

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXIII Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 20–23 вересня 2022 р.)

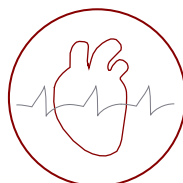
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- гострий інфаркт міокарда
- інтервенційна кардіологія
- дисліпідемії
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія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

Том Додаток

29

1

2022



www.ucardioj.com.ua

чоловіків і 60 жінок, що від 1 до 12 місяців тому (в середньому $(5,1 \pm 0,2)$ міс) перенесли КІ. Тривалість аритмії до КІ була від 1 до 30 років (в середньому $(6,4 \pm 0,5)$ року). Вони склали I групу хворих. Час від перенесеної КІ до погіршення стану склав $(2,01 \pm 0,19)$ міс, а від погіршення стану до моменту госпіталізації і відповідного обстеження – $(3,1 \pm 0,2)$ міс. В якості групи контролю було обстежено 49 пацієнтів з ФП, що не мали в анамнезі КІ: 34 чоловіка та 15 жінок в віці від 35 до 80 років (середній вік 59,0 років). Вони склали II (контрольну) групу хворих. Питома кількість хворих на пароксизмальну, персистуючу та постійну форми ФП у групах була зівставною.

Результати. Пацієнти 1-ї групи порівняно з пацієнтами 2-ї групи мали вищі показники систолічного артеріального тиску (САТ), на момент перебування у стаціонарі (відповідно $139 \pm 0,32$ порівняно з $131,5 \pm 1,59$, $p < 0,001$). САТ у групах пацієнтів, що вже мали в анамнезі гіпертонічну хворобу (ГХ), були вищими ($143,6 \pm 3,48$ проти $131,7 \pm 1,64$, $p < 0,01$). Що стосується показників діастолічного артеріального тиску (ДАТ) у пацієнтів із АГ отримані наступні показники ($87,5 \pm 1,30$ проти $82,0 \pm 1,31$, $p < 0,01$). Нами був проведений детальніший, порівняльний аналіз основної групи із ГХ з пацієнтами контрольної групи супутньою ФП та ГХ ($65,2 \pm 0,42$ проти $60,8 \pm 1,18$, $p < 0,01$). Щодо показників індексу маси тіла (ІМТ) у пацієнтів контрольної групи із підвищеним артеріальним тиском була отримана статистично значущі показники ($28,6 \pm 0,23$ проти $25,4 \pm 0,23$, $p < 0,001$ порівняно з пацієнтами без АГ).

Отже, «портрет» пацієнта з ФП, яка розвинулася після перенесеної коронавірусної інфекції, такий: переважно особи жіночої статі, віком старше 60 років, схильні до надлишкової маси тіла та не контрольованим артеріальним тиском.

Фактори ризику церебральних інсультів та системної тромбоемболії в пацієнтів із фібриляцією передсердь за шкалою CHA₂DS₂-VASc залежно від попередньо перенесеної коронавірусної інфекції

О.В. Стасишена, О.С. Сичов, Т.В. Гетьман,
О.М. Романова, О.В. Срібна, Т.В. Міхалєва,
О.Я. Ільчишина

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

Відомо, що тромбоемболія є основним ускладненням фібриляції передсердь (ФП), з переважанням ішемічного інсульту.

Мета – оцінити фактори ризику тромбоемболії у пацієнтів із ФП за шкалою CHA₂DS₂-VASc залежно від попередньо перенесеної інфекції COVID-19 (КІ).

Матеріали і методи. Обстежено 167 хворих віком $(62,5 \pm 0,09)$ року з ФП, з яких у 14 осіб (8,4 %) було тріпотіння передсердь. Перша група пацієнтів – 118 осіб, які в середньому $(6,2 \pm 0,5)$ місяців тому перенесли КІ. Друга група (контрольна) – 49 пацієнтів, які не мали КІ в анамнезі. Питома кількість хворих на пароксизмальну, персистуючу та постійну форми ФП у групах була зівставною. Для оцінки церебральних інсультів та системної тромбоемболії у хворих із ФП використовували шкалу CHA₂DS₂-VASc.

Результати. Ми виявили, що пацієнти 1-ї групи порівняно з пацієнтами 2-ї групи мали вищий середній бал CHA₂DS₂-VASc (відповідно $3,29 \pm 0,03$ порівняно з $2,60 \pm 0,04$, $p < 0,001$). Це пояснюється тим, що в 1 групі порівняно з 2 групою було менше хворих, які мали за цією шкалою від 0 до 2 балів, що свідчить про відносно менший ризик системної емболії та церебральних інсультів (31,4 % та 44,9 %, $p < 0,001$) і більше хворих з 3 і більше балами – середній і високий ризик цих подій (68,6 % і 55,1 %, $p < 0,001$). Що стосується більшості специфічних факторів ризику тромбоемболії, статистичну різницю між групами в цій кількості хворих було отримано для класу серцевої недостатності за NYHA ($1,55 \pm 0,004$ у групі 1 та $1,32 \pm 0,006$ у групі 2, $p < 0,001$), пацієнти, які мали захворювання КІ, були дещо старші за тих, хто його не мав ($63,9 \pm 0,08$ року проти $59,3 \pm 0,13$ року, $p < 0,001$). Крім того, серед хворих, які перенесли КІ, було достовірно більше жінок, ніж у контрольній групі (відповідно 49,2 % проти 30,6 %, $p < 0,001$). Хворих 1-ї групи також було поділено на дві підгрупи: «А» – які мали ФП до КІ, та «Б», які не мали цієї аритмії до інфікування. Під час аналізу було виявлено, що підгрупа «Б» мала вищі значення шкали CHA₂DS₂-VASc порівняно з обстеженими групами «А» ($3,08 \pm 0,009$ та $3,36 \pm 0,007$, $p < 0,05$ відповідно).

Висновки. Пацієнти із ФП, які перенесли КІ, мають вищий ризик тромбоемболій. Це свідчить про необхідність профілактики інсульту та системної емболії у пацієнтів після перенесеної КІ та більш ретельного скринінгу на наявність такої потенційно небезпечної аритмії, як ФП.

Застосування магнію оротату дигідрату в комплексній терапії в пацієнтів із пароксизмом ФП

І.М. Фуштей, С.Л. Подсевахіна, О.С. Чабанна,
О.В. Ткаченко

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Мета – вивчити вплив магнію оротату дигідрату у складі комплексної терапії при відновленні синусового ритму у хворих із пароксизмом фібриляції передсердь (ФП).

Матеріали і методи. У дослідження було включено 56 пацієнтів (16 жінок та 40 чоловіків) із пароксизмом ФП

тривалістю понад 2 доби, але менше 1 місяця. Середній вік обстежених хворих становив (61,5±4,3) року. Найбільш частими захворюваннями, на тлі яких виникала ФП, були ІХС (у 56 (100 %) хворих) та артеріальна гіпертензія (у 31 (62 %)). ІМ в анамнезі був у 39 (71 %) осіб. Серцева недостатність II – III функціонального класу за NYHA діагностована у всіх пацієнтів, цукровий діабет зареєстрований у 19 (34 %) хворих. Перед відновленням ритму у хворих було досягнуто цільовий рівень артеріального тиску (АТ), нівельовані ознаки серцевої недостатності, підібрана антикоагулянтна терапія варфарином із міжнародним нормалізованим відношенням від 2 до 3. Усі пацієнти випадково були розподілені на дві групи. Пацієнтам 1-ї групи (n=28) проводилася медикаментозна кардіоверсія (МК) аміодароном (згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фібриляція передсердь» від 15.06.2016 р.) та призначався оротат магнію дигідрат (600 мг на добу 7 днів, далі по 1500 мг на добу). Пацієнтам 2-ї групи (n=28) проводилася лише МК. Супутня терапія в обох групах включала: інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту або сартани, β-адреноблокатори, статини. Оцінювали час до відновлення серцевого ритму в обох групах хворих, частоту виявлення передсердної та шлуночкової екстрасистоїї на тлі синусового ритму (СР) за даними холтеровського моніторингу ЕКГ (ХМ ЕКГ).

Результати. В обох групах під впливом терапії пацієнти відзначали покращення загального стану, насамперед, за рахунок зниження відчуття серцебиття. Так, у 1-й групі середній бал суб'єктивної оцінки серцебиття до лікування становив 4,1±1,1, після лікування аміодароном у поєднанні з оротатом магнію дигідрат – 1,2±0,8 (p=0,002), а у 2-й групі – відповідно 3,8±1,2 та 1,9±0,6 (p=0,004). При об'єктивному контролі показників гемодинаміки до та після МК встановлено, що у групі лікування монотерапією аміодароном суттєво не змінилися показники АТ – (136,3±5,4)/(81,5±4,7) мм рт. ст. та (130,7±4,2)/(78,5±5,5) мм рт. ст. відповідно. При комбінованому лікуванні відзначено додаткове зниження систолічного АТ після 12 годин спостереження – (140,7±6,2)/(79,1±6,7) мм рт. ст. і (123,4±4,7)/(74,5±6,2) мм рт. ст. (p=0,003), що пов'язано з додатковою антигіпертензивною дією магнію. У групі монотерапії аміодароном відновлення СР спостерігали у 33 (60,4%) пацієнтів, а групі терапії аміодароном у поєднанні з оротатом магнію дигідрат – у 38 (68,0 %). У 13 (24,4 %) пацієнтів 1-ї групи та 11 (21,3 %) пацієнтів 2-ї групи відновлення синусового ритму відбулося більш ніж через 48 год. Пацієнтам у яких відновлення СР не вдалося досягти за допомогою МК була проведена черезстравохідна електрокардіостимуляція. Після відновлення СР на 3 добу хворим виконували ХМ ЕКГ для оцінки електричної нестабільності міокарда передсердь та шлуночків. Відзначено, що при використанні в комплексній терапії оротату магнію дигідрат

достовірно рідше виникали суправентрикулярна екстрасистоля (310±46 проти 583±86, p=0,01) та парна суправентрикулярна екстрасистоля (21±3 проти 46±5, p=0,02).

Висновки. Додавання до базисної терапії пацієнтів із ФП препарату магнію оротату дигідрату збільшує ефективність медикаментозної кардіоверсії та скорочує час її настання. При спільному використанні аміодарону та магнію оротату дигідрату при ХМ ЕКГ достовірно рідше виявляються ознаки електричної нестабільності міокарда передсердь (кількість суправентрикулярної та парної екстрасистоїї) порівняно з монотерапією аміодароном.

Вплив магнію оротату дигідрату на якість життя в пацієнтів із пароксизмом фібриляції передсердь у комплексній терапії при довготривалому використанні

І.М. Фуштей, О.С. Чабанна, О.В. Ткаченко

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Мета – оцінити вплив на якість життя (ЯЖ) магнію оротату дигідрату при тривалому використанні у складі комплексної терапії у хворих із пароксизмом фібриляції передсердь (ФП).

Матеріали і методи. До дослідження було включено 56 пацієнтів (16 жінок та 40 чоловіків) із пароксизмом ФП тривалістю понад 2 доби, але менше 1 місяця. Середній вік обстежених хворих становив (61,5±4,3) року. Найбільш частими захворюваннями, на тлі яких виникала ФП, були ІХС (у 56 (100 %) хворих) та артеріальна гіпертензія (у 31 (62 %)). Інфаркт міокарда в анамнезі був у 39 (71 %) осіб. Серцева недостатність II – III функціонального класу за NYHA діагностована у всіх пацієнтів, цукровий діабет зареєстрований у 19 (34 %) хворих. Всі пацієнти випадково були розподілені на дві групи. Пацієнтам обох груп була проведена медикаментозна кардіоверсія аміодароном. Пацієнти 1-ї групи (n=28) на фоні базисної терапії протягом 3 місяців приймали магнію оротату дигідрат: після навантажувальної дози 600 мг/добу протягом 7 днів продовжили прийом у дозі 2 таблетки на добу (1500 мг/добу), пацієнти 2-ї групи (n=28) приймали лише базисну терапію. Супутня терапія в обох групах включала: інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту або сартани, β-адреноблокатори, статини. Фізична та емоційна складові ЯЖ пацієнтів оцінювали через 3 місяці після виписки. Для оцінки ЯЖ використовували опитувальник Р.А. Лібіс із співавт. «Якість життя хворих із аритміями». Методика складається з 21 питання, на кожне з яких пропонується вибрати один із 5 варіантів відповідей (відсутність впливу аритмії на той чи інший компонент ЯЖ – 0 балів, дуже сильний вплив на цей компонент – 4 бали). ЯЖ у % розраховували за