

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

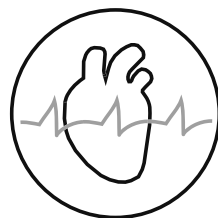
### Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

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

Київ • 2019

Встановлено, що в структурі обох груп переважали пацієнти із ГІМ ПСЛШ. В групі I було 361 (50,3 %) особи з ГІМ ПСЛШ та 357 (49,7 %) – із ГІМ ЗСЛШ. В II групі відповідно 1022 (72,9 %) з ГІМ ПСЛШ та 380 (27,1 %) із ГІМ ЗСЛШ. Порівнюючи частоту випадків ГІМ різної локалізації між групами виявлено, що в I групі було достовірно більше пацієнтів із ГІМ ЗСЛШ, ніж в II групі,  $p=0,0045$ . Тромболітична терапія на догоспітальному етапі була виконана 29 (4,1 %) особам I групи та 53 (5,3 %) II групи,  $p=0,24$ . За частотою виникнення ГІМК та транзиторних ішемічних атак (ТІА) достовірної відмінності між групами після ЧКВ та без ЧКВ виявлено не було – виявлено 4 (5,5 %) випадки в групі I та 9 (6,4 %) в групі II ( $p=0,37$ ). Виявлено достовірне зниження частоти розвитку повторного ІМ в групі пацієнтів після ЧКВ – 13 осіб (1,8 %), тоді як в II групі показник сягав 46 (4,6 %),  $p=0,022$ . Кровотечі, що потребували госпіталізації, виникали достовірно частіше в групі I – у 17 (2,3 %) осіб, ніж в групі II – у 1 (0,1 %) пацієнта ( $p<0,001$ ). Частота госпіталізацій в обох групах достовірно не відрізнялась та становила 202 (28,1 %) в групі I та 248 (25,2 %) в групі II. В групі I встановлено достовірно нижчий показник смертності – 25 (3,4 %) випадків, ніж в групі II – 121 (12,3 %),  $p<0,001$ .

**Висновки.** За період 2017–2018 роки у Вінницькій області перенесли ГІМ 2971 осіб, серед яких 2120 (71,3 %) в подальшому перебували під спостереженням сімейного лікаря чи кардіолога за місцем проживання. Оцінка кінцевих точок двох різних стратегій лікування виявила достовірне зменшення смертності пацієнтів після перенесеного ургентного стентування інфарктазалежної артерії.

### Визначення субпопуляцій моноцитів крові у хворих на гострий інфаркт міокарда

Т.В. Талаєва, О.М. Пархоменко, І.В. Третяк,  
О.М. Довгань

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

**Матеріал і методи.** Була проведена оцінка складу окремих субпопуляцій моноцитів крові у 42 пацієнтів (11 жінок і 31 чоловік) віком від 40 до 83 років (середній вік становив  $(63,2\pm 3,4)$  року) з діагнозом гострий інфаркт міокарда (ГІМ) з елевацією сегмента ST. Всі хворі отримували рекомендоване лікування і перенесли інтервенційне втручання. Як контрольна група досліджувались 24 хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) без перенесеного інфаркту міокарда (12 жінок і 12 чоловіків) віком від 50 до 89 років (середній вік –  $(69,3\pm 2,1)$  року).

Визначався субпопуляційний склад моноцитів (МЦ) периферичної крові методом проточної цитометрії за допомогою реагентів для визначення кластерів диференціювання CD14, CD16 та CD45 виробництва BD Bioscience.

Цитофлуорометричний аналіз був виконаний на апараті Navios (Beckman Coulter Inc.).

**Результати.** У пацієнтів з ГІМ відсоток МЦ, що мають фенотип  $CD14^{hi}CD16^{-}$ , становив 86,2 %, що практично не відрізнялось від аналогічного показника у хворих на ІХС. Частка МЦ, що експресують CD16 різного ступеня інтенсивності ( $CD14^{hi}CD16^{+}$  та  $CD14^{dim}CD16^{++}$ ), становила в середньому 13,8 %, що майже у 1,75 разу більше, ніж в нормі ( $p<0,05$ ). Особливо зросла частка так званих патрулюючих МЦ з фенотипом  $CD14^{dim}CD16^{++}$ , що на 62 % перевищувала відсоток таких клітин у хворих на стабільну ІХС, та більше, ніж у 3 рази, у здорових донорів ( $p<0,001$ ).

Кількість МЦ крові, що мають виражену прозапальну функцію ( $CD14^{hi}CD16^{+}$ ), та патрулювальна фракція МЦ ( $CD14^{dim}CD16^{++}$ ) зростала пропорційно зростанню часу від початку інтенсивного ангінозного нападу. У хворих (11 пацієнтів), що доправлені через 4 години і більше від розвитку ГКС, кількість МЦ з фенотипом  $CD14^{hi}CD16^{+}$  та  $CD14^{dim}CD16^{++}$  більше ніж у 3 рази перевищувала норму та на 30 % аналогічний показник у хворих, що шпиталізовані у період до 2 годин після розвитку ГКС.

**Висновки.** У хворих на ГІМ відзначається зменшення субпопуляції в крові МЦ, що здійснюють в основному фагоцитувальну функцію. Разом з тим, відзначається зростання субпопуляції МЦ, здатних ініціювати та підтримувати розвиток системної запальної реакції за рахунок продукції прозапальних цитокинів, та ще більшою мірою – патрулювальної субпопуляції МЦ, що має значну проникну здатність в субендотелії. Зростання частки цих фракцій МЦ у крові збільшується пропорційно часу від моменту розвитку ГКС, що свідчить про їх значущість у його розвитку та перебігу захворювання.

### Предиктори розвитку серцевої недостатності в післяінфарктний період у працівників гірничорудного виробництва

В.І. Фесенко, О.Я. Маркова

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
Кривий Ріг

Серцево-судинні захворювання в осіб працездатного віку обумовлюють більше половини всіх випадків смерті і третину причин інвалідизації. Ішемічна хвороба серця (інфаркт міокарда (ІМ), різні форми стенокардії, постінфарктний кардіосклероз, фатальні аритмії та блокади серця) є причиною раптової серцевої смерті у 80–90 % випадків.

**Мета** – вивчити особливості клінічного перебігу післяінфарктного періоду у працівників гірничорудного виробництва і визначити предиктори розвитку серцевої недостатності.

**Матеріал і методи.** Обстежені 108 пацієнти, чоловічої статі, віком від 33 до 64 років, які мали стаж роботи від 12 до 35 років в умовах підприємств гірничо-металургійного комплексу. Пацієнти мали в анамнезі від 1 до 3 інфарктів міокарда (ІМ) давністю 1–5 років. У 74 (68,4 %) пацієнтів мала місце супутня АГ. Серед пацієнтів серцева недостатність (СН) (за класифікацією М.Д. Стражеска та В.Х. Василенка) була відсутня у 20 осіб; СН I стадії виявлена у 40 осіб, II A стадії – у 24; II B стадії – у 18. Всім хворим проводили загальноклінічне обстеження згідно із загальноприйнятими стандартними критеріями. Реєстрація ЕКГ проводилася в класичній системі 12 відведень, а також у відведеннях V3R-V5R у спокої і на етапах дозованого фізичного навантаження на велоергометрі KE-II («Медикор», Угорщина). Структурно-функціональний стан серця досліджували на апараті «HDI-1500» за стандартною методикою. Всі хворі надали інформовану згоду на включення в дослідження. Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакету статистичних програм Statistica 6.1.

**Результати.** Отримані результати свідчать про те, що інфаркт міокарда насамперед мав місце у працівників, які піддаються впливу шкідливих факторів виробничого середовища тривалістю від 10 до 20 років (72,6 % обстежених). Ризик виникнення інфаркту міокарда у цієї категорії пацієнтів прогресивно зростає після 40 років. Проведений аналіз клінічного перебігу післяінфарктного періоду у гірників засвідчив, що основними скаргами пацієнтів були підвищена втомлюваність і стенокардія напруги (у 94,1 та 89,5 % обстежених відповідно). Стабільна стенокардія напруги виявлена у 82 (81,8 %) обстежених. У пацієнтів з СН II A і II B стадіями частіше зустрічалася стенокардія більш високого функціонального класу. Прогресуюча стенокардія виявлена в 7 (6,9 %) випадках. Безбольова ішемія міокарда мала місце у пацієнтів з СН I стадії у 3 (2,9 %) випадках, при СН II B у 6 (5,9 %) випадках. У пацієнтів з СН II A та СН II B стадій в анамнезі більш часто (81 %) мав місце ІМ з елевацією сегмента ST, а у пацієнтів без СН та СН I стадії – ІМ без елевації сегмента ST (у 71,6 % випадків). Встановлено, що у обстежених з СН II A та СН II B стадій в анамнезі більш часто (75,9 %) мав місце ІМ з ураженням передньої стінки та перегородки серця, а у пацієнтів без СН та СН I стадії – ІМ з ураженням задньої стінки ЛШ (у 90 та 70 % обстежених відповідно). Аналіз показав, що пацієнти без клінічних ознак СН мали в анамнезі переважно один ІМ (95 % обстежених). А 72 % пацієнтів з СН II B стадії в анамнезі мали 2 або 3 ІМ. Більш виражені стадії СН в післяінфарктний період спостерігаються у пацієнтів, які перенесли такі ускладнення в гострий період інфаркту міокарда, як порушення серцевого ритму і провідності, раптову серцеву смерть, набряк легень, серцеву астму. При цьому пацієнти з клінічними ознаками СН II B мали ускладнення у 55 % випадків. Серед ускладнень переважали (70 %) порушення серцевого ритму і провідності.

**Висновки.** Предикторами СН в післяінфарктний період у гірників є вік старше 40 років, ІМ з елевацією

сегмента ST, передня локалізація ІМ, ускладнення в гострий період ІМ, насамперед порушення серцевого ритму і провідності, а також 2 та більше ІМ в анамнезі. Переважання серед пацієнтів, у яких мав місце ІМ, осіб зі стажем роботи 10–20 років роботи в несприятливих умовах виробництва свідчить про необхідність виявлення контингенту працівників з підвищеним рівнем впливу професійних факторів і запровадження спеціальних програм профілактики.

## Інноваційна програма кардіореабілітації хворих на інфаркт міокарда з коморбідною патологією

М.І. Швед, Л.В. Левицька, І.Б. Левицький

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Кардіореабілітаційні програми у хворих на інфаркт міокарда (ІМ) є ефективними і економічно вигідними. Однак, у хворих з коморбідною патологією (КП) стандартна кардіореабілітація (КР) є затрудненою. Відсутні також методологія кількісної оцінки ступеня коморбідності при інфаркті міокарда та прогнозування додаткових ризиків при проведенні реабілітації у таких хворих. Тому нами запропоновано індивідуалізовану ступінчасту програму реабілітації хворих на ІМ з КП.

**Мета** – аналіз ефективності індивідуалізованої ступінчастої програми кардіореабілітації з використанням «Щоденника хворого на інфаркт міокарда» та спілкування хворих на ІМ з КП в режимі on-line.

**Матеріал і методи.** Стационарний, санаторно-курортний та диспансерно-поліклінічний етапи кардіореабілітації проходили 371 хворий на інфаркт міокарда (249 чоловіків і 122 жінки; віком  $(66,2 \pm 10,4)$  року). У 93,8 % хворих було виявлено супутню патологію: індекс коморбідності Чарльсона (ІКЧ) становив  $4,7 \pm 0,4$  бали. Реабілітаційні заходи проводились за класичною діючою схемою КР післяінфарктних хворих (I група, 188 осіб) та інноваційною моделлю з індивідуальним, структурованим згідно з кардіоваскулярним ризиком, підходом та веденням щоденника з ретельним спостереженням за процесом реабілітації протягом 3 місяців після виписки з клініки (візити пацієнта та спілкування в режимі on-line) (II група, 183 особи). В динаміці оцінювали функціональні резерви серцево-судинної системи: добову тренувальну ходьбу (ДТХ); тест 6-хвилинної ходьби (ТШХ); фракцію викиду лівого шлуночка (ФВ) за результатами ехокардіоскопії. Також проаналізовано взаємозв'язки ТШХ на 10, 30 і 90-й день реабілітації (ТШХ<sub>10</sub>, ТШХ<sub>30</sub> і ТШХ<sub>90</sub>) із індексом коморбідності Чарльсона.

**Результати.** Обидві програми кардіореабілітації збільшували толерантність до фізичного навантаження у пацієнтів обох груп, однак, запропонована нами індивідуалізована ступінчаста програма кардіореабілітації виявилась достовірно ефективнішою. Так, протягом першого місяця