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

# Український кардіологічний журнал

## Ukrainian Journal of Cardiology

# Матеріали XXII 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

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

Київ • 2021

можна в будь-який обраний часовий інтервал з періодичністю 2 мс. Такі зони і являються, аритмогенним субстратом. Ці дані значно відрізнялися від результатів, отриманих в двох контрольних групах.

**Висновки.** Таким чином, проведені дослідження підтверджують високу ефективність неінвазивного магнітокардіографічного картування у виявленні патологічної аритмогенної активності ішемізованого міокарда, що, в свою чергу, дозволяє прогнозувати можливість шлуночкових порушень серцевого ритму.

## Флотуючий тромб правого передсердя при гострій масивній легеневій емболії: клінічний випадок ефективного тромболізису альтеплазою в пацієнта з нестабільною гемодинамікою

М.В. Кучерява, А.П. Федорчук, С.О. Кузьменко, Н.М. Руденко

ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії» МОЗ України, Київ

Проблема тромбоемболічних ускладнень в усьому світі залишається досить актуальною для сучасної медицини. Це третя за поширеністю серцево-судинна хвороба із щорічною захворюваністю 100–200 на 100 000 осіб. В цілому, ЛЕ – одна з головних причин смертності, захворюваності та госпіталізації в Європі. Внаслідок ЛЕ щорічно помирають в середньому 50 000 людей, 70 % з яких – протягом першої години від початку симптомів захворювання. Масивна легенева емболія (ЛЕ) часто ускладнюється гіпотензією та шоком, які призводять до смертності, що перевищує 50 % усіх випадків. Пацієнти з тромбозом правих відділів серця переважно отримують лікування у вигляді тромболізисної терапії, порівняно з антикоагулянтною, що веде до зниження смертності на 30 %.

**Мета** – оцінити якість та ефективність тромболітичної терапії при гострій масивній легеневій емболії, ускладненій флотуючим тромбом правого передсердя.

**Матеріали і методи.** Пацієнт з гострою масивною тромбоемболією легеневої артерій та наявним флотуючим тромбом правого передсердя. Клінічна та ехокардіографічна оцінка ефективності тромболітичної терапії альтеплазою.

**Результати.** 70-річна пацієнтка в ургентному порядку надійшла до відділення інтенсивної терапії зі скаргами на раптовий початок болю за грудниною, що виник вперше, виражену задишку та два епізоди синкопе за останні 4 години. При поступленні хворої до стаціонару частота серцевих скорочень – 131 уд./хв, артеріальний тиск – 80/50 мм рт. ст., $SpO_2$ становила 88 %, $PO_2$ – 76 мм рт. ст. (артеріальної крові). Рівень Д-димеру становив 7 мкг/мл (при нормі до 0,5 мкг/мл). На електрокардіограмі було зареєстровано повну блокаду правої ніжки пучка Гіса, ознаки перевантаження правого шлуночка. Ехокардіографічно виявлено дилятовані праве передсердя та правий шлуночок, гіперехогенне «флотуюче» утворення правого передсердя; спостерігалася помірна трикуспідальна регургітація та виражена легенева гіпертензія із систолічним тиском в легеневій артерії ~ 78 мм рт. ст. і збереженою систолічною функцією лівого шлуночка; нижня порожниста вена 20 мм, на вдосі не спадалася. Ургентно було вирішено провести тромболітичну терапію пацієнтці у зв'язку із нестабільною гемодинамікою. Хворій було розпочато введення альтеплази за прискореною схемою: 10 мг тканинного активатора плазміногену, як внутрішньовенний болюс протягом 1 хвилини введення, надалі – внутрішньовенна інфузія альтеплази 90 мг протягом наступних 2 годин до досягнення максимальної загальної дози 100 мг. Через три години після проведеної тромболітичної терапії – гемодинамічні показники пацієнтки мали позитивну динаміку: артеріальний тиск – 125/80 мм рт. ст., пульс – 76/хв, $SaO_2$ – 98 %, $PO_2$ – 90 мм рт. ст. (артеріальної крові). На трансторакальній ехокардіографії – відсутність тромбу у правому передсерді та правому шлуночку, а також невелика трикуспідальна регургітація, із невеликою легеневою гіпертензією (PsystRV – 36 мм рт. ст.).

**Висновки.** Цей клінічний випадок демонструє тромболізис альтеплазою як «терапію порятунку» та достатньо ефективний вибір лікування пацієнтів з нестабільною гемодинамікою, гострою масивною легеневою емболією, ускладненою тромбозом правого передсердя та/або правого шлуночка і наявною високою легеневою гіпертензією.

## Оцінка геморагічного ризику в пацієнтів з гострим коронарним синдромом зі стійкою елевацією сегмента ST та можливості вибору подвійної антиагрегантної терапії

Д.А. Лашкул[1], М.С. Подлужний[1,2], С.В. Олешко[2], К.О. Баранов[2], І.Л. Назарова[2], І.О. Стеблянко[2], О.О. Гойденко[3]

[1] Запорізький державний медичний університет
[2] КНП «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» ЗОР
[3] Медичний центр КардіоNOVA, Запоріжжя

**Мета** – дослідити профіль геморагічного ризику з використанням різних оціночних шкал у хворих на гострий коронарний синдром зі стійкою елевацією сегмента ST (ГКСз↑ST) та проаналізувати структуру подвійної антиагрегантної терапії (ПААТ).

**Матеріали і методи.** У дослідження включено 97 хворих (71 чоловік), медіана віку 64 [60; 71] роки), що госпі-

талізовані до Комунальної установи «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» Запорізької обласної ради з діагнозом: Гострий коронарний синдром зі стійкою елевацією сегменту ST. ГКС діагностували і оцінювали згідно з Рекомендаціями Асоціації кардіологів України та Європейського товариства кардіологів (2017). Усім хворим була виконана коронароангіографія з подальшим перкутанним коронарним втручанням та імплантацією стента у інфаркт-залежну коронарну артерію. Статистична обробка проводилася за допомогою пакета статистичних програм Statistica 13.0 (пакет Stat Soft Inc, США, № ліцензії AXXR712D833214FAN5). Всі дані представлені у вигляді медіани (Me), міжквартильного інтервалу (МКІ). Для аналізу таблиць спряженості 2×2 при порівнянні категоризованих змінних застосовували двосторонній точний критерій Фішера або Chi2 тест. Відмінності вважали достовірними при значеннях $p<0,05$.

**Результати.** Аналіз структури супутньої патології у хворих на ГКСз↑ST виявив наявну анемію у 26 (26,8 %) пацієнтів, хронічну хворобу нирок – у 23 (23,7 %), цукровий діабет – у 15 (15,5 %), перебували у віці старше 75 років 12 (12,4 %) хворих. Розрахунок ішемічного ризику за шкалою GRACE виявив високий ризик у 15 (15, %%) хворих. За даними оцінки геморагічного ризику за шкалою PRECISE-DAPT, що рекомендована для оцінки ймовірної тривалості ПААТ, у 22 (22,7 %) пацієнтів високий (> 25 балів) ризик, за шкалою CRUSADE – 5 (5,2 %) дуже високого, 10 (10,3 %) високого та 8 (8,2 %) помірного ризику, за шкалою ARC-HBR – 11 (11,3 %) пацієнтів високого ризику. В якості компонента ПААТ у 61 (62,8 %) хворого застосовували потужний інгібітор рецепторів $P2Y_{12}$ тикагрелор, у 36 (37,1 %) – клопідогрель. Незважаючи на рекомендації Європейського товариства кардіологів (2017, 2019) щодо пріоритетного вибору потужного інгібітора рецепторів $P2Y_{12}$ (тикагрелор або прасугрель) в якості компонента ПААТ після перкутанного коронарного втручання, реальна клінічна практика демонструє, що третина пацієнтів мають високий ризик геморагічних подій. Цей факт може бути підставою для використання стратегії проактивної деескалації ПААТ, коли зі старту призначається менш потужний інгібітор $P2Y_{12}$ (клопідогрель), або розглядається реактивна стратегія деескалації ПААТ – перехід на клопідогрель у разі виникнення геморагічних ускладнень, непереносимість тикагрелору, необхідності одночасного застосування прямих оральних антикоагулянтів і т. і.

**Висновки.** Третина пацієнтів на ГКСз↑ST мають фактори ризику, які формують профіль високого ризику геморагічних ускладнень, що потребує виваженого прийняття рішення при ініціації та подовжені ПААТ. Раціональною виглядає стратегія оцінки ризику за допомогою валідних шкал (CRUSADE, PRECISE-DAPT, ARC-HBR), коли при наявності високого геморагічного ризику, що переважає ішемічний, застосовується проактивна стратегія деескалації ПААТ з вибором у якості компонента менш потужного інгібітора $P2Y_{12}$.

## Прогноз перебігу хронічного коронарного синдрому в пацієнтів із супутнім цукровим діабетом 2-го типу та ефективність застосування кверцетину в комплексній терапії

Н.Б. Нищук-Олійник, С.В. Федоров, Н.З. Позур

Івано-Франківський національний медичний університет

Хронічний коронарний синдром (ХКС) у поєднанні із цукровим діабетом (ЦД) є однією із провідних медико-соціальних проблем сучасного суспільства. Вивчається питання про вплив запального компоненту на розвиток атеросклерозу в хворих на ХКС у поєднанні із ЦД 2-го типу. Залишається нез'ясованим вплив виразності хронічного системного запалення при такій поєднаній патології. Останнім часом усе більше уваги вчених і клініцистів при виборі терапії у хворих на СІХС привертають препарати, які мають властивості антиоксидантів і мембранопротекторів [Gunt T. та співавт., 2020]. Саме до таких препаратів засобів належить біофлавоноїд кверцетин, який впливає на активність ферментів, що беруть участь у деградації фосфоліпідів, утворенню вільних радикалів, продукції та метаболізмі оксиду азоту (NO) тощо [Пархоменко і співавт., 2019]

**Мета** – оцінити прогностичну роль сироваткового рівня sST2, високочутливого С-реактивного протеїну (hs-СРП) та ТМАО як маркерів хронічного системного запалення та інсулінорезистентності у хворих на ЦД 2-го типу та стабільну ішемічну хворобу серця (СІХС) та оцінити ефективність застосування кверцетину у таких пацієнтів.

**Матеріали і методи.** Проведено обстеження 60 пацієнтів, у тому числі 30 хворих на ХКС: стенокардія напруження, ФК II–III (група I) 30 хворих на ХКС: стенокардія напруження, ФК II–III та ЦД 2-го типу, інсуліннепотребуючий (група II), які додатково на тлі базової терапії отримували кверцетин у дозі 40 мг тричі на добу, розжовуючи, за 30 хв до прийому їжі 30 днів. Усі пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділення КНП МКЛ №1 ІФМР та кардіологічному відділені КНП ЦМКЛ ІФМР м. Івано-Франківська. Середній вік пацієнтів становив (56,35±1,36) років, у тому числі: чоловіків – (53,20±1,22) років, жінок – (61,70±1,88) років. Діагноз ХКС та стенокардії напруження виставляли відповідно до чинних настанов Європейського кардіологічного товариства (2019), а ЦД 2-го типу – відповідно до настанов Американської діабетологічної асоціації (2020). Рівні sST2 та hs-СРБ визначали за допомогою імуноферментного методу. Визначення концентрації ТМАО в зразках плазми крові виконано на базі лабораторії «Діамеб».

**Результати.** У процесі дослідження виявилося, що рівні ST2 (34,22±2,73) нг/мл хворих на стенокардію напруження у поєднані із ЦД 2-го типу були вищими