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

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXIII Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 20—23 вересня 2022 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

Том 29 Додаток 1 2022

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,
клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска
Національної академії медичних наук України"»

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXIII Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 20–23 вересня 2022 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 29 Додаток 1 2022

www.ucardioj.com.ua

Київ • 2022

виникнення ранніх рецидивів, показника середньої ЧСС на синусовому ритмі, а також наявності передсердних порушень ритму після кардіоверсії.

Використання едоксабану як антикоагулянтної терапії у хворих з неклапанною фібриляцією передсердь: оцінка комплайєнсу

В.С. Підлісна, Л.Л. Верещук, О.В. Качан, С.С. Підлісний

КП «Рівненська обласна клінічна лікарня імені Ю. Семенюка» РОР
КНП «Центральна міська лікарня» РМР, Рівне

Фібриляція передсердь (ФП) є головним предиктором виникнення тромбоемболічних ускладнень, а саме ішемічного інсульту. Антикоагулянтна терапія є визнаним методом зниження ризику розвитку даного ускладнення у пацієнтів з ФП.

Мета – визначення комплайєнтності до застосування пероральних антикоагулянтів у пацієнтів із неклапанною ФП як в стаціонарі, так і в амбулаторних умовах.

Матеріали і методи. В умовах обласного кардіологічного центру КП «РОКЛ ім. Ю. Семенюка» обстежено 86 пацієнти із ФП, з них 54 (64,3 %) чоловіки та 32 (35,7 %) жінки. Вік обстежених становив від 42 до 84 років. У 18 (21,4 %) була персистуюча форма ФП, у 30 (35,7 %) – пароксизмальна, інші 38 (42,9 %) мали постійну форму.

Пацієнти були розподілені на 2 групи: 1-ша група – 52 (60,5%) хворих – як антикоагулянтну терапію отримували варфарин в індивідуально підібраній дозі з урахуванням міжнародного нормалізаційного відношення (МНВ). У 2-й групі – 34 (39,5 %) пацієнтів – використовувався прямий інгібітор фактора згортання крові Ха – едоксабан (Едоксакорд, АТ «Київський вітамінний завод») у добовій дозі 60 мг. Фактори ризику системних тромбоемболій оцінювали за шкалою CHA_2-DS_2-VASc. Середній бал у пацієнтів, що брали участь у дослідженні, становив 3,2.

Результати. При детальному аналізі факторів ризику розвитку кровотеч серед обстежених обох груп найчастіше зустрічалась артеріальна гіпертензія (САТ >160 мм рт. ст.) – 30 % випадків, вік ≥75 років – 16 %, перенесений в анамнезі інсульт/транзиторне порушення мозкового кровообігу – 8 % випадків. Усі пацієнти отримували базову терапію бета-адреноблокаторами, статинами, інгібіторами АПФ, нітратами і за показаннями – серцеві глікозиди. Проводилась оцінка безпеки застосування того чи іншого виду антикоагулянтної терапії під час перебування хворого в стаціонарі та, в подальшому, в амбулаторних умовах, шляхом амбулаторних візитів чи спілкувань з пацієнтом по телефону.

Під час лікування в стаціонарі не було зафіксовано випадків побічної дії варфарину та Едоксакорду, всі пацієнти були виписані з покращенням.

Впродовж наступних 6 місяців в 1-й групі (на тлі прийому варфарину) у 8 (15,4 %) пацієнтів розвинулась носова кровотеча, у 1 (1,9 %) жінки виникла маткова кровотеча, ректальну кровотечу спостерігали у 4 (7,7 %) хворих, у 3 (5,8 %) пацієнтів був відзначений розвиток численних підшкірних гематом. У 2 (3,8 %) хворих розвинулась масивна внутрішньочерепна кровотеча з летальним наслідком. Більшість пацієнтів, у яких сталися геморагічні ускладнення внаслідок прийому варфарину, не мали змоги регулярно контролювати рівень МНВ.

Серед пацієнтів 2-ї групи, яким був призначений Едоксакорд, у 3 (8,8 %) спостерігались диспептичні явища, у 1 (2,9 %) хворого відбулося зниження рівня гемоглобіну. 1 (2,9 %) пацієнт літнього віку відзначив незначну кровотечу в ротовій порожнині, однак при корекції добової дози препарату, а саме зменшення такої до 30 мг на добу, – прояви цієї очікуваної несерйозної побічної реакції (ПР) були ліквідовані.

У результаті через 6 місяців в 1-й групі від призначеної антикоагулянтної терапії варфарином відмовились 26 (50 %) хворих, 18 (34,6 %) з яких через виникнення небажаних побічних реакцій, 8 (15,4 %) через необхідність частого контролю рівня МНВ.

В 2-й групі прийом Едоксакорду 3 (8,8 %) пацієнти припинили через дискомфорт, пов'язаний з ПР препарату, 2 (5,9 %) – з економічних міркувань.

Висновки. Таким чином, зручність застосування, відсутність необхідності регулярного контролю параметрів згортання, ефективність та профіль безпеки Едоксакорду суттєво підвищує рівень комплайєнтності до тривалої антикоагулянтої терапії порівняно з варфарином у пацієнтів з неклапанною ФП як в умовах стаціонару, так і в амбулаторних умовах.

Електрофізіологічні зміни передсердного субстрату при рецидиві фібриляції передсердь після процедури первинної радіочастотної абляції

М.С. Подлужний

Запорізький державний медичний університет

Мета – визначити електрофізіологічні зміни передсердного субстрату після первинної процедури радіочастотної абляції (РЧА) фібриляції передсердь (ФП) при рецидиві аритмії.

Матеріали і методи. До ретроспективного аналізу було залучено 100 пацієнтів з ФП. Усім було виконано

РЧА ФП на базі КНП «ДОЦКК» ДОР однією бригадою лікарів у період з 2007 по 2018 рр. Пацієнти були поділені на дві групи: 1-ша група – 36 осіб, що мали рецидив аритмії після проведення РЧА, з яких 20 пацієнтів мали повторну РЧА; 2-га група – 64 осіб, що не мали рецидиву протягом 3 років спостереження.

Результати. Більшість пацієнтів 1 та 2 групи мали «ротор» в устях легеневих вен, що підтверджує міжнародний підхід до вибору мінімального об'єму РЧА – ізоляція легеневих вен. В структурі рецидиву аритмії: переважна більшість аритмій за механізмом макро re-entry, а саме атипового тріпотіння передсердь 54,9 % та передсердної тахікардії 9,8 %, а ФП склала лише 35,3 %, що свідчить про «організацію» хаотичного проведення ФП. При повторній процедурі було значно більше позаустьових стартових зон, що запускали аритмію, так відсоток знаходження «ротора» значно зменшився, достовірною ця різниця була в області устя лівих легеневих вен (УЛЛВ) та даху лівого передсердя (ЛП) – 64,9 % та 27,03 % проти 10 % та 0 %, відповідно ($p<0,05$). У той час як тригерна активність зустрічалась достовірно рідше в зоні даху ЛП та достовірно частіше в області міжпередсердної перетинки (МПП) 35,1 % та 2,7 % проти 15 % та 20 %, відповідно ($p<0,05$). Аналізуючи складову макро re-entry спостерігалося достовірне збільшення в області УПЛВ та зони пучка Бахмана 5,4 % та 0 % проти 25% та 10 %, відповідно ($p<0,05$). Окрім цього спостерігалося збереження відносно частої скомпроментованості даху ЛП та МПП – 35,1 % і 13,5 % перед первинною процедурою та 25 % і 25 % перед вторинною, відповідно.

Висновки. Отримані результати підтверджують підхід «step by step» та виконання додаткового, до стандартної ізоляції усть легеневих вен, об'єму, який повинен визначатися персоніфіковано для кожного пацієнта.

Гендерні аспекти психологічного статусу пацієнтів з порушеннями ритму серця

О.Ю. Поліщук

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

За показниками захворюваності та можливих негативних наслідків порушення ритму серця є однією із найбільш значущих медико-соціальних проблем сьогодення. Останніми роками все більша увага приділяється вивченню психологічних та соціальних чинників, які у випадку порушення ритму серця можуть як виконувати роль тригера, який спричиняє виникнення аритмії, так і факторів, які суттєво впливають на перебіг та прогноз захворювання.

Мета – дослідити гендерні аспекти психологічних особливостей особистості пацієнтів з порушеннями ритму серця.

Обстежено 352 хворих, які перебували на лікуванні у Чернівецькому обласному клінічному кардіологічному центрі. Усі пацієнти мали порушення ритму серця у вигляді пароксизмальної тахікардії, пароксизмальної або персистуючої фібриляції передсердь, частої екстрасистолії або порушення провідності у вигляді синоатріальної або атріовентрикулярної блокади або синдрому слабкості синусового вузла. Серед пацієнтів, які взяли участь в дослідженні було 147 жінок (41,76 %) та 205 чоловіків (58,23 %), групи чоловіків і жінок були зіставними за віком та розподілом за нозологіями.

Усім пацієнтам проведено психодіагностичне дослідження з використанням шкали особистісної та реактивної тривожності Спілбергера–Ханіна, госпітальної шкали тривоги та депресії HADS, шкали тривоги, депресії та стресу DASS-21, опитувальника PHQ-9, опитувальника діагностики агресивних та ворожих реакцій людини Басса–Дарки, опитувальника соціальної підтримки F-SOZU-22. Порівняння здійснювали з використанням непарного критерію Стьюдента.

Шкала реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера–Ханіна виявила достовірно більший рівень особистісної тривожності у жінок порівняно з чоловіками 48,92±0,84 проти 45,61±0,59 ($p<0,001$). Натомість рівень ситуативної тривожності у статевому розподілі не відрізнявся – 46,63±0,86 у жінок та 45,98±0,62 у чоловіків ($p=0,54$).

Рівень тривоги у жінок переважав як за результатами опитувальника HADS – 9,18±0,32 проти 8,14±0,19 так і у випадку використання опитувальника DASS-21 – 7,11±0,47 проти 6,75±0,35, для шкали госпітальної тривоги і депресії зміни виявились достовірними ($p<0,005$). Показник депресії з використанням наведених вище шкал був вищим у чоловіків: 7,33±0,23 проти 6,93±0,29 за опитувальником HADS ($p=0,282$) та 5,17±0,35 проти 3,87±0,42 ($p=0,02$). За результатами заповнення опитувальника PHQ-9 показник депресії в групах чоловіків та жінок не відрізнявся 7,11±0,47 та 6,42±0,29 ($p=0,229$).

Опитувальник діагностики агресивних та ворожих реакцій людини Басса–Дарки виявив зростання у чоловіків рівня фізичної агресії 5,11±0,16 проти 4,35±0,26 ($p=0,014$) та рівня підозрілості 4,93±0,18 проти 4,00±0,21 ($p<0,001$).

Опитувальник соціальної підтримки F-SOZU-22 не виявив відмінностей між усіма показниками в групах жінок та чоловіків, рівень емоційної та інструментальної підтримки, соціальної інтеграції, задоволеність соціальною підтримкою та загальний показник соціальної підтримки коливався у чоловіків і жінок в межах нижньої частини або незначно нижче норми. Серед найбільш значущих соціальних чинників хвороби, які пацієнти відзначають найчастіше: матеріальні збитки (95,83 % жінок та 97,09 % чоловіків) та обмеження відчуття сили і енергії (жінки у 72,92 % та чоловіки 87,37 %). Чоловіки частіше за жінок скаржаться на обмеження задоволень та вільно-