

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

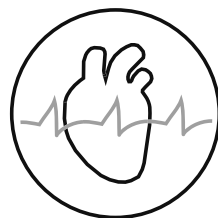
### Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(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

60 % та 50 % хворих відповідно). Подовження інтервалу QT було максимально вираженим у I-а та II групах (у 25 % та 20 % хворих відповідно). У однієї пацієнтки I-а групи був зафіксований пароксизм фібриляції передсердь, з приводу чого була проведена медикаментозна кардіоверсія аміодароном. Ішемічні зміни ЕКГ у вигляді депресії сегмента ST та інверсії зубця T у більшому відсотку випадків (41,7 %) спостерігались у хворих III групи. Таким чином, при застосуванні схеми ПХТ із включенням доксорубіцину частіше зустрічаються порушення ритму та провідності; ішемічні зміни у більшому відсотку спостерігались у хворих, лікованих комбінацією препарату платини оксаліплатину та антиметаболіта капецитабін.

Аналіз результатів ЕХО-КГ показав, що у пацієнтів I-а групи як відразу, так і через 6 місяців після проведеної ПХТ спостерігалось зниження ФВ ЛШ ((46,2±1,4) %,  $p < 0,05$  та (49,1±1,2),  $p < 0,05$ , відповідно) проти вихідної ФВ (55,7±1,1) %. У пацієнтів інших груп також була відзначена тенденція до зниження ФВ ЛШ відразу після закінчення останнього курсу ПХТ. Однак, ці зміни були недостовірними та ФВ ЛШ не знижувалась  $< 50$  %. Аналогічні зміни були відзначені при оцінці таких параметрів скоротливої здатності серця, як ФУ та Vcf.

У хворих I-а групи було виявлено порушення діастолічного наповнення ЛШ: зниження E/A до (0,71±0,03) після закінчення останнього курсу ПХТ та (0,80±0,04) через 6 місяців проти вихідного значення (1,1±0,04). Також подовжувались показники DT та IVRT. Слід відзначити, що більш суттєві порушення систолічної та діастолічної функції ЛШ були виявлені у пацієнтів, які мали ожиріння та фонову серцеву патологію.

**Висновки.** 1. До призначення лікування протипухлинними препаратами пацієнт повинен пройти початкове обстеження для виявлення факторів ризику, супутніх серцево-судинних захворювань, оцінки ФВ ЛШ. 2. У разі призначення високих доз антрациклінів обстеження слід проводити при досягненні кумулятивної дози препарату (для доксорубіцину – 240 мг/м<sup>2</sup>). 3. Обстеження функції ЛШ повинно проводитись в процесі та наприкінці лікування, особливо у хворих із маніфестними захворюваннями серцево-судинної системи, зниженою ФВЛШ, або якщо у подальшому буде призначений препарат з потенційною кардіотоксичною дією.

## Показники первинної інвалідності при хворобах системи кровообігу

А.В. Іпатов, О.М. Лисунець, І.Я. Ханюкова,  
Н.М. Бірець

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України»,  
Дніпро

Глобальною проблемою охорони здоров'я є рівень захворюваності, інвалідності і смертності через серцево-

судинну патологію. У 2018 р., як і в останні десятиліття, хвороби системи кровообігу продовжують грати головну роль у формуванні загального контингенту інвалідів в Україні і посідати перше місце в структурі причин первинної інвалідності серед дорослого населення. В структурі первинної інвалідності дорослого і працездатного населення за формами захворювань у 2018 р. питома вага хвороб системи кровообігу зросла до 23,1 % серед дорослого і 20,8 % – серед працездатного населення (у 2017 р. ці показники були 22,9 і 20,5 % відповідно). Продовжує превалювати первинна інвалідність внаслідок цереброваскулярної патології: у 2018 р. – 10,0 % серед дорослого населення (в 2017 р. – 9,8 %) і 8,6 % – серед працездатного (у 2017 р. – 8,3 %) та ішемічної хвороби серця (ІХС) – 8,0 % (у 2017 р. – 7,9 %) серед дорослого населення та 7,3 % (7,4 % у 2017 р.) – серед працездатного. У 2018 р. відбулося підвищення первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу на 10 тис. дорослого населення з 9,8 до 10,2 випадків (порівняно з 2017 р.), і з 9,8 до 10,3 випадків на 10 тис. серед населення працездатного віку. Підвищення первинної інвалідності внаслідок хвороб системи кровообігу за останній рік відбувалося за всіма нозологічними одиницями, крім гострої ревматичної гарячки.

Аналіз структури первинної інвалідності осіб працездатного віку внаслідок хвороб системи кровообігу в областях України на 10 тис. населення у 2018 р. показав, що протягом останніх років ці показники продовжують підвищуватися у Львівській (15,4), Вінницькій (13,6), Полтавській (13,1), Житомирській (12,5) областях при середньому показнику по Україні (10,3). Загальновідомий факт, що поширеність серцево-судинних захворювань (ССЗ) збільшується з віком. Але в останні десятиліття спостерігається значне зниження вікового цензу пацієнтів. У 2018 р. причиною інвалідності осіб молодого віку (до 44 років) були у 36,3 % випадків природжені вади серця; у 35,1 % – ускладнення ІХС; у 13,2 % – кардіоміопатії і міокардити; у 9,4 % випадків – гіпертонічна хвороба; у 6,0 % – ревматична хвороба серця. У 2018 р. відзначається підвищення на 33,3 % показників первинної інвалідності внаслідок гіпертонічної хвороби серед дорослого, і на 25 % – серед працездатного населення. Найвищі показники первинної інвалідності на 10 тис. населення у працездатному віці внаслідок гіпертонічної хвороби продовжують реєструватися в Одеській (2,0) і Вінницькій (1,4) областях при середньому показнику 0,5. Найвищі показники первинної інвалідності внаслідок ІХС у 2018 р. у осіб працездатного віку, як і в 2017 р., реєструються у Чернівецькій (6,8) і Львівській (6,7) областях при середньому показнику 3,7 на 10 тис. населення.

Таким чином, інвалідність внаслідок серцево-судинних захворювань вимагає подальшого поглибленого аналізу з метою вдосконалення профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів, спрямованих на пацієнтів з факторами ризику і наявними серцево-судинними захворюваннями, а також поліпшення підходів до медико-соціальної експертизи у цієї групи хворих.