

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

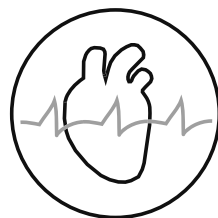
Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(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

Особливості внутрішньосерцевої гемодинаміки у військовослужбовців з бойовою травмою та вторинною патологією серцево-судинної системи

Н.М. Сидорова

Українська військово-медична академія, Київ

Спостереження за постраждалими військовослужбовцями з бойовою травмою в Україні продемонструвало значну поширеність вторинної патології серцево-судинної системи (ВПССС) внаслідок бойової травми.

Мета – уточнити особливості внутрішньосерцевої гемодинаміки у військовослужбовців з бойовою травмою та ВПССС.

Матеріал і методи. Дослідження мало ретроспективний дизайн з даними, відібраними з «Реєстру військовослужбовців з бойовою травмою» Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» Міністерства оборони України (Київ). Усі військовослужбовці проходили доплерехокардіографічне (доплер-ЕхоКГ) обстеження для вирішення питання щодо придатності до подальшої військової служби після отриманої бойової травми відповідно до прийнятих локальних протоколів. Таким чином, не було потреби в отриманні письмової згоди пацієнта для аналізу цих даних. Було обстежено 50 військовослужбовців (всі чоловіки), які отримали бойову травму, у середньому віці ($38,42 \pm 1,85$) року. Обстеження пацієнтів проводили в середньому через ($13,0 \pm 1,86$) міс після травмування. Усі пацієнти, які були включені до дослідження, мали об'єктивні ознаки ВПССС у вигляді, у першу чергу, змін при електрокардіографічному дослідженні: блокада ніжок пучка Гіса, зменшення амплітуди зубця R, порушення реполяризації, екстрасистолічна аритмія, фібриляція передсердь, міграція водія ритму, атріовентрикулярна блокада I ст. Пацієнти цієї групи не мали артеріальної гіпертензії, середні показники артеріального тиску (АТ) були для систолічного АТ ($122,50 \pm 1,97$) мм рт. ст., для діастолічного АТ ($80,68 \pm 1,55$) мм рт. ст. Контрольна група включала 30 здорових дорослих.

Результати. Найчастішими патологічними змінами при доплер-ЕхоКГ були: de novo мітральна/трикуспідальна регургітація, пролапс мітрального або трикуспідального клапана, I ст. діастолічної дисфункції (ДД) лівого шлуночка серця (ЛШ), переважно без змін товщини стенок або розмірів камер серця. Результати доплер-ЕхоКГ дослідження функціонального стану серця у хворих з ВПССС свідчать про те, що розмір порожнини серця, аорти та товщина стінок ЛШ у постраждалих з ВПССС не відрізнялися від показників контрольної групи (р між показниками в групі військовослужбовців, які мали бойову травму в анамнезі, та здорових осіб в усіх випадках $>0,05$). Проте у комбатантів з ВПССС мало місце порушення діастолічного наповнення ЛШ (збільшення на 28,65 % середньої величини часу ізвольомічного скорочення, $p < 0,001$). Середня величина кінцевосистолічного тиску у ЛШ у пацієнтів з

ВПССС була незначно, проте достовірно підвищена порівняно з контрольним показником: ($97,72 \pm 1,44$) та ($88,45 \pm 0,71$) мм рт. ст. відповідно (збільшення на 10,71 %, $p < 0,001$). Згідно з нашими даними, підвищення кінцево-систолічного тиску могло бути наслідком підвищеного загального периферичного опору: ($1913,07 \pm 81,67$) та ($1422,3 \pm 30,0$) дин·см⁻⁵·с відповідно (збільшення на 34,51 %, $p < 0,001$), тобто підвищеного післянавантаження ЛШ. Скоротлива активність міокарда ЛШ (за величиною показника співвідношення кінцевосистолічного тиску до кінцевосистолічного об'єму) у пацієнтів з ВПССС була також підвищена (на 14,65 %, $p < 0,001$).

Висновки. Результати проведеного доплер-ЕхоКГ дослідження свідчать про наявність у військовослужбовців з бойовою травмою та ВПССС кардіоміопатії з початковою ДД ЛШ, що перебігає на фоні підвищеного загального периферичного судинного опору та, ймовірно, з компенсаторним підвищенням скоротливої активності міокарда ЛШ.

Толерантність до фізичного навантаження у молодих чоловіків з пролапсом мітрального клапана

В.А. Хомазюк¹, А.М. Ракова², І.О. Дериземля²

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

² Київська міська клінічна лікарня № 3

Завдяки широкому використанню ехокардіографії в повсякденній практиці стала можливою візуалізація навіть незначних аномалій клапанів серця. Пролапс мітрального клапана (ПМК) посідає провідне місце серед клапанної патології у молодих чоловіків, яких направляють до кардіологічного відділення на поглиблене медичне обстеження з метою визначення придатності до військової служби. Однак особливості та можливі ускладнення ПМК у таких пацієнтів залишаються недостатньо вивченими. Інформація щодо допустимої фізичної активності у осіб з ПМК I–II ступеня досить суперечлива і вимагає постійного оновлення.

Мета – визначити особливості толерантності до фізичного навантаження (ТФН) і оцінити взаємозв'язок ТФН з клінічними проявами, ехокардіографічними змінами структури і функції серця у молодих чоловіків з первинним ПМК I–II ступеня.

Матеріал і методи. Проведено комплексне клініко-інструментального обстеження 69 чоловіків з нейроциркуляторною дистонією у віці від 18 до 25 років. До групи спостереження увійшли 37 осіб з ехокардіографічними ознаками первинного ПМК I–II ступеня, до групи порівняння – 32 особи без ознак ПМК. Контрольна група – 30 здорових добровольців. Ехокардіографію в М-, В-режимах та доплерехокардіографію проводили за стандартними протоколами. Визначали ТФН на основі велоергометрії в режимі ступінчасто-зростаючого навантаження. Оцінювали порогову потужність навантаження ($W_{п}$), об'єм вико-

наної роботи (ОВР) та її тривалість, особливості забезпечення фізичного навантаження (ФН) та тривалість відновлення.

Результати. Частота і вираженість клінічних проявів нейроциркуляторної дистонії та електрокардіографічних змін суттєво не відрізнялась в обох групах обстежених. Серед порушень серцевого ритму та провідності домінували суправентрикулярна та вентрикулярна екстрасистолія, синусова тахікардія. У 67 % обстежених основної групи діагностовано міксоматозну дегенерацію стулок мітрального клапана, у 54 % – мітральну регургітацію I–II ступеня. Інші ехокардіографічні параметри в стані спокою не перевищували дані у здорових. У більшості пацієнтів з ПМК визначили середню фізичну працездатність і середню ТФН. Проте тенденції до зменшення Wп і ОВР в цій групі не досягли статистичної достовірності. Гемодинамічне забезпечення ФН при ПМК змінювалось більш показово, величини вихідного і порогового подвійного добутку були вищі, ніж в контролі ($p < 0,05$). У осіб з ПМК приріст ЧСС і артеріального тиску був відповідно на 15 % і 21 % більшим, ніж у групі порівняння ($p < 0,05$). Відзначено також подовження періоду відновлення, високу частоту появи екстрасистолії під час ФН. Наявність порушень ритму у пацієнтів з ПМК суттєво знижувало ТФН, що, ймовірно, обумовлено наявністю симпатикотонії. Фізична працездатність і її забезпечення знижувались залежно від збільшення ступеня ПМК і мітральної регургітації ($r = -0,39$; $p < 0,05$), за наявності міксоматозної дегенерації стулок. Виявлені зміни в забезпеченні ФН при ПМК порівняно з іншими групами розцінювали як фактор ризику порушення функції серця, незважаючи на високий рівень порогового навантаження.

Висновки. У молодих чоловіків з первинним ПМК I–II ступеня визначено менш ефективне гемодинамічне забезпечення ФН, чіткий взаємозв'язок обмеження ТФН із міксоматозною дегенерацією стулок, мітральною регургітацією та наявністю порушень ритму серця. В осіб без ознак ПМК відповідні зміни ТФН були менш вираженими. Комбіноване застосування ехокардіографічних критеріїв і оцінки ТФН дозволяє оптимізувати відбір пацієнтів з високим ризиком ускладнень ПМК, обґрунтувати прогноз та допустити фізичну активність, запобігти можливій інвалідизації.

Діагностичне значення визначення факторів ризику за шкалою SILC у хворих на міокардит з порушенням ритму і провідності серця

Н.І. Ярема, К.В. Верещакіна, К.В. Миндзів,
О.І. Коцюба, Н.В. Ткачук

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

Ураження серцево-судинної системи при Лайм-бореліозі діагностується у 2,4–10 % випадків і у 50 % випад-

ків проявляється міокардитом з порушенням ритму і провідності. Дані порушення можуть бути зворотними під впливом антибіотикотерапії.

Мета – оцінити ймовірність Лайм-кардиту (ЛК) за шкалою SILC (Suspicious Index in Lyme Carditis) у хворих з порушенням атріовентрикулярної провідності.

Матеріал і методи. Було обстежено 52 хворих на міокардит. Пацієнтам проводили загальноклінічні, лабораторні та інструментальні обстеження (ЕхоКС, ЕКГ, холтеровське моніторування ЕКГ) відповідно до рекомендацій Асоціації кардіологів України (2014 р.) щодо обстеження хворих на міокардит. Всім хворим проводилась серологічна діагностика хвороби Лайма за допомогою методики Вестерн-блот.

Результати. У 46 (88,4 %) обстежених хворих на міокардит спостерігались різного ступеня вираженості ознаки серцевої недостатності: задишка в спокої та при фізичному навантаженні, втома, тахікардія, збільшення розмірів печінки, набряки на ногах. У 34 хворих (65,4 %) виявили порушення атріовентрикулярної (AV) провідності, з них у 22 пацієнтів (47,8 %) були комбіновані порушення ритму та провідності (AV блокади 1–3-го ступенів в поєднанні з персистуючою фібриляцією та тріпотінням передсердь та/або шлуночковою і суправентрикулярною екстрасистолією). Всім хворим з порушенням провідності була проведена оцінка ймовірності Лайм-кардиту з урахуванням факторів ризику шкали SILC та подальшою серологічною діагностикою за допомогою блот-аналізу. Пацієнти з порушеннями AV-провідності були поділені на 3 групи. До I групи увійшло 5 хворих (14,7 %) з низькою ймовірністю ЛК. Дані ЕКГ у хворих цієї групи свідчили про порушення атріовентрикулярної провідності, а у одного пацієнта, окрім того, було зафіксовано суправентрикулярну екстрасистолію. До II групи увійшли 19 хворих (55,9 %) з середнім ризиком ЛК, з них у 11 пацієнтів були комбіновані порушення ритму і провідності. У III групі, до якої увійшли 10 пацієнтів (29,4 %), визначалась висока ймовірність ЛК. У всіх хворих III групи виявляли складні комбіновані порушення ритму та провідності: AV-блокади, в тому числі високоступеневі, персистуюча фібриляція/тріпотіння передсердь та/або часта шлуночкова і суправентрикулярна екстрасистолія. Усім пацієнтам було проведено виявлення антитіл до *Borrelia* специфічних антигенів. У пацієнтів I групи результати серологічного обстеження були негативними. У II групі серед 19 хворих з помірним ризиком ЛК результати серологічного обстеження були позитивними у 14 випадках (73,7 %), зокрема у 6 хворих (42,9 %) виявляли IgM, у 8 пацієнтів (57,1 %) – IgG. Результати серологічного обстеження крові III групи хворих були позитивними в усіх пацієнтів. У 3 хворих виявили IgM (30,0 %), у 7 – IgG (70,0 %).

Висновки. 1. Шкала оцінки ризику SILC (Suspicious Index in Lyme Carditis) є інформативною складовою в процесі оцінки ймовірності Лайм-кардиту у хворих з порушеннями ритму і провідності. У хворих з високим ризиком за шкалою SILC результати серологічного обстеження крові були позитивними у всіх пацієнтів, що обумовлює призна-