

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 XXI Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 22–25 вересня 2020 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 2    2020



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

Київ • 2020

сті клубочкової фільтрації (ШКФ) та ругинне застосування блокаторів ренін-ангіотензинової системи (РАС), антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів (АМКР) та їх комбінації як з метою профілактики прогресування нефропатії, так і з метою лікування та профілактики серцевої недостатності. ГКЕ може як поглиблювати важкість ГКС, так і імітувати його: від виникнення гострого болю в грудній клітці до виникнення інфаркто-подібної ЕКГ-кривої, елевації сегмента ST, розширення комплексу QRS, тахікардії, фібриляції передсердь та інших життєво небезпечних порушень ритму (ЖНПР). Таким чином, своєчасна діагностика порушення елек-тролітного балансу у пацієнтів з ХХН та симптомами кою ГКС дозволяє уникнути фатальних помилок у виборі тактики лікування.

**Мета** – підвищення ефективності діагностики та лікування пацієнтів з ГКС та ХХН.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективний аналіз 124 історій хвороб хворих з ГКС та супутньою ХХН, що проявлялась нефропатією різного генезу та ШПР. У 43 хворих (35 %) діагностовано діабетичну нефропатію, у 15 хворих (12 %) – гіпертензивну, у 10 хворих (8 %) – нефрогенну нефропатію та у 56 хворих (45 %) – нефропатію змішаного генезу. Обстеження хворих включало: ЕКГ з розрахунком інтервалу QT, корона-роангіографію (КАГ), визначення ШКФ за формулою SKD-EPI та показники електролітного обміну. Критерієм відбору були хворі з ШКФ від >15 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> до <60 мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>. Згідно із показниками електролітного обміну усі хворі були розподілені на дві групи: хворі з рівнем калію (K<sup>+</sup>) крові в межах норми (3,4–5,3 ммоль/л), яких було 74 (60 %), та хворі з підвищеним K<sup>+</sup> в крові, яких було 50 (40 %).

**Результати.** За результатами проведеного аналізу виявлено, що у хворих з ГКС (вище 7 ммоль/л) в двох випадках спостерігалась інфарктоподібна ЕКГ без оклюзуючих змін коронарних артерій, у 4 пацієнтів – шлуночкова непароксизмальна тахікардія, транзиторне розширення комплексу QRS – у 12 хворих, пароксизм ФП – у 5 хворих, вкорочення інтервалу QT в поєднанні з високоамплітудними T у 15 хворих.

Гіперкаліємія частіше мала місце у хворих з ХХН III–IV: діабетичною нефропатією та фракцією викиду лівого шлуночка за Simpson нижче 40 %, які приймали комбінацію блокаторів РАС та АМКР та не приймали петльові діуретики.

**Висновки.** Таким чином, ГКС може імітувати клініко-електрокардіографічну симптоматику ГКС. ГКС у хворих на ГКС та ХХН сприяє розвитку ЖНПР. Вчасна корекція електролітного дисбалансу дозволяє безпечно для пацієнта призначати препарати антиаритмічної дії.

свою чергу, гіперкаліємічний стан заважає проведенню ефективної антиаритмічної терапії та погіршує її результати.

## Ремодельовання лівого шлуночка при гострому інфаркті міокарда з використанням інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту

Потяженко<sup>1</sup>, Н.А. Люлька<sup>1</sup>,  
Ю.А. Остапчук<sup>1,2</sup>, К.Є. Вакуленко<sup>1,2</sup>,  
Т.В. Дубровінська<sup>1,2</sup>

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава  
<sup>2</sup> КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради»

Проблема захворюваності на ішемічну хворобу серця (ІХС) має на сьогодні глобальний характер. Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) – основна причина смертності та інвалідності в суспільстві. За останнє десятиріччя ця патологія стала фокусом великої кількості клінічних досліджень.

**Мета** – оцінка ефективності інгібітора АПФ (зофеноприлу) в комбінованій терапії хворих на ГІМ.

**Матеріали і методи.** Дослідження, виконане у 58 хворих в гострий період інфаркту міокарда, віком 40–65 років. Хворі були розподілені на 2 групи: 1-ша (основна) отримувала зофеноприл у середній дозі (0,0075±0,0025) г/добу, 2-га – еналаприл в середній дозі (0,00245±0,0045) г/добу. Усім хворим призначалась базисна терапія: аспірин-кардіо 0,1 г/добу, клопідогрель 0,075 г/добу, еноксипарин 1 мг/кг, бісопролол 0,0025 г/добу, розувастатин 0,04 г/добу, нітросорбід 0,01 г/добу. Період спостереження – 6 місяців. Оцінювалися: клінічна ефективність проведеної терапії, гемодинамічні зміни, динаміка електрокардіограми (ЕКГ), добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ), холтерівське моніторування електрокардіограми (ХМ ЕКГ) і ехокардіоскопія (ЕхоКС).

**Результати.** В кінці терміну спостереження в обох групах відзначено поліпшення клінічного стану хворих. При порівнянні результатів двох груп зменшилась елевація сегмента ST, але в першій групі позитивна динаміка сегмента ST спостерігалась на 3–5-ту добу, а в другій групі – на 4–6-ту добу. По ЕхоКС регрес маси міокарда лівого шлуночка в першій групі був 13,5 %, в другій групі – 8,5 % (p<0,05). Збільшилась фракція викиду у першій групі з 46 % до 54 %, у другій групі – з 45 % до 50 % (p<0,05). За даними ДМАТ у всіх хворих відзначено досягнення цільового АТ < 140/90 мм рт. ст. За холтерівським моніторуванням число і тривалість безбольової форми ішемії міокарда зменшилась в першій групі з 45,8 % на 42,4 %, у другій – з 58,2 % на 56,8 % (p<0,01).

**Висновки.** Застосування зофеноприлу у хворих на гострий інфаркт міокарда має виражений антигіпертензивний, антиішемічний та антиангінальний ефекти, позитивно впливає на зменшення розмірів порожнини лівого

шлуночка, що покращує перебіг ГІМ та зменшує кількість ускладнень гострого періоду.