

УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ



Додаток **3** 2016

**Матеріали XVII Національного
конгресу кардіологів України
(Київ, 21–23 вересня 2016 р.)**

УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ



Додаток 3/2016

Ukrainian Journal of Cardiology

ISSN 1608-635X

Науково-практичний журнал
Видається із січня 1994 року

Засновник:
ДУ «Національний науковий центр
"Інститут кардіології імені академіка
М.Д. Стражеска" НАМН України»

Матеріали XVII Національного конгресу кардіологів України (Київ, 21–23 вересня 2016 р.)

Головний редактор: *В.О. Шумаков*

Наукова редакція випуску: *М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,
А.П. Дорогой, О.І. Мітченко, О.Г. Несукай, О.М. Пархоменко,
Є.П. Свіщенко, О.С. Сичов, Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва*

Редакція журналу

ДУ «Національний науковий центр "Інститут
кардіології ім. М.Д. Стражеска" НАМН України»
вул. Народного Ополчення, 5
м. Київ, Україна, 03680 МСП

Відповідальний секретар:

О. Й. Жарінов (тел. +38 (044) 291-61-30)

Випусковий редактор:

І. М. Чубко (iryana.chubko@gmail.com)

www.ukrcardio.org

Видавець

ТОВ «Четверта хвиля»
просп. В. Лобановського, 119, оф. 213
03039, м. Київ
Тел.: (44) 221-13-82
Факс: (44) 501-68-24
E-mail: 4w@4w.com.ua
www.4w.com.ua

Київ • 2016

Матеріал і методи. Досліджено 45 хворих на хронічну ішемічну хворобу серця (ІХС), що зазнали оперативної ревааскуляризації міокарда. Обстеження проводилися у доопераційному, ранньому та пізньому післяопераційному періодах. Покращення чи відсутність покращення після ревааскуляризації оцінювалися за динамікою функціонального стану за шкалою NYHA, клінічними проявами стенокардії та суб'єктивною оцінкою самопочуття хворим. Крім того, було обстежено 31 практично здорового добровольця.

Результати. Постсистолічне скорочення (ПСС) із активним генезом класифіковано як ПСС за гіпокінетичним типом, або ПСС-1. Поява ПСС-1 в уражених сегментах після ревааскуляризації була пов'язана із клінічним покращенням стану пацієнта ($p < 0,01$). ПСС за пасивним механізмом класифіковане як ПСС за дискінетичним типом, або ПСС-2, та виділено 2 його підвиди. Зменшення ступеня дискінезу виявилось позитивним фактором відносно покращення стану хворих ($p < 0,01$). ПСС у здорових осіб класифіковане як ПСС за нормокінетичним типом, або ПСС-0, та запропоновано його механізм. Також визначено та класифіковано ПСС внаслідок перевантаження тиском, затримку активації вільної стінки, протосистолічну та інтрасистолічну затримку скорочення нез'ясованого генезу.

Висновки. ПСС-1 та ПСС-2 за ІХС може виявлятися лише в уражених сегментах міокарда, а ПСС-0 може зустрічатися і в нормі та не має клінічного значення. Поява ПСС-1 є прогностичним критерієм відновлення функції міокарда. Зниження проявів ПСС-2 в динаміці свідчить про покращення клінічного стану хворих.

Хирургическая коррекция митрального клапана с пластикой левого предсердия при его атриомегалии

В.И. Мнишенко, Е.В. Пукас, А.А. Большак

ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины», Киев

Цель – изучение методик редукции левого предсердия (ЛП) при левой атриомегалии (ЛА) (размер ЛП более 60 мм) и протезировании митрального клапана (ПМК).

Материал и методы. В анализируемую группу включены 566 пациентов с изолированным митральным пороком (МП) и ЛА, находившихся на хирургическом лечении в отделении хирургии приобретенных пороков сердца Института 01 января 2000 года до 01 января 2015 года. Средний возраст пациентов составил $59,3 \pm 8,1$ года. Женщин было 358 (63,2 %) и мужчин 208 (36,8 %). Распределение в зависимости от функционального класса по Нью-Йоркской классификации: II класс – 10 (1,8 %) пациентов, III класс – 161 (28,4 %) пациентов и IV класс – 395 (69,8 %). Материал разделен на 2 группы: основная – 384 больных, которым было выполнено ПМК с редукцией полости ЛП ввиду ЛА, и контрольная – 182 пациента, у которых ЛА не корригировалось. ЛП корригировалась путем парааннулярной пликации ($n=258$), треугольной пластики ЛП ($n=128$). Операции выполнялись в условиях умеренной гипотермии ($27-34$ °C). Защита миокарда осуществлялась в условиях комбинированной фармакоологической кардиопротекции. Время пережатия аорты составило в основной группе $(78,4 \pm 7,5)$, а в контрольной – $(51,5 \pm 6,2)$ минуты. Осложнений

на госпитальном этапе, связанных с методикой выполнения операции в основной группе, не отмечено.

Результаты. Из 384 оперированных пациентов основной группы на госпитальном этапе умерло 6 (госпитальная летальность – 1,6 %). В основной группе динамика эхокардиографических показателей ЛП (см) на этапах лечения составила: $6,4 \pm 0,3$ (до операции) и $5,1 \pm 0,3$ (после) и $5,2 \pm 0,2$ (отдаленный период). При парааннулярной пликации диаметр ЛП составил: $6,5 \pm 0,3$ (до операции), $5,3 \pm 0,3$ (после) и $5,3 \pm 0,2$ (отдаленный период), а при треугольной пластике: $6,6 \pm 0,3$ (до операции), $4,9 \pm 0,3$ (после) и $5,0 \pm 0,2$ (отдаленный период). В отдаленный период синусовый ритм удерживался у 157 (41,1 %), а также тромбэмболические осложнения (ТЭО) отмечены у 3 (0,8 %) пациентов. Из 182 оперированных пациентов контрольной группы на госпитальном этапе умерло 8 (4,3 %). В контрольной группе динамика эхокардиографических показателей ЛП на этапах лечения составила: $(61,2 \pm 2,4)$ мм (до) и $(59,6 \pm 3,5)$ мм (после) и $(69,3 \pm 2,2)$ мм (отдаленный период). В отдаленный период ТЭО отмечены у 12 (7,3 %) пациентов, а синусовый ритм сохранялся у 7 (3,7 %) пациентов.

Выводы. Редукцию ЛП следует считать обязательной процедурой у пациентов с ЛА, что обеспечивает благоприятные показатели морфометрии ЛП, стабильности сохранения синусового ритма и низкий уровень тромбэмболических осложнений.

Эффективность применения колхицина в комплексной терапии после оперативных вмешательств на сердце

Д.Г. Молотягин, Е.А. Кудрик

Харьковский национальный медицинский университет

Колхицин – препарат с выраженным противовоспалительным и обезболивающим эффектом и хорошей переносимостью. Более полувека эффективно применяется в комплексной терапии различных заболеваний, таких как системная склеродермия, амилоидоз, болезнь Бехчета, семейная средиземноморская лихорадка, а также в ряде онкологических заболеваний.

Цель – проведение анализа эффективности применения колхицина у пациентов, перенесших вмешательства на сердце.

Материал и методы. Для проведения исследования были использованы наукометрические базы.

Результаты. Одним из ведущих механизмов действия препарата является угнетение функции нейтрофилов. Данный эффект может способствовать предупреждению острого воспалительного процесса, который является основной причиной развития осложнений в послеоперационный период (Nidorf M. et al., 2013).

Результаты ряда исследований показывают эффективность применения колхицина в схеме традиционной терапии и профилактики осложнений у больных, перенесших вмешательства на сердце.

Согласно данным проспективного рандомизированного многоцентрового исследования COPPS, а также исследования COPPS-2, колхицин в 2 раза снижает частоту постперикардиотомного синдрома (Imazio M. et al., 2014). В то же время, на конгрессе Европейского общества кардиологов в 2014 г. были представлены результаты исследований

ROPE-2, согласно которому применение колхицина не уменьшает риск осложнений после операции на сердце, в частности, не снижает объем постоперационного перикардiallyного выпота и не предотвращает развитие тампонады сердца.

В последнее время колхицин широко используется отечественными специалистами в профилактике спаечного перикардита в ранний послеоперационный период после операции на открытом сердце (Бокерия Л.А., 2014).

Согласно опубликованному исследованию Giannopoulos G. et al., 2015, периоперационное применение колхицина способствовало уменьшению нарастания концентрации биомаркеров повреждения миокарда в послеоперационный период у пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование с искусственным кровообращением.

Результаты некоторых клинических исследований являются многообещающими относительно применения колхицина в качестве профилактического средства для предупреждения послеоперационной фибрилляции предсердий (Бокерия Л.А. и др., 2014).

Другие данные представлены в выводах упомянутого уже COPPS-2. По мнению исследователей, применение колхицина не предотвращает развитие фибрилляции предсердий после кардиохирургического вмешательства.

Выводы. Проведенный анализ показывает, что имеющиеся сведения носят противоречивый характер и для подтверждения полученных результатов необходимо проведение дополнительных исследований с большим количеством пациентов. Работа в указанном направлении представляется перспективной, так как накопленные в настоящее время данные о положительных эффектах и хорошей переносимости препарата свидетельствуют о том, что расширение показаний к применению колхицина в кардиологической практике позволит уменьшить частоту развития осложнений после вмешательства на сердце и тем самым снизить уровень смертности.

Шляхи зниження кардіоваскулярного ризику на тлі коморбідності

Т.Д. Никула, В.О. Мойсеєнко, І.В. Пасько, С.С. Кисіль
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ

Мета – розробка шляхів зниження кардіоваскулярного ризику у пацієнтів з коморбідною патологією (наявність артеріальної гіпертензії, ураження нирок як органів-мішеней) шляхом прогнозування факторів найближчого та віддаленого кардіоваскулярного ризику та підвищення ефективності антигіпертензивної терапії, зниження ваги та корекції безсимптомної гіперурикемії.

Матеріал і методи. Аналіз генетичних маркерів артеріальної гіпертензії (за наявності), аналіз родослівної з виявленням спадкової схильності до ожиріння, цукрового діабету, ішемічної хвороби серця тощо, стандартне та добове моніторування АТ, антропометричні вимірювання (зріст, вага, індекс маси тіла, об'єм талії, об'єм стегон), відношення окружностей талії і стегон, ЕКГ; визначення біохімічних показників рівня тригліцеридів, холестерину ЛПВЩ, ЛПНЩ, визначення глюкози крові натще, за показаннями – проведення глюкозотолерантного тесту, визначення альбумінурії.

Результати. У пацієнтів з артеріальною гіпертензією на тлі ураження нирок хронологічно діагностується мікроальбуміну-

рія, протеїнурія та зниження розрахункової швидкості клубочкової фільтрації (рШКФ), що призводить до термінальної хронічної хвороби нирок (ХХН). На початкових стадіях ХХН стійке підвищення екскреції білка з сечею незалежно від наявності цукрового діабету є маркером ураження не тільки нирок, але і судин. Затримка рідини прискорює розвиток серцевої недостатності, зростає ризик кардіоваскулярних подій. З віком різко знижується еластичність судин, зокрема, аорти, збільшується швидкість пульсової хвилі. Функціональний стан ендотелію погіршується зі зростанням стадії хронічної ниркової недостатності (ХНН): спостерігається зменшення ендотеліозалежної вазодилатації до $(2,04 \pm 0,22) \%$, збільшення альбумінурії до $(26,33 \pm 2,61)$ мг/добу, метаболітів оксиду азоту (NO_2 і NO_3) до $(42,15 \pm 3,42)$ мкмоль/л порівняно з показниками контролю ($p < 0,05$). У хворих основної групи вихідний стан сечової кислоти був підвищеним до $(486,39 \pm 14,66)$ мкмоль/л (у контролі – $(256,42 \pm 9,33)$ мкмоль/л), індекс маси тіла – $(36,97 \pm 0,58)$ кг/м² (у контролі – $(21,48 \pm 0,74)$ кг/м²). Дослідження LIFE та TRANSCEND вказали на переваги застосування сартанів у складі антигіпертензивної терапії. Додаткове зниження систолического артеріального тиску, навіть незначне, забезпечує виражений вплив стосовно регресії гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), але з прогресуванням ХХН, зростає частота ГЛШ та зміни щодо її регресу були недостовірними. У хворих на ХХН I стадії: ГН – САТ знизився з $(173,82 \pm 25,24)$ до $(134,94 \pm 14,86)$ мм рт. ст., ДАТ – з $(102,23 \pm 12,68)$ до $(82,78 \pm 8,62)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). У хворих на ХХН II стадії: ГН також відзначено вірогідне зниження АТ – САТ з $(173,21 \pm 22,62)$ до $(145,24 \pm 10,67)$ мм рт. ст., ДАТ – з $(103,24 \pm 22,44)$ до $(92,24 \pm 6,52)$ мм рт. ст. У хворих з ХХН III стадії: ГН у 67,6 % випадків не вдалось досягти суттєвих позитивних клініко-лабораторних змін та стійкого антигіпертензивного ефекту. Метаболічні порушення, серед яких надмірна маса тіла, гіперурикемія, тісно корелюють з рівнем артеріального тиску та інсулінорезистентністю. У хворих основної групи мають місце порушення метаболізму, ліпідів і функціонального стану ендотелію. Через 6 місяців досягнення цільового рівня АТ ($< 140/90$ мм рт. ст.) було встановлено у 83,7 % хворих основної групи та у 56,2 % в контрольній групі. Зниження рівня протеїнурії в обох підгрупах хворих, які отримували комплексне лікування, можна пояснити зниженням системного АТ.

Висновки. Необхідність зміщення уваги з оцінки найближчих ризиків на прогнозування ризику впродовж всього наступного життя у пацієнтів з артеріальною гіпертензією на тлі коморбідності, досягнення цільових рівнів АТ, дозволить впровадити методи ранньої профілактики та лікування, зробить більш ефективний скринінг у осіб молодого віку та дозволить досягти більшого економічного ефекту.

Мультиmodalна візуалізація у діагностиці саркоїдозу серця

Н.Д. Оришин, Ю.О. Паламарчук, Ю.А. Іванів, Н.В. Лозинська

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Медичний центр Святої Параскеви

Саркоїдоз – це системна грануломатозна хвороба нез'ясованої етіології, для якої характерне множинне ураження органів, найчастіше – легень, лімфатичних вузлів, очей, шкірних

покровів, окарда, я

да, міокарда, агностичні фіброзу м і провідни

Мета у діагноста складних

Матері модальні дозу за д (MPB) се

Резу цінтки С

но введе часту шл ли ЕхоКГ.

шлуночка сегменті достатніс (пролапс

мірно зни поділ зон лімфатич

призначен зультатам контрасту

ночка (ро городки (

фіброзу п ний для п

кардиту, вогнище

Висно гностики с

калізації у ті. Типова на стінка л на частин

ця спричи ту, що мо режимі Т2 дить до ф

да типово брозую пап при ЕхоКГ астування доз леге

серця є за при сарко

Впл чинник

Українсь транспл

Важли розробка