

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

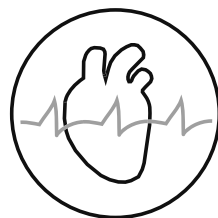
Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 25–27 вересня 2019 р.)

Головний редактор: О.М. Пархоменко

Наукова редакція випуску: М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,
С.М. Кожухов, О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов,
Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва, В.О. Шумаков

Том 26 Додаток 1 2019



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2019

ФП характеризується високим тахітемпом (до 120 шлуночкових скорочень за 1 хв і більше), потенціє прогресування серцевої недостатності, погіршує прогноз захворювання.

Дані еходенситометрії свідчать, що у хворих, які перенесли вогнищевий та дифузний міокардит, визначається збільшення ехоцільності міокарда як прояв кардіофіброзу (ехокардіографічний показник) різного ступеня вираженості. При проведенні еходенситометрії малюнок був мозаїчним (фіброз, набряк), однак явища кардіосклерозу нівелиювали наявність набряку. За сумарною оцінкою переважав ущільнений міокард, тобто ехокардіографічно визначений кардіофіброз. Показники щільності МШП варіювали від 14 до 22 од. при вогнищевому (в середньому 18 ± 4 од.) та від 21 до 31 од. (26 ± 5 од.) – при дифузному міокардиті ($p < 0,20$ за критерієм Манна – Уїтні). Це свідчить про наявність фіброзу у міокарді ($N=9-13$ од.) та, як наслідок, порушення розслаблення ЛШ.

Висновки. У 33,8 % пацієнтів, які перенесли інфекційний міокардит, розвивається кардіофіброз з різноманітними порушеннями ритму серця та провідності. Враховуючи різноманітність спектра порушень ритму, антиаритмічна терапія повинна бути диференційованою.

Чи можливо встановити кінцевий діагноз за допомогою МРТ хворому з довготривалим порушенням внутрішньошлуночкової провідності серця? Опис клінічного випадку

Л.І. Васильєва, І.В. Марчук

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
Дніпро

Мета – на прикладі клінічного випадку пацієнта з відсутністю скарг на стан здоров'я та наявністю повної блокади лівої ніжки пучка Гіса показати важливість проведення МРТ діагностики та її обмеження при встановленні кінцевого діагнозу.

Завдання:

1. Провести аналіз десятирічного моніторингу стану здоров'я, електрокардіографії (ЕКГ), рентгенографії органів грудної клітки (ОГК) та показників ехокардіографічного (ЕхоКГ) дослідження у 49-річного пацієнта з виявленою дилатаційною кардіоміопатією та некомпактним міокардом лівого шлуночка (ЛШ).

2. Зіставити дані ЕКГ, добового моніторингу ЕКГ, рентгенографії ОГК та ЕхоКГ з результатами МРТ серця з контрастуванням, коронароангіографією (КАГ) та рівнем мозкового натрійуретичного пептиду (NT-proBNP).

3. Визначити методи дослідження, які дозволять виявити субстрат захворювання у братів-близнюків.

Матеріал і методи. Аналітична робота з вивчення архіву медичної документації пацієнта, що відображає процес

розвитку патологічних змін міокарда протягом тривалого часу спостереження.

Результати. Пацієнту 49 років. Скарг немає. Фізикальні дані в межах норми. Вперше кардіологічні дослідження проведені 10 років тому, через те, що брат-близнюк захворів на дилатаційну кардіоміопатію, яка швидко прогресувала аж до розвитку термінальної серцевої недостатності. У 2010 році братові була проведена операція ортотопічної пересадки серця. На цей час брат-близнюк не має ні скарг, ані відхилень в діяльності серцево-судинної системи, перебуває під наглядом кардіолога, отримує призначену імуносупресивну терапію. Протягом усього часу спостереження у нашого пацієнта на ЕКГ є повна блокада лівої ніжки пучка Гіса, ритм синусовий, нормосистоля, P-mitrale. За даними добового моніторингу ЕКГ виявлено політопну, групову шлуночкову екstrasистолю, нестійкі пароксизми тахікардії з широкими комплексами QRS та частотою до 130–145 уд/хв, епізоди атріовентрикулярної (АВ) блокади I–II ступеня, тип Мобітц 1 та 2 зі зниженням ЧСС до 36 уд/хв (в нічний час). Кардіоторакальний індекс за даними рентгенографії ОГК не перевищує 50 %. З 2008 по 2014 рік показники ЕхоКГ були в межах норми, а потім раптово кінцеводіастолічний об'єм ЛШ збільшився з 128 мм³ до 274 мм³, фракція викиду ЛШ знизилась з 60 до 34 %, з'явились ознаки легеневої гіпертензії. Рівень NT-proBNP у 2014 році – 247,5 пг/мл, а у 2018 році – 849,5 пг/мл. Для виключення міокардиту провели МРТ серця з контрастуванням. Для уточнення характеру змін коронарних артерій виконали КАГ.

Висновки. Описаний випадок захворювання демонструє неможливість встановлення кінцевого діагнозу, навіть після проведення широкого спектра високотехнологічних кардіологічних досліджень. Завдяки проведенню МРТ серця з контрастуванням, діагностовані дилатаційна кардіоміопатія та некомпактний міокард лівого шлуночка, а також післяінфарктний кардіосклероз (субендокардіальний фіброз міжшлуночкової перегородки і нижньої стінки ЛШ). Однак, змін коронарних судин при проведенні КАГ не виявлено. Провести біопсію міокарда та генетичне тестування братів-близнюків, на жаль, неможливо.

Динаміка добового профілю АТ в пацієнтів з ІХС, із високим та дуже високим кардіоваскулярним ризиком та супутнім явищем турбулентності серцевого ритму

А.І. Витриховський

Івано-Франківський обласний клінічний кардіологічний центр
ВНЗУ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Мета – розробка та впровадження концепції профілактики та лікування фатальних ускладнень у популяції осіб з