

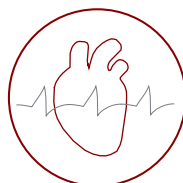
Український кардіологічний журнал

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





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.)

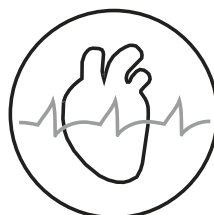
Головний редактор: О.М. Пархоменко

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

нітними порушеннями серцевого ритму і провідності, які стали причиною летального випадку.

Результати. Проведений аналіз клінічного випадку пацієнта, 34 років, який поступив у клініку з болем в серці з короткочасною втратою свідомості, які тривали протягом 2 днів.

При первинному обстеженні та проведенні ЕКГ була діагностована повна атріовентрикулярна блокада, проведений тропоніновий тест був позитивним. Пацієнту у зв'язку з повною атріовентрикулярною блокадою був встановлений тимчасовий електрокардіостимулятор, та у зв'язку з первинним діагнозом «Гострий коронарний синдром» проведена коронарографія – коронарні артерії інтактні.

При проведенні лабораторних обстежень виявлені такі відхилення – лейкоцитоз $15,1 \times 10^9/\text{л}$, білок і сечі $0,91 \text{ г/л}$, АСТ – $156,8 \text{ U/L}$, CRP – 38 mg/L , LGH – $640,2 \text{ U/L}$.

Протягом наступних 4 днів відзначав виражену загальну слабкість. За результатами проведених обстежень – NT-ProBNP – 22418 пг/мл , прокальцитонін – $0,23 \text{ ng/mL}$, тропонін I – понад 50 ng/mL , СК-МВ – $102,03 \text{ ng/mL}$. Тест на COVID – негативний.

Пацієнту був встановлений діагноз гострого міокардиту невідомої етіології та призначена терапія: метіпред 32 мг/добу , амізон 1 табл. на добу , реосорбілакт $200,0 \text{ в/в крапельно}$, клексан $0,4 \text{ мл/добу}$.

На 5-й день перебування у стаціонарі стан хворого різко погіршився, на фоні вираженого болю у серці з'явилися епізоди частой поліморфної шлуночкової екстрасистолії, шлуночкової тахіаритмії, електромеханічної дисоціації, асистолії. Реанімаційні заходи не мали успіху. Заключний діагноз: Гострий фульмінантний міоперикардит, ускладнений повною АВ-блокадою III ст. з нападами синдрому Моргані–Едемса–Стокса. Часта поліморфна шлуночкова екстрасистолія, епізоди нестійкої шлуночкової тахікардії. ЕІТ з відновленням ритму. Безпульсова електрична активність серця. Асистолія.

За результатами проведених морфологічних та гістологічних досліджень міокарда: макроскопічно – міокард на розтині зниженої пружності, дифузно змінений, блідувато-коричневого кольору, строкатого малюнку за рахунок гострого дрібно-крапкового повнокрів'я; мікроскопічно-дифузна виражена лімфоцитарна, гістіоцитарна інфільтрація м'язових волокон, інтерстицію, дифузно ділянки вираженої дистрофії, некрозу міоцитів чергуються з гіпертрофованими міоцитами, дифузно фіброз інтерстиції різного ступеня, набряк інтерстиції, вісцеральний перикард з гострим кровонаповненням, діapedезними крововиливами, лімфоцитарною інфільтрацією, стінка коронарної артерії звичайної будови.

Висновки. Фульмінантний міокардит привів до складних порушень серцевого ритму, які стали причиною летального наслідку. Обговорюються можливості сучасної терапії і профілактики складних порушень серцевого ритму.

Прогностична здатність алгоритму Gage у хворих з фібриляцією передсердь

М.Ю. Колесник, Я.М. Михайловський

Запорізький державний медичний університет

Мета – визначити прогностичну здатність алгоритму підбору дози варфарину (ВФ) на основі фармакогенетичного тестування, розробленого Gage та співавт., у хворих з фібриляцією передсердь (ФП).

Матеріали і методи. У дослідження залучено 50 хворих з ФП (середній вік – $(67,14 \pm 1,08)$ року, чоловіків – 25, жінок – 25), що перебували на амбулаторному спостереженні протягом року в антикоагулянтному кабінеті, створеному на базі ННМЦ «Університетська клініка» ЗДМУ. Пацієнти були розподілені на 4 групи відповідно до кватилів остаточної терапевтичної дози ВФ: перша група ($n=15$) – $\leq 3,75 \text{ мг}$, друга ($n=14$) – $3,75\text{--}5,25 \text{ мг}$, третя ($n=9$) – $5,25\text{--}6,00 \text{ мг}$, четверта ($n=12$) – $>6,00 \text{ мг}$. Поліморфізм генів CYP2C9, CYP4F2, VKORC1 визначали у відділі молекулярно-генетичних досліджень навчального медико-лабораторного центру ЗДМУ за допомогою полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу в термоциклері CFX-96 (BioRad) з флуоресцентною схемою детекції. Розрахунок стартової дози ВФ здійснювали за результатами фармакогенетичного тестування за алгоритмом Gage та співавт. з використанням електронного ресурсу www.warfarindosing.org. Остаточна терапевтична доза ВФ визначалась шляхом титрування на підставі значень МНВ. Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакету програм Statistica 13.0 (StatSoft Inc., № JPZ8041382130ARCN10-J).

Результати. Виявлено вірогідний прямий кореляційний зв'язок між розрахованою (за алгоритмом Gage та співавт.) та терапевтичною дозою ВФ ($r=+0,57$; $p<0,05$). У загальній вибірці хворих ($n=50$) розрахована доза ВФ ($4,50$ ($3,60$; $5,75$) мг) та терапевтична доза ВФ ($5,00$ ($3,75$; $6,06$) мг) достовірно не відрізнялися ($p>0,05$). У хворих I–III кватилів розрахована та фактична дози також були зіставними ($p>0,05$) і становили $3,70$ ($3,30$; $4,45$) мг та $3,50$ ($3,00$; $3,75$) мг для I кватилу, $4,60$ ($4,25$; $5,06$) мг та $5,00$ ($4,50$; $5,00$) мг для II кватилу, $5,50$ ($4,30$; $6,20$) мг та $5,50$ ($5,25$; $5,63$) мг для III кватилу. Проте у пацієнтів IV кватилу розрахована доза ВФ була вірогідно нижчою за терапевтичну – $6,15$ ($4,88$; $6,53$) мг проти 7 ($6,25$; $7,66$) мг відповідно ($p<0,05$), що свідчить про меншу точність алгоритму Gage та співавт. у цій когорті хворих.

Висновки. Розрахована за алгоритмом Gage та співавт. стартова доза варфарину корелює з остаточною терапевтичною дозою. Алгоритм Gage та співавт. дозволяє визначити початкову дозу варфарину, яка є зіставною з терапевтичною для більшості хворих, проте заниженою для тих пацієнтів, які потребують високої щоденної дози.