

# Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

## Матеріали ХХІІ Національного конгресу кардіологів України

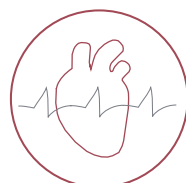
(Київ, 21–24 вересня 2021 р.)

- 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](http://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

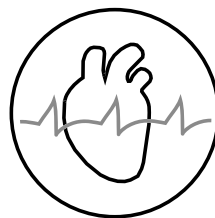
### Матеріали XXII Національного конгресу кардіологів України

(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](http://www.ucardioj.com.ua)

Київ • 2021

порівняно з контрольною групою, однак не відрізнялися між собою. Статистично значущих відмінностей між групами за іншими показниками не встановлено.

**Висновки.** У пацієнтів з ГІМ, ускладненим СН при цукровому діабеті 2-го типу, відрізняється спектр варіабельності серцевого ритму, а саме за рівнем дуже низьких та ультра низьких частот. Виявлено відмінності симпато-парасимпатичного балансу в пацієнтів з ГІМ, ускладненим СН та ЦД 2-го типу. Ступінь напруження вегетативної нервової системи у пацієнтів з ГІМ, ускладненим СН, вище та посилюється за умови супутнього ЦД 2-го типу, що зумовлює більш виражені зміни переважно у нічний час.

### Динаміка функції ендотелію на тлі ранньої гіполіпідемічної терапії у хворих на гострий інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST

О.М. Пархоменко, А.О. Степура, Я.М. Лутай, О.І. Іркін, С.П. Кушнір, О.В. Довгань, Д.О. Білий

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

**Мета** – оцінити вплив різних режимів гіполіпідемічної терапії на зміну функції ендотелію у пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (ГІМеСТ).

**Матеріали і методи.** У дослідження було включено 135 пацієнтів, що поступили до відділення реанімації та інтенсивної терапії ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України з діагнозом ГІМеСТ в середньому через  $(4,7 \pm 1,0)$  год від появи симптомів захворювання. Методом конвертів пацієнти розділені на 4 групи, яким відразу при надходженні і до проведення реваскуляризації (первинного ЧКВ) призначали гіполіпідемічну терапію. У 1-шу групу ввійшли 26 осіб, яким призначали комбінацію аторвастатину в дозі 10 мг і езетимібу – 10 мг, в 2-гу – 24 пацієнта, які приймали аторвастатин у дозі 40 мг, в 3-тю – 43 хворих, які отримували аторвастатин у дозі 80 мг, в 4-ту – 42 пацієнта, яким призначили комбінацію аторвастатину в дозі 40 мг і езетимібу – 10 мг. Базисна терапія проводилася відповідно до сучасних рекомендацій. Виділені групи не відрізнялися за основними клініко-анамнестичними характеристиками і методам лікування. Визначення реактивної гіперемії за допомогою проби з потік-залежною вазодилатацією (ПЗВД) проводили на 1-шу, 10-ту та 90-ту добу від початку захворювання.

**Результати.** Високоінтенсивна терапія з використанням аторвастатину 80 мг (3-тя група) і аторвастатину 40 мг та езетимібу в дозі 10 мг (4-та група) в динаміці спостереження мала більший гіполіпідемічний ефект порівняно із середньоінтенсивною терапією (1-ша і 2-га групи). Рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХСЛПНЩ) на 90-ту добу у пацієнтів 3-ї групи дорівню-

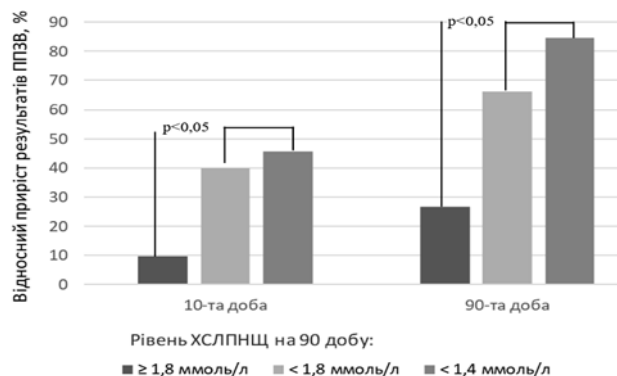


Рисунок. Відносний приріст ПЗВД (у відсотках до початкового рівня) у пацієнтів ГІМеСТ в динаміці спостереження цільових рівнів ХСЛПНЩ на 90-ту добу.

вав –  $(1,75 \pm 0,11)$  ммоль/л, а у хворих 4-ї групи – 1,55 ммоль/л. На 90-ту добу рівень ХСЛПНЩ  $< 1,8$  ммоль/л було досягнуто у 42 % та 25 % хворих 1-ї і 2-ї груп проти 61 % та 73 % хворих у 3-ї та 4-ї груп, відповідно ( $p < 0,05$  при порівнянні терапії високої та помірної інтенсивності). На 90-ту добу спостереження приріст діаметра плечової артерії збільшився на 66,2 % та 85 % у пацієнтів, які досягли ХС ЛПНЩ  $< 1,8$  ммоль/л і  $< 1,4$  ммоль/л відповідно проти 26,8 % у пацієнтів з ХС ЛПНЩ  $\geq 1,8$  ммоль/л на 90-ту добу ( $p < 0,05$ ). Нормалізацію функції ендотелію (приріст діаметра плечової артерії за результатами проби з ПЗВД більше 10 %) статистично значимо частіше реєстрували у пацієнтів, які досягли на 90-ту добу рівня ХСЛПНЩ менше 1,8 ммоль/л (рисунок).

**Висновки.** Пацієнти, у яких досягли зниження ХС ЛПНЩ  $< 1,8$  ммоль/л на 90-ту добу мали більш швидке та повне відновлення ендотеліальної функції в процесі лікування.

### Відтворюваність різних методик оцінки систолічної функції лівого шлуночка у хворих із гострим коронарним синдромом з елевацією сегмента ST

М.С. Подлужний, Д.А. Лашкул

Запорізький державний медичний університет

**Мета** – встановити структурно-функціональні особливості ремоделювання серця у хворих із гострим коронарним синдромом (ГКС) з елевацією сегмента ST з різною локалізацією ураження та зіставити відтворюваність різних методик обчислення фракції викиду лівого шлуночка (ФВ).

**Матеріали і методи.** Було обстежено 96 пацієнтів, що були госпіталізовані у відділення інтенсивної терапії

КНП «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» ЗОР. Пацієнти були розподілені на дві групи: 1 група – 51 пацієнт (медіана віку 66 [60; 71] років) із передньою локалізацією; 2 група – 45 пацієнтів (медіана віку 65 [61; 70] років) із задньою локалізацією ГКС. У всіх пацієнтів діагноз ГКС із елевацією сегменту ST був верифікований згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів 2017 року. Всім пацієнтам проводилося обчислення кінцеводіастолічного (КДО), кінцево-систолического об'ємів (КСО) і ФВ відповідно до рекомендацій Американського товариства ехокардіографістів (ASE) за допомогою двох ехокардіографічних методик Тейхольца і Сімпсона. Групи були зіставні за віком, статтю. 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). Гіпотезу про нормальність розподілу досліджуваних показників перевіряли з використанням критерію Шапіро–Уїлка. Для порівняння статистичних характеристик у різних групах використовували множинне порівняння з попарним співставленням за критерієм Манна–Уїтні (Mann–Whitney U Test). 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.** Встановлено, що при вимірюванні КСО усередненим біплановим, виміряним у 4- та 2-камерних позиціях методом Сімпсона показники були достовірно більші у 1 групі – 51,5 [38,7; 62,3] мл, 50,2 [41,35; 64,8] мл та 50,4 [38,25; 64,75] мл, ніж у 2 групі – 40,7 [34,2; 54,3] мл, 41,2 [33,6; 48,9] мл та 38,1 [32,9; 52,9] мл відповідно ( $p < 0,05$ ). Також спостерігали достовірно більш низькі значення усередненої вимірної біплановим, у 4- та 2-камерних позиціях ФВ у 1 групі – 44,9 [38,2; 50,4] %, 46,4 [38,95; 50,35] % та 41,2 [34,45; 50,4] %, ніж у 2 групі – 51,7 [47,5; 57] %, 55,7 [49,6; 58,7] % та 48,5 [44,1; 53,6] %, відповідно ( $p < 0,05$ ). Проте при аналізі гемодинамічних показників, отриманих за допомогою розрахунку за методом Тейхольца КСО та ФВ: у 1 групі – 52,2 [42,2; 70] мл та 59,9 [52; 64,6] %, та 2 групі – 55,35 [44,8; 66,7] мл та 55,3 [50,85; 61,45] %, відповідно ( $p > 0,05$ ), вірогідно не відрізнялись. Аналізуючи ці дані, ми спостерігали, що порівнюючи в цілому ФВ двох груп разом за методикою виміру були не співставні як усереднена біпланова так і виміряна у 4- та 2-камерних позиціях, так і за допомогою методу Тейхольца: 49,0 [42,5; 54,1] %, 49,6 [44,3; 56,7] %, 45,8 [38,2; 51,9] %, 57,6 [51,4; 63,5] %, відповідно ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Для передньої локалізації інфаркту міокарда порівняно з нижньою характерно більш високі значення КСО та менші ФВ. Незважаючи на те, що розрахунок ФВ за формулою Тейхольца часто використовується в практиці, оцінка систолічної функції ЛШ за допомогою лінійних вимірювань некоректна при значних порушеннях регіонарної функції міокарда і не рекомендується для

застосування в подібних випадках. Виходячи з наведених даних, майбутні оцінки систолічної функції ЛШ полягає в спільному використанні і оцінці ФВ за методом Сімпсона та перспективною методикою оцінки глобального поздовжнього стрейна.

## Протеоліз на тлі інфаркту міокарда

О.С. Полянська, О.І. Гулага

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Важливим аспектом досліджень є сповільнення прогресування функціональних змін серцево-судинної системи [Ponikowski P. et al., 2019, Laslett L.J. et al., 2019, Ezekowitz J. et al., 2020]. З протеолізом пов'язані такі фундаментальні процеси життєдіяльності як внутрішньоклітинний розпад білків та регуляція їх кровообігу, травлення, запліднення, морфогенез, захисні реакції, адаптаційні перебудови обміну і тому порушення протеолітичної активності плазми крові лежить в основі розвитку багатьох патологічних станів [McMuray J. et al., 2018].

**Мета** – виявлення маркерів перебігу гострого інфаркту міокарда за показниками протеолітичної активності плазми, що робить актуальними дослідження стану цієї системи при розвитку гострого інфаркту міокарда (ГІМ), який розвивається на тлі змін функціональної активності як протеолітичних, так і антипротеолітичних ферментів.

**Матеріали і методи.** Клінічний матеріал склав 37 хворих на ГІМ віком від 39 до 68 років, серед яких було 33 чоловіки (89 %) та 4 жінки (11 %), середній вік яких склав (51,5±3,94) роки. Всіх пацієнтів було поділено на дві групи: до першої групи відносились пацієнти, що отримували стандартну терапію, що включала верошпірон, до другої – хворі, яким окрім стандартної терапії, отримували еплеренон в дозі 25 мг впродовж 20 днів. Досліджували процеси протеолітичної активності за азоальбуміном (лізісом низькомолекулярних білків).

**Результати.** Нами виявлено, що після проведеного лікування протеоліз за азоальбуміном в обох досліджуваних групах суттєво зростав, однак більш виражено у другій групі, у лікування якої було включено антагоніст альдостерону еплеренон. Не виключено, що зниження протеолітичної активності плазми є одним із факторів, що сприяє активації системи комплементу, C1q компонент якого є колагеноподібним білком. Це може бути однією із передумов розвитку автоімунних реакцій, властивих ГІМ. Зниження колагеназної активності при ГІМ є свідченням порушень обміну в сполучній тканині, яка утворює сполучно-тканинну матрицю серця. Активність протеаз, які гідролізують низькомолекулярні білки, в тому числі кінініни, при розвитку ГІМ явно недостатня, що проявляється порушенням рівноваги між активністю кінінінів, дія яких призводить до розширення судин, та ангіотензину, який викликає вазоконстрикторні реакції. Зважаючи на роль чинників кінінової системи у реаліза-