогноз госпітального етапу було проаналізовано у зрізовому одноцентровому ретроспективному дослідженні 121 хворого на інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST (STEMI) в гострий період на тлі неклапанної фібриляції передсердь (ФП) і коморбідної патології, які не увійшли в «терапевтичне вікно» для проведення реперфузійної терапії та отримали стандартне медикаментозне лікування.

Досліджені змінні включали демографію, історію, стан гемодинаміки і тривалість симптомів у 71 чоловіків (58,7 %) і 50 жінок (41,3 %), середній вік становив ( $71,8 \pm 8,8$ ) років. Серед супутньої патології найчастіше зустрічались артеріальна гіпертензія, цукровий діабет (у

т.ч. з проявами нефропатії), неврологічні розлади. В якості твердих клінічних кінцевих пунктів зазначали усі фатальні та нефатальні коронарні події, потребу в проведенні ургентної терапії, всі випадки серцевої недостатності (СН) та інші аритмічні ускладнення. Неклапанну ФП діагностували і оцінювали відповідно до Рекомендацій Європейського товариства кардіологів із діагностики та лікування фібриляції передсердь (2020). Діагноз встановлювали на підставі клінічних, електрокардіографічних (ЕКГ) даних, рівнів маркерів некрозу (тропонін-І) з урахуванням результатів ехокардіографічного дослідження (УЗД). Клінічні варіанти ФП позначали за шкалою індексу ФП (пароксизми=1, персистування=2, постійна=3). Статистична обробка матеріалів виконана за допомогою пакета Statistica 10.0 (StatSoft, Inc., США).

**Результати.** Моделі ризику були створені з багатоваріантною лінійною регресією та підтвержені методом завантаження. Рівень госпітальної летальності серед досліджуваних дорівнював 40,5 %. Були виявлені більше 20 значних предикторів летальності. Найважливішими в базовій лінії детермінанти летальності були: розвиток інсульту (+30,13), ознаки гострої серцевої недостатності за шкалою Т. Killip (+20,09) та стадії хронічної серцевої недостатності (+5,76), елевація сегменту ST (мм) (+23,69), перетин лівого передсердя (см) (+14,48), відносна товщина стінок лівого шлуночка (+11,34), індекс маси міокарда лівого шлуночка (+0,19), чоловіча стать (-16,25), рівень маркерів некрозу міокарда (тропонін-І, нг/мл) (+3,17), рівень гемоглобіну (г/л) (-0,29) та гематокриту (-13,9), вік (років) (+0,27), частота серцевих скорочень ( $\text{хв}^{-1}$ ) (+0,37), систолічний артеріальний тиск (мм рт. ст.) (-2,52), наявність інфаркту міокарда в анамнезі (+2,88), фракція викиду ЛШ (%) (-1,78), тривалість цукрового діабету (років) (+1,84) та артеріальної гіпертензії в анамнезі (років) (+0,77), рівні фібриногену (г/л) (+8,34) та креатиніну крові (мкмоль/л) (+0,89). Коефіцієнт детермінації моделі –  $R^2=0,8349$ . Отриманий рівень  $>0,75$ , тому модель можливо вважати цілком адекватною.

**Висновки.** У хворих на гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST на тлі фібриляції передсердь встановлений лінійний характер негативного зв'язку з прогнозом, пов'язаний з розвитком гострої серцевої недостатності та інсультів, наявністю артеріальної гіпертензії, цукрового діабету і ниркової недостатності, особливо у літніх хворих. Отримані результати засвідчують необхідність подальшого вивчення прогностичного значення коморбідної патології у таких хворих.

## **Зміни складових позаклітинного матриксу та показників ремоделювання лівого шлуночка під впливом інгібіторів АПФ та антагоністів альдостерону у хворих з ГКС у поєднанні з ожирінням**

О.Ю. Борзова, Н.Г. Риндіна, С.І. Борзова-Коссе

Харківський національний медичний університет

Поєднання гострого коронарного синдрому та ожиріння є однією з серйозніших проблемою сьогодення. В патогенетичних механізмах кардіоваскулярного ремоделювання міокарда досить важлива роль належить змінам позаклітинного матриксу, зокрема таким його компонентам як остеопонтин та тромбоспондин-2. Встановлено, що експресія цих речовин співвідноситься з виразністю низькоінтенсивного системного запалення, ендотеліальною дисфункцією, накопиченням аномальних фібрил колагену, постінфарктною дилатацією лівого шлуночка та розвитком систолічної дисфункції. Використання інгібіторів АПФ та антагоністів альдостерону в лікуванні цієї когорти пацієнтів є загальноприйнятною, але пошук найбільш ефективних препаратів та комбінацій залишається досить актуальним.

**Мета** – вивчити та порівняти вплив комбінацій зофіноприл + спіронолактон та еналаприл + спіронолактон у складі стандартної терапії пацієнтів з гострим інфарктом міокарда з низькою фракцією викиду та супутнім ожирінням на вміст остеопонтину й тромбоспондину-2 та морфофункціональний стан міокарда.

**Матеріали і методи.** До дослідження було включено 63 особи з Q-позитивним інфарктом міокарда та зниженою фракцією викиду та супутнім ожирінням у віці від 42 до 74 років. Хворі були розподілені на 2 групи: 1-ша група у складі стандартної терапії приймала зофіноприл + спіронолактон (n=32), 2-га група – еналаприл + спіронолактон (n=31). Визначення рівня остеопонтину та тромбоспондину-2 проводилося імуноферментним методом до початку лікування та через 1 місяць. Всім пацієнтам дворазово проводилися Ехо-КГ за стандартною методикою. Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням пакету статистичних програм Microsoft Excel.

**Результати.** Аналіз отриманих результатів показав, що в першій групі пацієнтів, лікування яких проводилось комбінацією зофіноприл + спіронолактон вміст тромбоспондину-2 і остеопонтину знизився на 18 % і 19 % відповідно, паралельно з цим було відзначено позитивну динаміку параметрів морфофункціонального стану міокарда у вигляді вірогідного зменшення об'єму лівого передсердя на 7,6 % ( $p>0,05$ ), зниження КДО на 19,3 ( $p>0,05$ ), КСО на 16,3 % ( $p>0,05$ ) та зростання фракції викиду на 12,65 %

## Алфавітний покажчик авторів тез

- Абрамова 119  
Акер 57  
Аль Салама Мухамед  
Васек Обейд 4, 45, 120  
Амеліна 4, 45  
Андрійців 68, 130
- Бабій 45, 46, 55  
Бадюк 26  
Балабан 18  
Баранов 34  
Безродна 75, 82  
Безродний 75, 119  
Бек 57, 92  
Беляєва 47  
Белінський 68, 117, 130  
Бідзіля 105  
Білецький 80, 81  
Білий 37  
Біловол 119  
Богослав 75  
Боженко 77, 119  
Бойко 76  
Божко 99  
Бондар 14, 122  
Бондаренко О.О. 26  
Бондаренко О.П. 26  
Борзова 27  
Борзова-Коссе 27  
Бохонко 58, 61  
Боцюк 116  
Бронюк 28, 39  
Буряковська 77, 89  
Бучарський 17
- Вакалюк 51, 67, 130  
Ванджура 68, 117  
Василенко А.М. 72, 89, 114, 115  
Василенко В.А. 89  
Верещук 85  
Вишневіська 32, 41  
Вірна 61
- Власенко 24  
Вовченко 89, 92  
Вознюк 21  
Войцеховська 106  
Волинський 5  
Волошина 45, 46, 55  
Воробйова 60  
Воронко 137  
Воронков 106, 109, 112
- Гавриленко 9, 10, 107  
Гетьман 70, 72  
Гільова 48, 126  
Гінгуляк 4, 120  
Глушко 130, 139  
Говорнян 30  
Годлевська 93  
Годована 100  
Гойденко 34  
Голікова 10, 121  
Гончарук 58  
Горб 101  
Гребеник 29, 59, 79  
Гречко 48, 53  
Григор'єв 60  
Григоришин 51  
Гриценко 81  
Грідасова 138  
Гук-Лешневська 137  
Гулага 38, 52  
Гулкевич 77, 119  
Гурик 68
- Данілевич 60  
Деніна 68, 117  
Децик 64  
Джунь 49  
Діденко 78  
Дмитерко 126  
Добрянський 42  
Довгань 28, 37
- Ємець Г.І. 116
- Ємець І.М. 116  
Єрмак 94
- Жарінов 57, 64  
Жегестовська 29  
Жеманюк 79  
Жильчук А.В. 123  
Жильчук В.Є. 123
- Залевський 107  
Замуков 60  
Запровальна 122  
Заремба Є.Х. 61, 94, 137  
Заремба О.В. 61, 94  
Заремба-Федчишин 61  
Звонар 117  
Зелененька 58, 79  
Зімба 61
- Іванова 21  
Іванчук 30, 64, 122  
Ілащук І.І 30  
Ілащук Т.О. 30  
Ільницька 123  
Ільчишина 70  
Іркін 37  
Ісаєва 77, 89, 92, 97
- Каджарян 105  
Кадикова 94, 107  
Калараш 16  
Кармазін 95  
Кармазіна 95  
Карпенко 58, 61  
Катеренчук 62  
Качан 85  
Кашуба 21, 22, 23  
Киричек 81, 96  
Киричко 81  
Кисельов 31  
Кірієнко Д.О. 138  
Кірієнко О.М. 119, 138  
Кісілевич 45, 46