

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXIII Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 20–23 вересня 2022 р.)

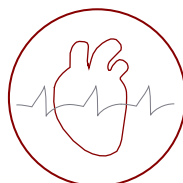
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- гострий інфаркт міокарда
- інтервенційна кардіологія
- дисліпідемії
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія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

Том Додаток

29

1

2022



www.ucardioj.com.ua



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

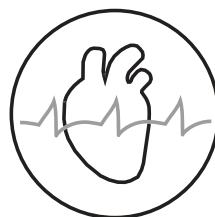
Матеріали XXIII Національного конгресу кардіологів України

(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

Фельдман	34	Шумаков В.О.	18, 37, 46	Melenevych A.Ya.	125
Фесенко	55, 101	Шумаков О.В.	29	Melenevych O.V.	125
Філатова	99			Mikhailiev	64
Філонова	95	Юрків	15	Minukhina	21
Франчук	80	Юшко	71	Myronenko	63
Фуркало	122				
Фурса	73, 74	Яблонська	92	Nesukay	63
Фуштей	60, 61, 97	Яджин	38		
		Якушев	62	Palamarchuk	83, 84, 108
Ханюков	15, 107	Ярема	115	Parkhomenko	39
Хомяков	29, 30, 35	Яринкіна	112	Podsevahina	83, 108
Хорошковата	120	Ястремська	37	Puvovar	109
Хохлов	14, 122				
Хребтій	4, 20, 41	Ayda Abatiu	33, 37, 46	Rudyk	109
				Rynchak	21
Царук	56	Bielinskyi	39		
Циганков	67	Bielosludtseva	63	Seredyuk	39, 47
Циж	4	Bilyi	39	Shchudro	63
				Skakun	47
Чабанна	60, 61	Dmitrichenko	63	Skybchyk	64
Чаплинська	124	Dovhan	39	Smolianova	108
Чендей	36			Stepura	39
Ченчик	90, 91	Fushtey	83	Storozhenko	40
Чернюк	122			Sypalo	95
Черняга-Ройко	48	Giresh	63		
Чубко	5, 88, 89			Taktashov	96
Чулаєвська	90	Hrona	96	Titov	63
				Titova	63
Швед	15, 36, 37	Irkin	39	Tytova	21
Швидка	11, 16, 89, 103				
Шевцова	9	Khaniukov	108	Vishnevskaya	40
Шевчук	80	Konopkina	63	Voloshyn	96
Шейко	83	Kopytsya	40		
Шелест	87	Koteliukh	21	Zaikina	21
Шкандала	122	Kravchun	95	Zharinov	64
Шпак	6, 18, 21				
Щукіна	9	Lutay	39		

кера систолічної дисфункції лівого шлуночка (ЛШ). Недостатньо відомо про прогностичні можливості ГПД та інших показників спекл-трекінг ехокардіографії у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ).

Мета – пошук маркерів несприятливого прогнозу у пацієнтів з ГІМ.

Матеріали і методи. Обстежено 126 хворих на ГІМ з елевацією сегмента ST, середній вік $60 \pm 10,1$ років. Хворим протягом перших 24 годин від початку захворювання проведено коронароангіографію та стентування коронарних артерій (середній час від початку ангінозного болю до проведення ревазуляризації ($6,14 \pm 8,81$) год). Несприятлива подія – кінцева точка визначалась як госпіталізація з приводу прогресування серцевої недостатності (СН), повторний гострий коронарний синдром (ГКС), шлуночкові аритмії (шлуночкова тахікардія, фібриляція шлуночків), смерть. Зі 126 хворих на ГІМ з елевацією сегмента ST 45 пацієнтів (35,7 %) мали несприятливі серцево-судинні події протягом року спостереження. Ехокардіографічне дослідження у перші доби захворювання проводили на апараті Toshiba Aplio 500, модель TUS-A500 з опцією Wall Motion Tracking. Статистичний аналіз проводили з використанням пакета програм Statistica 6.0 (StatSoft Inc., № AXXR712D833214FAN5). Постійні змінні представлені як середнє (М) та стандартне відхилення (SD) при нормальному розподілі або медіана і міжквартильний розмах, якщо розподіл даних не відповідав критеріям нормальності.

При проведенні кореляційного аналізу серед всіх клінічно-біохімічних показників у хворих нашої вибірки було виявлено, що найбільш корелювали з несприятливими подіями ГПД 0,69 ($p < 0,05$) та механічна дисперсія 0,72 ($p < 0,05$).

При побудові моделі з урахуванням двох показників – ГПД та механічної дисперсії – площа під ROC кривою становила 0,965, чутливість моделі 91,1 %, специфічність 91,8 %.

Для вирішення завдання прогнозування настання комбінованої кінцевої точки в динаміці спостереження після ГІМ використали метод багатовимірного логістичного регресійного аналізу з покроковим алгоритмом виключення предикторів. З вихідних вибраних за результатами одновимірного кореляційного аналізу предикторів, що мають достовірний зв'язок з прогнозованою змінною (індекс обсягу лівого передсердя, ГПД ЛШ і механічна дисперсія ЛШ при дослідженні в гострий період, систолічна екскурсія фіброзного кільця трикуспідального клапана), після покрокового виключення змінних, що не мають достовірного впливу на параметри моделі, зберігали передбачувальну цінність з рівнем значущості $p < 0,05$ два показники – ГПД та механічна дисперсія при дослідженні у гострий період інфаркту міокарда.

При побудові рівняння логістичної регресії несприятливий прогноз (НП) у хворих на ГІМ був пов'язаний з ГПД (X) та механічною дисперсією (Y) таким чином:

$$\begin{aligned} \text{НП} = & \exp(-2,55208879116 + (-0,7482501364694) \times X + \\ & + (-0,1123817273911) \times Y) / \\ & (1 + \exp(-2,55208879116 + (0,7482501364694) \times X + \\ & + (0,1123817273911) \times Y)). \end{aligned}$$

Висновки. В нашому дослідженні було виявлено, що глобальна повздожня деформація та механічна дисперсія є найбільш потужними прогностичними маркерами несприятливого прогнозу у хворих з інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST.

Об'єднання цих показників в модель за допомогою логістичної регресії посилює передбачувану потужність (площа під кривою більше) та мало більшу чутливість та специфічність у прогнозуванні несприятливих подій, ніж кожний маркер поодиноці.

Асиметричний диметиларгінін – ендотеліальний маркер несприятливого перебігу гострого інфаркту міокарда у хворих із супутнім цукровим діабетом 2-го типу

Д.А. Фельдман, Н.Г. Риндіна

Харківський національний медичний університет

Мета – оцінити прогностичне значення асиметричного диметиларгініну (ADMA) як маркера несприятливого перебігу гострого інфаркту міокарда у хворих з супутнім цукровим діабетом 2-го типу.

Матеріали і методи. Обстежено 120 хворих, які ввійшли до складу 2 груп: 1-ша група – хворі на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) із супутнім цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу ($n=70$), 2-га група – хворі на ГІМ без супутнього ЦД 2-го типу ($n=50$). До складу контрольної групи ввійшли 20 майже здорових осіб.

Обстеження пацієнтів проводилося на базі 2 лікувальних закладів: комунального некомерційного підприємства «Міська клінічна лікарня № 27» Харківської міської ради та Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 1 філії «Центр охорони здоров'я» Акціонерного товариства «Українська залізниця». Діагнози встановлювали згідно з чинними наказами Міністерства охорони здоров'я України. Усі пацієнти, які взяли участь у дослідженні, підписали добровільну інформовану згоду на участь у ньому. Учасникам дослідження на першу добу ГІМ було визначено рівень ADMA з використанням комерційної тест-системи «Human Asymmetrical Dimethylarginine ELISA» (Австрія), проведено загальні клінічні та інструментальні обстеження. Статистична обробка отриманих даних була проведена за допомогою програмного пакету Statistica 6,0 (StatSoft Inc, США).

Результати. У хворих 1-ї групи середній рівень ADMA був вищим, ніж у хворих 2-ї групи, та значно

вищим, ніж у контрольній групі – $(1,57 \pm 0,11)$ мкмоль/л; $(0,61 \pm 0,06)$ мкмоль/л; $(0,17 \pm 0,023)$ мкмоль/л, відповідно ($p < 0,005$).

Під час обстеження хворих у госпітальному періоді ГІМ була виконана оцінка за класами тяжкості ГІМ за Killip в обстежуваних хворих. Значення показника ADMA було розподілено на 3 тертилі. Виходячи з цього, було визначено: при рівні ADMA $\leq 1,45$ мкмоль/л (1-й тертиль) I клас за Killip зустрічався у 60 %; II – не зустрічався; II – у 40 %; IV – не зустрічався; при $1,45 < \text{ADMA} \leq 1,98$ мкмоль/л (2-й тертиль) – 40 %, 30 %, 20 %, 10 % відповідно; при ADMA $> 1,98$ мкмоль/л (3-й тертиль) – 55,56 %, 11,11 %, 33,33 % відповідно.

Q-позитивний ГІМ зустрічався у 40 % хворих, які входили до групи 1-го тертиля, у 30 % хворих групи 2-го тертиля, у 77,78 % хворих групи 3-го тертиля.

У ході дослідження було визначено: рівень ADMA більше 0,76 мкмоль/л був предиктором розвитку серцево-судинної смерті протягом 6-місячного терміну спостереження після перенесеного ГІМ.

Висновки. Таким чином, рівень асиметричного диметиларгініну відіграє роль маркера несприятливого перебігу гострого інфаркту міокарда у хворих із супутнім цукровим діабетом 2-го типу та може бути використаним у практичній охороні здоров'я для оцінки ризику серцево-судинної смерті протягом 6 місяців спостереження після перенесеної коронарної події при наявності цієї коморбідної патології.

Особливості госпітального перебігу невідкладної серцево-судинної патології у хворих із супутньою інфекцією COVID-19

Д.В. Хомяков

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені акад. М.Д. Стражеска НАМН України", Київ

Пацієнти з COVID-19 інфекцією та супутньою невідкладною серцево-судинною патологією мають вищий ризик несприятливих подій та смерті.

Мета – аналіз перебігу госпітального періоду захворювання та основних причин смерті у пацієнтів з невідкладною серцево-судинною патологією, які мали супутню інфекцію COVID-19.

Матеріали і методи. Обстежено 129 пацієнтів. Причини госпіталізації: ГКС – 66 (51,2 %) хворих (46 пацієнтів зі STEMI), ускладнений гіпертензивний криз – 34 (26,4 %), гостра декомпенсована СН (ГДСН) – 19 (14,7 %), тахісistolічна форма ФП – 8 (6,2 %), ТЕЛА – 2 (1,6 %) хворих. Діагноз COVID-19 був встановлений: до госпіталізації – у 71 (55,0 %), при госпіталізації – у 31 (24,0 %), під час стаціонарного лікування – у 27 (21,0 %) пацієнтів. Середній вік пацієнтів – $(67,2 \pm 12,6)$ року,

чоловіків – 65 (50,4 %). В анамнезі АГ визначалася у 112 (86,8 %), хронічна ІХС – 88 (68,2 %), ІМ в анамнезі перенесли 49 (41,9 %), ЦД – 23 (17,8 %), постійна/персистуюча ФП – 39 (30,2 %) хворих. При госпіталізації SpO₂ – $(91,8 \pm 10,4)$ %, сист. АТ – $(136,7 \pm 28,8)$ мм рт. ст., ЧСС – $(82,9 \pm 17,9)$ уд/хв. Лікування серцево-судинної патології проводили згідно з рекомендаціями. В лікуванні COVID-19 використовували антикоагулянтну – 90,6 % пацієнтів, гормональну терапію (дексаметазон, середня доза – $(7,1 \pm 3,5)$ мг) – 65,0 % пацієнтів, оксигенотерапію.

Результати. За період госпітального спостереження зареєстровані такі ускладнення: ТЕЛА у 3 (2,3 %), ішемічний інсульт – 1 (0,8 %), гостре ураження нирок – 28 (21,7 %), ІМ 2-го типу та інші пошкодження серця з підвищенням рівня тропонінів – 9 (7,8 %), клінічно значущі кровотечі – 3 (2,3 %) пацієнтів. Необхідність проведення неінвазивної вентиляції легень була у 23 (17,8 %), інотропної терапії – 19 (14,7 %) хворих. Протягом періоду госпіталізації померли 18 (14,0 %) хворих. Основною причиною смерті було прогресування дихальної та серцевої недостатності – 10 (55,6 %) пацієнтів (рисуюнок). Ці хворі померли в середньому через $(7,3 \pm 2,4)$ доби від госпіталізації в стаціонар або через $(11,3 \pm 5,6)$ доби від розвитку COVID-19, 4 (22,2 %) пацієнти померли від ускладнень гострого періоду інфаркту міокарда (кардіогенний шок, набряк легень, порушення ритму та провідності). Іншими причинами смерті були: тромбоемболія легеневої артерії, гострий ішемічний інсульт (по одному пацієнту) та гострий міокардит (два пацієнти).

Висновки. Супутня COVID-19 інфекція погіршує результати лікування пацієнтів з невідкладною серцево-судинною патологією та збільшує летальність цих хворих.

