

УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ

Додаток **3** 2016

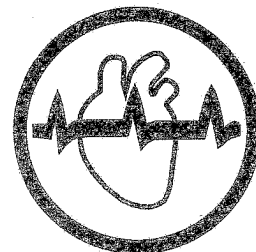
**Матеріали XVII Національного
конгресу кардіологів України
(Київ, 21–23 вересня 2016 р.)**

Журнал внесено до Переліку наукових фахових видань України
і зареєстровано в наукометричних базах Google Scholar, «Наукова періодика України» та РІНЦ

Національна академія медичних наук України • Асоціація кардіологів України

УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ

Ukrainian Journal of Cardiology



Додаток 3/2016

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 (iryna.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

55,2±7,2) года. Кальциноз митрального клапана отмечен у 291 (87,1 %) пациентов. Предшествующая митральная комиссуротомия (ЗМК) отмечена в 97 случаях, а у 6 из которых она имела место 2 раза (ре-отомия). Дооперационные эпизоды тромбоэмболии отмечались у 75 (25,4 %) пациентов. Следующие процедуры были выполнены: протезирование МК (ПМК) (n=255), пластика трикуспидального клапана (Тк) по Амосову (n=47), открытая митральная комиссуротомия (ОМК) + пластика Тк по Амосову – de Vega (n=4). Были выполнены только механические протезы: МКЧ-25 (n=29), монодиск (n=116), двухстворчатые (n=157). Все операции выполнены в условиях искусственного кровообращения гипотермии и кристаллоидной кардиopleгии. Тромботическая выстилка удалена и ушко левого предсердия изолировано у 184 (59,5 %) пациентов.

Результаты. Госпитальная летальность (ГМ) за период наблюдения (12 гг.) составила 4,7 %. Причинными летальных исходов были: острая сердечно-сосудистая недостаточность (n=4), инсульт ЦНС (тромбоэмболия) (n=6), кровотечение (n=1), почечная недостаточность. При ПМК (в том числе в сочетании с коррекцией Тк) – 6,1 % и 0 % при ОМК. В группе пациентов с протезированием тромботической выстилки величина госпитальной летальности и уровень тромбоэмболических осложнений были в 2 раза ниже, чем в альтернативной группе.

Факторами риска на госпитальном этапе явились: полное отсутствие основания-выстилки, легирование ушка левого предсердия, малая полость ЛЖ – КСО/S < 15 мл/м², систолическое давление в легочной артерии > 90 мм рт. ст., предшествующая операция на сердце, гигантское ЛП, кальциноз ЛП. 3. Комбинация данных факторов риска увеличивала госпитальную летальность. В отдаленный период (среднее 11±3,3) года летальность составила при ПМК (n=243) 4,7 % и при ОМК (n=27) – 4,7 %, а тромбоэмболические осложнения при ПМК имели место в 15,8 % случаев, а при ОМК отмечены в 2,1 % (p<0,05).

Выводы. Важным элементом коррекции является удаление основания-выстилки и перевязка ушка ЛП, что существенно снижает риск госпитальной летальности, тромбоэмболических осложнений на госпитальном этапе. В отдаленном периоде характерна повышенная частота тромбоэмболических осложнений.

Оценки систолической функции левого желудочка у пациентов с аортальным стенозом перед протезированием аортального клапана

Н.В. Понич, О.А. Епанчинцева,
О.И. Жарінов, Б.М. Тодуров

ДУ «Інститут серця МОЗ України», Київ
Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика, Київ

Цель – оценить клинико-эхокардиографические предикторы оценки систолической функции сердца у пациентов с аортальным стенозом (АС) и сниженной фракцией выброса левого желудочка (ЛЖ) после протезирования аортального клапана (ПАК).

Материал и методы. Проанализировали данные, полученные при инструментальном обследовании 78 последовательно обследованных пациентов с выраженным аортальным стенозом (АС) и

систолической дисфункцией левого желудочка (фракция выброса левого желудочка менее 45 %), выбранных для протезирования аортального клапана (ПАК) с или без аортокоронарного шунтирования (АКШ). Средний возраст пациентов составил (64±10) лет (диапазон от 54 до 74 лет). Всем пациентам до операции провели комплексное клинико-лабораторное исследование, в том числе трансторакальную эхокардиографию и коронароангиографию. Проперированные пациенты были ретроспективно подделены на две группы: 48 (61,6 %) пациентов, у которых фракция выброса левого желудочка после операции выросла более чем на 30 % и 30 (38,4 %) – менее чем на 30 %. У 23 (29,44 %) пациентов ПАК соединялось с АКШ.

Результаты. Группа пациентов с большим приростом ФВ ЛЖ (на 30 % и больше по сравнению с исходным уровнем) характеризовалась меньшим индексом массы тела, у этих пациентов реже наблюдали артериальную гипертензию, нарушения сердечного ритма и та перенесены раньше инсульта по сравнению с группой с меньшим приростом ФВ ЛЖ. В то же время, у пациентов с большим приростом ФВ ЛЖ выявлены больше значимые исходные нарушения миокарда ЛЖ, в частности, больше объем ЛЖ, больше выражены признаки систолической, диастолической дисфункции ЛЖ и легочной гипертензии.

Выводы. Снижение фракции выброса ЛЖ ниже 45 % у пациентов с аортальным стенозом не является противопоказанием для протезирования аортального клапана. Относительно позитивная динамика ФВ ЛЖ была достигнута у пациентов с больше выраженными исходными нарушениями миокарда ЛЖ, ассоциировалась с меньшей частотой сопутствующей артериальной гипертензии, фибрилляции предсердий, перенесенных раньше инсультов, а не зависела от частоты сопутствующей ИХС и перенесенных раньше инфарктов миокарда.

Функциональные показатели кровообращения у пациентов с имплантированными электрокардиостимуляторами и кардиоресинхронизирующей терапией в классах пульсового АД на годовом этапе наблюдения

М.В. Починская

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

Цель – оценить изменения функциональных показателей кровообращения у пациентов с имплантированными электрокардиостимуляторами (ЭКС) и кардиоресинхронизирующей терапией (КРТ) в классах пульсового артериального давления (ПАД) на годовом этапе наблюдения.

Материал и методы. Наблюдали 110 мужчин и 110 женщин, средний возраст (70±9) в ранний период (3–5 дней), через 6 месяцев и 1 год после ЭКС и КРТ в режимах DDD(R), VVI(R), CRT(P/D). Медикаментозная поддержка осуществлялась антикоагулянтами, антиагрегантами, диуретиками, блокаторами бета-адренорецепторов, антагонистами кальция, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторами рецепторов ангиотензина II (БРА), статинами. Пациенты были отнесены к пяти классам ПАД: I – очень низкое ПАД – менее 20 мм рт. ст., II – низкое более 20 – менее 40 мм рт. ст., III – норма – 40–60 мм рт. ст., IV –

высокое – более 60 – менее 80 мм рт. ст., V – очень высокое ПАД – более 80 мм. рт. ст. Оценивались систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД), конечный систолический объем (КСО), конечный диастолический объем (КДО), фракция выброса (ФВ) левого желудочка, толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП), размер левого предсердия (ЛП) и правого желудочка (ПЖ), для которых в группах ПАД рассчитывали среднее значение – М и стандартное отклонение sd. Достоверность различий в показателях между группами ПАД определялась с помощью t-критерия Стьюдента при ожидаемом уровне достоверности $p < 0,05$ и $p < 0,01$.

Результаты. Исходный уровень САД в группах ЭКС и КРТ был в пределах физиологической нормы во II и III и повышен в IV и V классах ПАД. После имплантации устройств он не изменился в классах II и III и показал тенденцию к снижению в классах IV и V. ДАД находилось в пределах физиологической нормы у пациентов с ЭКС и КРТ на всех этапах наблюдения. Исходно высокие КСО и КДО во всех классах ПАД после имплантации ЭКС и КРТ снижались на протяжении всего периода наблюдения, что сопровождалось увеличением исходно низкой ФВ. ТЗСЛЖ, ТМЖП и ММЛЖ во всех классах ПАД были одинаково увеличены до и после имплантации ЭКС и КРТ не изменялись. Исходно увеличенные размеры ЛП и ПЖ до имплантации устройств после их имплантации имели лишь тенденцию уменьшения к концу периода наблюдения.

Выводы. Имплантация ЭКС и КРТ на годовом этапе наблюдения приводит к нормализации САД, ДАД, КСО, КДО и ФВ во всех классах ПАД. Незначительное уменьшение размеров ЛП и ПЖ и отсутствие изменений ТЗСЛЖ, ТМЖП и ММЛЖ на годовом этапе наблюдения свидетельствует о необходимости усиления медикаментозной терапии пациентов.

Отдаленные результаты при протезировании митрального клапана

Е.В. Пукас

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

Цель – изучение особенностей отдаленного периода при протезировании митрального клапана (ПМК)

Материал и методы. В анализируемую группу включены 569 пациентов, выписавшихся после ПМК в Институте за период 2005–2006 гг. Это составило 96,7% от числа выписавшихся на госпитальном этапе. Мужчин было 268 (47,1%), женщин 301 (52,9%). Возраст больных колебался от 39 до 71 года (средний $53,1 \pm 7,5$ года). 49 (8,6%) пациентов относились ко II классу по классификации NYHA, 179 (31,4%) пациентов относились к III классу по классификации NYHA, а 341 (60,0%) пациентов – к IV классу. Фибрилляция предсердий отмечена у 532 (93,4%) пациентов. Сопутствующий трикуспидальный порок отмечен у 135 (23,7%) пациентов. Предшествующая операция на сердце (закрытая комиссуротомия) имела место у 129 (21,4%) пациентов. Имплантированы только механические протезы: двухстворчатые (Saint Jude, Carbomedics, ATS, Edwards-Mira, On-X) (482 пациента) и моностворчатые (87 пациентов).

Результаты. Через 10 лет после операции выживаемость составила 69,4%, стабильность хороших результатов имела место в 67,2% случаев, отсутствие тромбоэмболических осложнений наблюдалось в 79,7%. Синусовый ритм имелся у 31 (5,4%) пациента. Основными факторами отдаленного периода являются IV функциональный класс фибрилляция предсердий, левая атриомегалия (диаметр 6,0 см и более), фракция выброса менее 0,45, моностворчатый протез.

Выводы. Хороший результат операции в отдаленном периоде наблюдается в большинстве случаев при имплантации двухстворчатых моделей (исключение Edwards-Mira – протез с производства), оперированных во II–III функциональном классе и с синусовым ритмом. Элемент редуцированной предсердия до физиологических норм, резекции устьев являются важными для восстановления синусового ритма и снижения риска тромбоэмболических осложнений.

Особливості перебігу гострого інфаркту міокарда з елевациєю сегмента ST у ускладненому гострою серцевою недостатністю, у хворих з проведенням коронарографії та стентування

В.М. Сало, Я.В. Мизак, О.В. Заремба

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Діагностика пацієнтів з високим ризиком розвитку серцевої недостатності під час госпіталізації є надзвичайно важливою, оскільки застосування цілеспрямованої терапії та раннього лікування на ранніх етапах розвитку гострого інфаркту міокарда можна попередити розвиток серцевої недостатності і покращити прогноз. Рання діагностика гострої серцевої недостатності, спрямування процесу відновлення функцій міокарда й системної гемодинаміки в цілому є важливою проблемою інтенсивної терапії, що вимагає ретельного вивчення.

Мета – провести ретроспективний аналіз пацієнтів з гострим інфарктом міокарда з елевациєю сегмента ST, ускладненому гострою лівошлуночковою недостатністю до та після коронарографії та реперфузії інфарктзалежної артерії.

Матеріал і методи. Проведений аналіз 79 пацієнтів з гострим інфарктом міокарда з елевациєю сегмента ST, ускладненому гострою лівошлуночковою недостатністю, вивчених в інфарктному відділенні КМК ЛШМД м. Львова, у яких проведено інтервенційне втручання.

Результати. Ускладнення гострого інфаркту міокарда з елевациєю сегмента ST у вигляді гострої серцевої недостатності виникло у 38 (48,1%) хворих, кардіогенного шоку – у 4 (5,06%) хворих. Один летальний випадок після проведення інтервенційного втручання.

Сформовано розподіл хворих з гострим інфарктом міокарда, ускладненим гострою серцевою недостатністю за Killip і Kimball. У групі хворих з гострою серцевою недостатністю клас I за Killip був у 41 (52%) хворого, клас II – у 41 (41,7%), клас IV – у 5 (6,3%).