



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА СУСПІЛЬНИХ ДИСЦИПЛІН
КАФЕДРА ДИТЯЧИХ ХВОРОБ**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**II ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СОЦІАЛЬНО-ЕТИЧНІ ТА ДЕОНТОЛОГІЧНІ
ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ
(НЕМЕДИЧНІ ПРОБЛЕМИ В МЕДИЦИНІ)»**

18-19 ЛЮТОГО 2021 РОКУ



М. ЗАПОРІЖЖЯ

УДК 614.253:17.021.3](063)

З-41

Редколегія:

Боярська Л. М. – завідувач кафедри дитячих хвороб ЗДМУ, кандидат медичних наук, професор;

Утюж І. Г. – завідувач кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ, доктор філософських наук, професор;

Котлова Ю. В. – кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячих хвороб ЗДМУ;

Сенетий Д. П. – доктор філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ;

Мегрелішвілі М. О. – кандидат філософських наук, доцент кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ;

Касаткіна К. А. – викладач кафедри суспільних дисциплін ЗДМУ.

Збірник матеріалів II Всеукраїнської науково-практичної конференції «Соціально-етичні та деонтологічні проблеми сучасної медицини (немедичні проблеми в медицині)» (18-19 лютого 2021 року). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – 180 с.

Автори матеріалів несуть повну відповідальність за достовірність наданої у доповідях інформації й точність наведених цитат. Точка зору автора не завжди може співпадати з позицією редколегії.

5. ПРОБЛЕМА ТІЛЕСНОСТІ

УДК 616.127-005.8-085.273:316.654

ЗМІНА СОЦІАЛЬНОЇ ПАРАДИГМИ ІНФАРКТУ МІОКАРДА ПІД ВПЛИВОМ РЕПЕРFUЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

*Кисельов С.М., д.мед.н., професор,
завідувач кафедри внутрішніх хвороб 1 та симуляційної медицини,
Савченко Ю.В., аспірант,
кафедра внутрішніх хвороб 1 та симуляційної медицини,
Запорізький державний медичний університет*

Актуальність. Цей проект присвячений актуальній проблемі сучасної кардіології, одній з найзагрозливіших форм ішемічної хвороби серця – гострому інфаркту міокарда з елевацією ST (STEMI). Автори висвітлюють вплив тактики лікування STEMI на особливості перебігу захворювання, виникнення ускладнень, швидкість і якість відновлення працездатності, що є актуальним і потребує подальшого вивчення.

Мета дослідження: дослідити особливості перебігу гострого періоду STEMI у пацієнтів в залежності від обраного методу реперфузійної терапії.

Матеріали та методи. Було проаналізовано дані клініко-інструментального обстеження 100 пацієнтів із STEMI в гострому періоді. Хворі розподілені на 3 групи в залежності від отримуваної терапії (перкутанне коронарне втручання (ПКВ) або тромболітична терапія (ТЛТ) із подальшим ПКВ; ТЛТ; стандартна медикаментозна терапію).

Результати. У пацієнтів 1 групи порівняно з 3 групою були значно меншими кінцево-сistolічний розмір лівого шлуночка (ЛШ) (на 5,73%, $p = 0,0471$) та індекс маси міокарда ЛШ (на 10,06%, $p = 0,0076$). Серед пацієнтів 1-ї групи порівняно з 2-ю групою значно рідше визначали легенеvu гіпертензію - на 17,72% ($p = 0,028$), формування зон гіпокінезів на 26,15% ($p = 0,0293$) та систолічну дисфункцію ЛШ на 1,99% ($p = 0,0135$), а порівняно з групою 3 рідше формування зон дискінезії ЛШ на 19,46% ($p = 0,027$). Гостра лівошлуночкова недостатність (ГЛШН) у групі 2 виникала рідше порівняно з групами 1 та 3 (на 24,34%, $p = 0,0067$ та 7,7%, $p = 0,0049$).

Висновки. У пацієнтів після ЧКВ спостерігалися кращі показники внутрішньосерцевої гемодинаміки, рідше зустрічалась легенева гіпертензія та систолічна дисфункція. Реперфузійний синдром у групі ПКВ частіше проявлявся ГЛШГ, на відміну від групи ТЛТ, де частіше виникала екстрасистолічна аритмія. Аневризма ЛШ частіше виникає у пацієнтів, які не отримували реперфузійну терапію.

Ключові слова: інфаркт міокарда з елевацією ST, STEMI, реперфузійна терапія, перкутанне коронарне втручання.

CHANGE OF THE SOCIAL PARADIGM OF MYOCARDIAL INFARCTION UNDER THE INFLUENCE OF REPERFUSION THERAPY

*Kyselov S.M., MD, PhD, DSc, Prof., Head of the Department,
Department of Internal Medicine 1 and Simulation Medicine
Savchenko Y. V., PhD student,
Department of Internal Medicine 1 and Simulation Medicine
Zaporizhzhia State Medical University*

Introduction. This project is dedicated to the current problem of modern cardiology, one of the most threatening forms of coronary heart disease – ST-elevation myocardial infarction (STEMI). The authors cover the influence of tactics of treatment of STEMI on the features of the disease, the occurrence of complications, the speed and quality of recovery, which is relevant and needs further study.

Aim: to investigate the features of the acute period of STEMI depend on the chosen method of reperfusion therapy.

Materials and methods. 100 patients with STEMI in the acute period were examined. They were divided into 3 groups depending on the therapy received: 1st (n = 46) – after primary percutaneous coronary intervention (PCI), 2nd (n = 33) – after thrombolytic therapy (TLT), 3rd (n = 21) – patients with standard drug therapy.

Results. In patients of group 1, compared with group 3, the left ventricle (LV) end-systolic diameter was significantly lower by 5.73% ($p = 0.0471$) as well as the LV myocardial mass index by 10.06% ($p = 0.0076$). Among patients of the 1st group, compared with the 2nd group, significantly less often were determined pulmonary hypertension – by 17.72% ($p = 0.028$), the formation of hypokinesia zones by 26.15% ($p = 0.0293$) and LV systolic dysfunction by 1.99% ($p = 0.0135$), and compared with group 3 less often the formation of LV dyskinesia zones by 19.46% ($p = 0.027$). Acute LV failure in group 2 occurred less frequently compared with groups 1 and 3 (by 24.34%, $p = 0.0067$ and 7.7%, $p = 0.0049$).

Conclusions. In patients after PCI there were better intracardiac hemodynamics, less pulmonary hypertension and systolic dysfunction. Reperfusion syndrome in the PCI group was more often manifested like acute LV failure, in contrast to the group with TLT, where extrasystolic arrhythmia occurs more often. LV aneurysm is more likely to occur in patients who have not received reperfusion therapy.

Keywords: ST-elevation myocardial infarction, STEMI, reperfusion therapy, percutaneous coronary intervention

Актуальність. Інфаркт міокарда є однією з найзагрозливіших форм ішемічної хвороби серця для життя та працездатності пацієнтів [2, с.75; 4, с.131], тому важко переоцінити соціальне значення цього захворювання для сучасного суспільства. До середини минулого століття смертність від інфаркту міокарда сягала 60%. Справжня революція відбулась в 50-х роках ХХ століття з появою кардіореанімаційних блоків, оснащених приліжковим монітором і дефібрилятором. Зниження смертності до 30% відбулось за рахунок гострих аритмій. Впровадження антиагрегантної, антикоагулянтної та тромболітичної терапії і зміна підходів до ведення пацієнтів [6, с.87–165] сприяли зниженню показника смертності від інфаркту міокарда до 15%, а втілення методів механічного відновлення коронарного – до 5-7% [1, с.63].

Схожа ситуація спостерігається і з втратою працездатності, як тимчасової так і стійкої [5, с.20]. Терміни лікування інфаркту міокарда в стаціонарі знизились з 30 днів до 1 тижня при неускладненому перебігу інфаркту міокарда та проведенні стентування інфаркт-залежної коронарної судини. Якщо в минулому столітті пацієнт під час лікування інфаркту міокарда в стаціонарі був строго прикутий до ліжка не менш 20 днів, то на сьогодні вважається, що раннє розширення режиму (на 2-3 добу від початку захворювання) зменшує ризик тромбоемболічних ускладнень та сприяє кращому відновленню працездатності. Стійка втрата працездатності після інфаркту міокарда до появи методів відновлення кровотоку сприймалась суспільством як беззаперечний факт, але сьогодні проведення черезшкірного коронарного втручання в перші 2 години від початку захворювання здатно врятувати життєздатність міокарду в басейні інфаркт-залежної артерії, що обумовлює повне відновлення працездатності, способу та якості життя пацієнтів [3, с.117-121].

Отже, вплив тактики лікування гострого інфаркту міокарда на особливості перебігу захворювання, виникнення ускладнень, швидкість і якість відновлення працездатності є актуальним і потребує подальшого вивчення.

Мета дослідження. Дослідити особливості перебігу гострого періоду інфаркту міокарда з елевацією ST у пацієнтів в залежності від обраного методу реперфузійної терапії.

Методи дослідження. Дослідження виконане на клінічних базах кафедри внутрішніх хвороб 1 та симуляційної медицини Запорізького державного медичного університету. У зрізовому одноцентровому дослідженні було проаналізовано дані клініко-інструментального обстеження 100 хворих на інфаркт міокарда з елевацією ST (STEMI) в гострому періоді (медіана віку 63 (56;69) років, з них 61% чоловіки). Хворі були розподілені на 3 групи: до 1-ї групи (n=46) увійшли хворі, яким у гострому періоді інфаркту міокарда (ІМ) була проведена реперфузійна терапія (первинне перкутанне коронарне втручання (ПКВ) або тромболітична терапія (ТЛТ) із подальшим ПКВ) (медіана віку 66 (56; 70) років, з них 58,69% чоловіки), до 2-ї групи (n=33) – хворі, яким з метою реперфузії проводилась ТЛТ (медіана віку 62 (56; 66) років, з них 69,70% чоловіки), до 3-ї групи – хворі (n=21), які не увійшли у «терапевтичне вікно» для проведення первинного ПКВ та отримували стандартну медикаментозну терапію. Хворим проведено ЕКГ, коронароангіографія, трансторакальна ехокардіоскопія, лабораторне обстеження. Статистичну обробку виконано за допомогою пакета програм Statistica 10.0 (StatSoft, Inc., США). Оцінку достовірності розподілення якісних бінарних ознак проведено з застосуванням критерію «Хі-квадрат». Наявність відмінностей між двома незалежними кількісними змінними оцінювали, використовуючи U-критерій Манна-Уїтні. Для виявлення відмінностей між групами по виділеній якійсь градації будь-якої ознаки застосовували двосторонній варіант точного критерію Фішера. Аналіз кореляційного зв'язку проводився за методом Спірмена. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$.

Результати. У хворих 1-ї групи порівняно з хворими 3-ї групи достовірно меншими були кінцево-сistolічний розмір ЛШ- на 5,73% ($p=0,0471$) та індекс маси міокарда ЛШ – на 10,06% ($p=0,0076$); в порівнянні з 2 групою виявлено більш високу швидкість току крові через клапан легеневої артерії (ЛА) – на

18,18% ($p=0,000034$) та трансортального потоку – на 25% ($p=0,002$), порівняно з хворими 3 та 2 груп відмічено достовірно вищий градієнт тиску на аортальному клапані -на 55,17% ($p=0,021$) та 39,65% ($p=0,003$) відповідно, вищу швидкість транстрикуспідального потоку – 18,86% ($p=0,038$) та 15,09% ($p=0,008$), нижчий середній тиск у ЛА – 21,97% ($p=0,035$) та 20,5% ($p=0,029$). Серед пацієнтів 1-ї групи достовірно рідше визначалась легенева гіпертензія в порівнянні з 2 групою- на 17,72% ($p=0,028$), формування зон дискінезу ЛШ на 19,46% ($p=0,027$) в порівнянні з групою 3 та гіпокінезу на 26,15% ($p=0,0293$) в порівнянні з групою 2, формування систолічної дисфункції ЛШ порівняно з хворими 2 групи на 1,99% ($p=0,0135$). В групі 2 відмічено достовірно вищий показник кількості лейкоцитів в порівнянні з групами 1 та 3 (на 35,98%, $p=0,001$ та 25,23%, $p=0,01$ відповідно). У пацієнтів групи 2 гіпертермія відзначалась частіше на 43,6% ($p=0,0001$) в порівнянні із 1 групою та на 36,4% ($p=0,0193$) - в порівнянні з 2 групою. Серед пацієнтів 2 групи порівняно з 1 та 3 групами спостерігалась тенденція до переважання частоти виникнення фібриляції шлуночків на 6,06% ($p>0,05$) та на 6,06% ($p>0,05$) відповідно, екстрасистолічної аритмії – на 24,24% ($p=0,0005$) та на 24,2% ($p=0,0133$) відповідно. Гостра лівошлуночкова недостатність в групі 2 виникала рідше ніж у групі 1 та 3 (на 24,34%, $p=0,0067$ та на 32,04%, $p=0,0049$ відповідно).

Висновки.

У групі хворих, яким було проведено ПКВ, структурно-функціональні зміни серця характеризуються меншим КСР ЛШ та ІММ ЛШ, ліпшими показниками внутрішньосерцевої гемодинаміки. Достовірно рідше відзначались легенева гіпертензія, формування зон порушеної скоротливості міокарда та систолічна дисфункція. Післяопераційний період супроводжується достовірно меншим лейкоцитозом та гіпертермією. Реперфузійний синдром в групі ПКВ частіше проявлявся у вигляді гострої лівошлуночкової недостатності, на відміну від групи з тромболітичною терапією, де частіше виникає екстрасистолічна аритмія. У пацієнтів, яким не була проведена реперфузійна терапія частіше формуються такі незворотні зміни як аневризма ЛШ.

Список літератури:

1. Кошеля І. І. Епідеміологія інфаркту міокарда в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2020. №3. С. 63–68. DOI 10.24144/2077-6594.3.2.2020.213696
2. Левицька Л. В. Медико-соціальні аспекти відновного лікування хворих на інфаркт міокарда з коморбідним цукровим діабетом. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2018. №4. С. 75–81. DOI 10.11603/1681-2786.2018.4.10034
3. Притуляк О. М. Оцінка перебігу відновного лікування хворих після перенесеного інфаркту міокарда з супутньою артеріальною гіпертензією. *Art of Medicine*. 2020. №1. С. 117–121.
4. Рудень В. В. Аналіз і прогноз показників смертності з причини гострого інфаркту міокарда [I.21] серед населення в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. №1. С. 131–139.
5. Рудень В. В. Про стан втрати працездатності серед населення України з причини гострого інфаркту міокарда. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. №4. С. 20–26.
6. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*. 2019. №40. С. 87–165.