

# Невідкладна кардіологія в Україні та світі: гострі питання та фахові відповіді

*Невідкладна кардіологія — вкрай важливий медичний напрямок, зважаючи на те, що найпоширенішою причиною смерті людей в усьому світі є саме серцево-судинні захворювання та їх ускладнення. Гострі та невідкладні стани в кардіологічній практиці мають низку аналогічно гострих питань і, відповідно, потребують невідкладних відповідей. Саме тому 11–12 квітня 2018 р. у столиці нашої держави відбулася Науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання невідкладної кардіології» (далі — Конференція) під егідою Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук (НАМН) України, Асоціації кардіологів України, Асоціації з невідкладної кардіології, Асоціації дослідників України, Всеукраїнської асоціації превентивної кардіології та реабілітації та Державної установи (ДУ) «Національний науковий центр (ННЦ) «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України».*

Формат поточного заходу виявився доволі незвичним, але вкрай зацікавив усіх присутніх, адже кожен зміг не тільки долучитися до дискусії чи поставити запитання доповідачам, а й взяти участь в інтерактивних голосуваннях стосовно діагностики та вибору тактики лікування, що перманентно мали місце під час презентації кожного клінічного випадку, а також перевірити й оцінити індивідуальні навички у проведенні серцево-легеневої реанімації на спеціалізованих манекенах-тренерах. Не менш актуальними стали воркшопи з проблем запобігання та лікування хворих терапевтичного профілю з венозним тромбоемболізмом, сучасних аспектів допомоги пацієнтам із гострим коронарним синдромом, а також невідкладної допомоги при загрозливих для життя аритміях і зупинці кровообігу.

## Вступні слова та привітання президії



Передаючи вітання від академіка НАМН України, директора ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», президента Асоціації кардіологів України Володимира Коваленка, президента Асоціації з невідкладної кардіології, керівника відділення реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», член-кореспондент НАМН України, доктор медичних наук, професор **Олександр Пархоменко** нагадав присутнім про незвичний стиль цьогоорічної Конференції, першочергово спрямований на розбір клінічних випадків з голосуванням, а також на проведення воркшопів, у рамках яких колективно розбиратимуться клінічні сценарії на основі запропонованих завдань.

## Новини та події в невідкладній кардіології

Далі оратор перейшов до презентації найсвіжішої інформації, що становить інтерес для лікарів-кардіологів, стосовно діагностики та лікування пацієнтів із невідкладними чи асоційованими станами, супутньою патологією, тобто важливого для кардіологів з практичної точки зору. Перш за все доповідач акцентував увагу на досягненнях європейської та вітчизняної кардіології, адже минулого року опубліковано вимоги до організації та структури блоків реанімації, а також відділень реанімації та інтенсивної терапії. Велика група авторів створила методичний документ, згідно з яким невідкладна допомога здійснюється на трьох рівнях. Перший рівень — це надання медичної допомоги без проведення ангіографії, механічної вентиляції легень тощо. На другому рівні обов'язковою є наявність ангіографічної установи та її доступність протягом 30 хв з моменту надходження пацієнта до закладу охорони здоров'я, а також можливість проведення механічної вентиляції легень. Третій рівень — це відділення високоспеціалізованої медичної допомоги, де можливі екстракорпоральна мембранна оксигенація, трансплантація серця тощо.

За словами О. Пархоменка, ряд досліджень дозволяють із кардинально іншого боку подивитися на здавалося б стандартні підходи до лікування пацієнтів. Зокрема це стосується оксигенації при гострому коронарному синдромі, адже з'явилися дані, що

при цьому більше шкоди, ніж без застосування оксигенотерапії, тому що в такому випадку розміри інфаркту стають більшими. Тому шведськими науковцями проведено дослідження, за результатами якого продемонстровано, що немає ніякого несприятливого ефекту, немає підвищення смертності чи збільшення зони некротичних змін у міокарді, але і користь від того, що усім хворим застосовують кисень без оцінювання рівня гіпоксії, також відсутня, як зазначив професор.

Важливість своєчасної діагностики та початку лікування О. Пархоменко продемонстрував на прикладі Франції, в якій існує реєстр інфаркту міокарда, навівши цифри, які свідчать про те, що за останні 10 років значно знизилася летальність при цьому захворюванні, можливо, завдяки інтервенційній кардіології. Але і серед пацієнтів, яким не проводять реперфузію, така ж сама тенденція, вірогідно, внаслідок своєчасного звернення за медичною допомогою. Не менш важливим позитивним моментом, знову ж таки на прикладі Франції, є збільшення частки пацієнтів, які застосовують статини, а також яким призначають подвійну антитромбоцитарну терапію. Тобто відзначаються суттєві зміни у фармакологічній підтримці пацієнтів, як наголосив професор.

З іншого боку, якщо подивитися на роботу окремих клінік, зокрема як це зробили канадські фахівці, при порівнянні результатів раннього та більш пізнього ( $\geq 72$  год) інтервенційного втручання можна зробити висновки, що немає різниці в показниках 10-річної (але не 6-місячної) виживаності пацієнтів. Вчені Данії провели дослідження серед пацієнтів із первинним інфарктом міокарда, яким не проводили ревазуляризації, з метою оцінки ефективності подвійної антитромбоцитарної терапії в різних вікових групах населення. Найбільший ефект стосовно зниження ризику летальності відзначають у осіб віком 60–69 років, а також саме серед цих пацієнтів не виявлено підвищення ризику розвитку значних або загрожуючих життям кровотеч. Тобто саме в цій віковій групі (без оцінки супутньої патології) визначається найвагоміший ефект подвійної антитромбоцитарної терапії. На жаль, у пацієнтів старшого віку достовірно на 50% вищий ризик розвитку таких кровотеч, як наголосив О. Пархоменко.

Не менш цікавим є питання призначення традиційної подвійної антитромбоцитарної терапії пацієнтам із гострим коронарним синдромом. При цьому, за словами професора, є дані, що ефективність такої комбінованої терапії значно вища серед курців або тих пацієнтів, що курили в минулому, порівняно з людьми, які ніколи не курили, причому цей ефект не супроводжується підвищенням ризику розвитку кровотеч. Актуальною є проблема призначення статинів пацієнтам з гострим коронарним синдромом. Зазвичай статини розглядають як засіб профілактики прогресування атеросклеротичного процесу, для стабілізації атеросклеротичної бляшки, але зараз запропонована концепція (на основі аналізу 30-денної виживаності), яка передбачає раннє застосування статинів у пацієнтів із гострим коронарним синдромом. Виявлено, що в загальній групі пацієнтів немає клінічної різниці між застосуванням та незастосуванням статинів. Але в групі осіб, яким проводили інтервенційне втручання, застосування подвійних доз статинів перед початком процедури, після неї, а також традиційних високих доз протягом наступного місяця приводило до зниження ризику роз-

виту ускладнень на 28%, а найголовніше, що у пацієнтів зі STEMI (інфаркт міокарда з елевацією сегмента ST. — Прим. ред.) виявлено зниження ризику розвитку серцево-судинних ускладнень, таких як повторний інфаркт міокарда, інсульт, а також смерті протягом 1 міс на 30%. Тож результати новітніх досліджень надають змогу розглядати застосування статинів у високих дозах не тільки як засіб профілактики прогресування атеросклерозу, а й як засіб ургентної допомоги.

В останніх рекомендаціях щодо гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST за наявності цукрового діабету зазначено, що пацієнти мають застосовувати метформін або інгібітори SGLT2 (інгібітори натрій-глюкозного котранспортера 2-го типу. — Прим. ред.), проте обізнаність кардіологів про це недостатня (як наголосив професор), тому на практиці часто фахівці рекомендують продовжувати приймати призначене раніше лікування. Насправді на сьогодні базисною терапією є застосування метформіну, про що згодом докладніше розповість гість зі Сполучених Штатів Америки.

Дуже складним питанням, з приводу якого сьогодні не вщухають дискусії, є венозний тромбоемболізм у пацієнтів із діагностованими злоякісними новоутвореннями. Згідно з сучасними рекомендаціями цим пацієнтам необхідно призначати не пероральні антикоагулянти, а низькомолекулярні гепарини (зазначив доповідач), але деякі дослідження в результатах демонструють відсутність переваг останніх. І хоча це по суті відхилення від існуючих протоколів — воно має право на життя, адже зараз триває ряд незакінчених досліджень з цього приводу. Наостанок О. Пархоменко зазначив, що це не всі новини та події, які мали місце в медичній царині, їх набагато більше, адже останній рік був дуже продуктивним як в науковому, так і в практичному відношенні.

## Синдром Такоцубо та фокус на MINOCA



Далі професор кафедри внутрішньої медицини № 3 Дніпропетровської медичної академії **Олена Коваль** представила присутнім клінічний випадок з інтерактивним голосуванням «Хворий з синдромом Такоцубо». Перш за все доповідач нагадала присутнім, що таке MINOCA (myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. — Прим. ред.). По суті, як і в перекладі, це інфаркт міокарда без обструктивного ураження коронарних артерій. Також ораторка озвучила присутнім класичне визначення інфаркту міокарда — тривала ішемія міокарда (причому без конкретки генезу), що призводить до некрозу.

Протягом презентації реального клінічного випадку ораторка зазначила, що при кардіоміопатії Такоцубо, яка зазвичай проявляється балансуванням верхівки лівого шлуночка, доволі часто можуть виявлятися тромби в лівому шлуночку серця пацієнта, токсична миготлива аритмія, прояви системного емболізму тощо. Більше того, за наявності супутньої патології при інфаркті міокарда чи синдромі Такоцубо, зокрема бронхіальної астми, важливе правильне комбінування лікарських засобів з урахуванням протипоказань до їх прийому, а також впливу (як позитивного, так і негативного) на перебіг іншого захворювання при різних нозологічних одиницях.

Узагальнюючи свою доповідь, О. Коваль резюмувала, що MINOCA доволі частий феномен у коронарній клініці, якщо фахівці детально аналізують кожен випадок. Цей різновид інфаркту міокарда має різний патогенез, при цьому недооцінений внесок коморбідності, особливо з боку дихальної системи, саме в патогенез патологічного стану. Тому інколи лікарі можуть іти помилковим шляхом, тим самим ускладнюючи стан пацієнта. Прогноз при цьому інфаркті кардинально не відрізняється від такого при гострому коронарному синдромі. Звісно, мають місце тяжкі несприятливі серцево-судинні події, фібриляція шлуночків, кардіогенний шок, пристінкові тромботичні ускладнення в лівому шлуночку тощо, що може потребувати застосування комбінованої антитромботичної терапії. При цьому важливою є антиішемічна терапія, спрямована безпосередньо на антиішемічний захист міокарда.

О. Пархоменко додав, що при MINOCA все ж таки виявляють 20–30–40% стенози коронарних судин атеросклеротичного генезу, і зауважив, що цим пацієнтам показана така ж сама терапія, як і

хворим, яких направляють на інтервенційне втручання. Не менш цікавим є питання стосовно пацієнтів із так званими інтактними коронарними артеріями, в яких немає стенозуючого атеросклерозу, але може бути атеросклероз, коли бляшка росте назовні, що може призводити до розвитку трансмурального інфаркту міокарда.

## Міокардит і гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST



До дискусії долучився кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України» **Ярослав Лутай**, продемонструвавши деякі особливості діагностики патологій серцево-судинної системи. Оратор навів приклад клінічного випадку, коли у відділення поступив молодий чоловік віком 23 роки з типовим болем за грудиною та ознаками гострого коронарного синдрому при електрокардіографії. При цьому, згідно з рекомендаціями, необхідне проведення тромболізу. Але у відділенні є можливість проведення ангіографії, яка показала інтактні коронарні судини. При цьому виявлене суттєве підвищення рівнів тропоніну та С-реактивного протеїну в крові хворого. Далі при проведенні ехокардіографії фахівці звернули увагу на відсутність значного акінезу чи дискінезу в апікальних ділянках серця, але й помітили порушення кінезу в передньо- та задньобочовій стінці на рівні гіпокінезу, а також наявність підвищеної ехогенності цих відділів.

Далі лікарі провели аналіз STRAIN, тобто оцінку деформації міокарда, і виявили відсутність порушення лонгітудинального стрейну, тобто рух тканини серця від базальних сегментів до верхівки був у нормі. Але виявлено порушення радіального стрейну, після чого виникло припущення, що проблема не в субендокардіальних волокнах міокарда, які найчастіше пошкоджуються при його ішемії, адже ішемія поширюється від ендокарда до епікарда. Наступним кроком стало проведення магнітно-резонансної томографії (МРТ) серця, яка показала накопичення контрасту у вищезазначених ділянках серця, що стало приводом для встановлення діагнозу «міокардит». З цього приводу Я. Лутай акцентував увагу, що таким молодим пацієнтам завжди необхідно проводити обстеження стосовно вірогідності розвитку міокардиту із можливим залученням перикарда, при цьому МРТ-дослідження дозволяє значно спростити цей діагностичний пошук і встановити правильний діагноз.

О. Пархоменко додав, що на сьогодні МРТ із контрастуванням є стовідсотковим методом верифікації вогнищцевого міокардиту, тому фахівцям потрібно з особливою увагою ставитися до подібних випадків, особливо коли йдеться про людей молодого віку. Далі Я. Лутай продемонстрував ще один клінічний випадок стосовно розвитку типового гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST, який не викликав складнощів при діагностиці, щоб на його прикладі розібрати ті зміни в рекомендаціях Європейської спільноти кардіологів з приводу лікування цієї категорії пацієнтів, наявні станом на сьогодні.

Оратор зазначив, що при госпіталізації пацієнта у відділення невідкладної кардіології з типовою картиною і, відповідно, діагнозом гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST було заплановано проведення інтервенційного втручання, адже пацієнт відповідав усім критеріям, зазначеним у рекомендаціях. Я. Лутай зазначив, що схема лікування цих пацієнтів розділяється на два основних етапи: до проведення реперфузійного втручання (який у свою чергу ділиться на дві частини, тобто на догоспітальний та госпітальний передопераційний етап) та після. Згадуючи зміни у підходах щодо оксигенації, оратор зазначив, що раніше показанням для оксигенотерапії була сатурація кисню менше ніж 95%, тепер — менше ніж 90%.

Фахівець звернув увагу присутніх на сучасні рекомендації щодо застосування антикоагулянтної терапії у пацієнтів з елевацією сегмента ST, зазначивши, що ця терапія показана всім пацієнтам у доповнення до антитромботичних лікарських засобів під час первинної ПТКА (перкутанна транслюмінальна коронарна ангіопластика. — Прим. ред.), а також рекомендоване рутинне застосування нефракціонованого гепарину. Я. Лутай

звернув увагу присутніх на важливість призначення статинів і навіть результати одного з досліджень, в рамках якого вивчали ефект застосування цих препаратів у різних групах пацієнтів, зазначивши, що в когорті пацієнтів, яким проводили ПТКА, виявлено достовірні відмінності на користь застосування статинів. Найкращі результати отримано у пацієнтів з елевацією сегмента ST, яких готували до проведення первинної ангіопластики із застосуванням статинів до проведення маніпуляції та через добу після, адже встановлено, що в такому разі вдвічі знижується ризик летального кінця та розвитку таких серцево-судинних ускладнень, як інфаркт міокарда, інсульт і незапланована реваскуляризація, тому, на переконання оратора, на сьогодні це достатня доказова база, щоб призначати статини цим пацієнтам на догоспітальному етапі чи в ранній госпітальний період.

Безумовно, як наголошує Я. Лутай, фахівці покладаються не на ліпідзнижуючі ефекти, коли призначають статини в ранні строки, а припускають, що можуть впливати на ризик розвитку певних ускладнень, в тому числі контраст-індукованої нефропатії. Далі оратор зупинився на нових рекомендаціях щодо ведення пацієнтів в умовах катетеризаційної лабораторії. За словами фахівця, пріоритетним є радіальний доступ, застосування якого знижує вірогідність розвитку кровотеч (на 42% порівняно зі стегновим доступом), а також летального кінця (на 28%).

Згідно з останніми рекомендаціями, як наголосив фахівець, рутинне призначення антикоагулянтної терапії пацієнтам з елевацією сегмента ST не показано після проведення ПТКА, окрім випадків з іншими показаннями для застосування повнодозової терапії (фібриляція передсердь, механічні клапани, внутрішньопорожнинне тромбоемболічне захворювання, а також профілактична антикоагуляція, тобто профілактика венозних тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів із пролонгованим постільним режимом).

Особливе значення у пацієнтів з гострим коронарним синдромом має правильне та своєчасне застосування антитромбоцитарної терапії. Всім пацієнтам з гострим коронарним синдромом із елевацією сегмента ST (без протипоказань) рекомендований прийом подвійної антитромбоцитарної терапії у вигляді ацетилсалicyлової кислоти та антагоністів рецепторів P2Y12 до аденозиндифосфату (тікагрелор або прасугрел). Оратор наголосив, що така терапія має призначатися до проведення процедури реваскуляризації, а для тікагрелору існує доказова база стосовно його призначення ще на догоспітальному етапі. Доповідач акцентував увагу, що тривалість подвійної антитромбоцитарної терапії у більшості пацієнтів (без високого ризику кровотеч) має становити 12 міс.

### Венозний тромбоемболізм: від Рудольфа Вірхова до сьогодення



Далі завідувач кафедри внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини Буковинського державного медичного університету, професор **Віктор Ташук** презентував присутнім клінічний випадок «Венозний тромбоемболізм». За словами оратора, рекомендації стосовно менеджменту тромбоемболії легеневої артерії опубліковані ще у 2014 р., тому, знаючи фаховий рівень аудиторії, яка збирається на подібні заходи не перший рік, не варто зупинятися на цьому детально. До того ж, доповідач радить усім прочитати на сторінках «Українського медичного часопису» есе О. Пархоменка про Р. Вірхова («Історія досліджень венозного тромбоза і емболії. Вклад Рудольфа Вірхова») — його роль і визначення власне розподілу венозного та артеріального тромбозу, адже одна з позицій, що там була визначена свого часу, це залучення переважно антиагрегантів до лікування пацієнтів з артеріальним тромбозом і антикоагулянтів при венозному тромбозі.

В. Ташук наголосив, що по суті Р. Вірхов у своїй тріаді вивчав саме тромбоемболію легеневої артерії, тому сьогодні ми можемо говорити про те, що венозний тромбоемболізм, починаючи з робіт Р. Вірхова, — це поєднання тромбозу глибоких вен і тромбоемболії легеневої артерії. Однією з основних проблем при веденні цих пацієнтів залишається гемодинамічно нестабільна чи масивна тромбоемболія. Оратор нагадав, що, згідно з реко-

ментаціями, пацієнтам, у яких відзначається нестабільність артеріального тиску (систолический — нижче 90 мм рт. ст.), необхідно проводити тромболітичну терапію будь-яким із існуючих препаратів. В іншій групі пацієнтів можна проводити лікування без тромболітичної терапії.

Наостанок професор звернув увагу присутніх на проблематику екзамену КРОК, зазначивши, що вітчизняні лікарі розподіляються на дві категорії: хто здавав цей іспит та хто ні. Провівши аналогію з представленою доповіддю та навівши приклад із декількох запитань цього екзамену, В. Ташук окреслив, що деякі з екзаменаційних тестів некоректно сформульовані або мають недостатню інформацію. Підсумовуючи, оратор наголосив, що класична картина типового хворого, яка не викликає діагностичних труднощів у лікарів, певною мірою не відображена в питаннях КРОКУ вірно, тобто особи, які готували запитання для КРОКУ, на думку В. Ташука, не є вихідцями фахової системи кардіології. Тому логічним був би перегляд цих запитань.

### Правильний менеджмент гострого коронарного синдрому при цукровому діабеті



Наступним етапом Конференції став круглий стіл на тему «Нові можливості лікування кардіологічних хворих з цукровим діабетом», під час якого пролунала доповідь **Міхаїла Косіборода** — голови Комітету з діабету АНА (American Heart Association), а також комітету ACC/ADA/ACP діабетичного реєстру, лікаря-кардіолога та клінічного наукового співробітника Інституту серця Св. Луки Середньої Америки та професора медицини Університету Міссурі, Канзас-Сіті, штат Міссурі.

Перша половина доповіді американського фахівця стосувалася того, чому лікарі-кардіологи мають звертати особливу увагу на діагноз цукровий діабет при госпіталізації пацієнта з гострим коронарним синдромом. Перш за все, за словами оратора, тому, що діагноз цукрового діабету ідентифікує групу осіб з високим ризиком розвитку ускладнень та летальності, а по-друге, тому, що наявність цукрового діабету значно впливає на тактику лікування (як медикаментозну, так і інвазивну) пацієнтів із гострим коронарним синдромом. Більше того, розвиток гострого коронарного синдрому також може впливати на менеджмент цукрового діабету.

Якщо звернути увагу на результати епідеміологічних досліджень стосовно поширеності цукрового діабету 2-го типу як у всьому світі, так і в Сполучених Штатах Америки, то можна виявити кореляцію між розвитком захворювання та частотою госпіталізації пацієнтів із приводу розвитку гострого коронарного синдрому. За словами оратора, поширеність цукрового діабету, переддіабету, порушення толерантності до глюкози чи її метаболізму також є доволі високою, адже 30% госпіталізованих мають встановлений раніше цукровий діабет, 30% — переддіабет, 10% вперше встановлюють діагноз протягом госпіталізації. Тобто близько 70% госпіталізованих із гострим коронарним синдромом мають різного ступеня метаболічні аномалії, що негативно впливають на метаболізм глюкози.

Тож як впливає наявність цукрового діабету на менеджмент гострого коронарного синдрому та що важливо розуміти лікарям-кардіологам? Відомо, що пацієнти з цукровим діабетом мають більш реактивні тромбоцити, що необхідно враховувати при застосуванні антитромбоцитарної терапії. Наявність цукрового діабету також впливає на вибір тактики оперативного втручання при коронарній патології, адже результати досліджень демонструють, що кращим вибором є аорткоронарне шунтування порівняно з перкутанним інтервенційним втручанням.

У другій частині доповіді М. Косіборода сфокусував увагу присутніх на тому, чому лікарі-кардіологи мають знати про те, як необхідно лікувати пацієнтів з цукровим діабетом здебільшого з точки зору амбулаторної практики, а зрештою, які препарати слід призначати пацієнтам з цукровим діабетом з погляду кардіологів при виписці зі стаціонарного відділення, адже останнім часом, за спостереженнями професора, це набуває особливого значення у всьому світі.

Доповідач докладніше зупинився на деяких медикаментозних аспектах терапії, зокрема розглянув особливості застосування



антагоністів альдостерону та блокаторів бета-адренорецепторів у пацієнтів з/без цукрового діабету. За словами оратора, лікарі часом забувають про те, що в ході деяких досліджень визначено суттєве зниження кардіоваскулярної смертності та частоти розвитку серцевої недостатності серед пацієнтів із перенесеним інфарктом міокарда при подальшому застосуванні антагоністів альдостерону порівняно з плацебо. Більше того, при менеджменті пацієнтів з/без цукрового діабету після перенесеного інфаркту міокарда виявлено значне зниження ризику розвитку основних несприятливих подій. Незважаючи на ці важливі впливи, антагоністи альдостерону не так часто застосовують на практиці навіть у Сполучених Штатах Америки.

Професор зазначив, що блокатори бета-адренорецепторів дуже часто призначають при лікуванні пацієнтів з гострим коронарним синдромом. Більше того, застосування препаратів цієї групи має продовжуватися і після виписки пацієнта зі стаціонару, як наголосив фахівець. Але головне пам'ятати, що такі препарати, як певні селективні блокатори бета-адренорецепторів, мають негативний вплив на перебіг цукрового діабету, зокрема на рівень глікозильованого гемоглобіну в крові, тому в такому випадку краще призначати неселективні блокатори бета-адренорецепторів. Загалом досягнення адекватного глікемічного контролю — вкрай необхідне при менеджменті цукрового діабету, але навіть більш важливим є зниження кардіоваскулярного ризику, адже саме серцево-судинні захворювання — основна причина летальності пацієнтів з цукровим діабетом.

## Тонкий підхід при складних випадках



Наступним до слова був запрошений завідувач відділу клінічної фармакології ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», доктор медичних наук **Сергій Кожухов**, який з практичної точки зору розглянув клінічний випадок розвитку токсичної кардіоміопатії з тромбоемболією легеневої артерії. Доповідач нагадав присутнім, що токсична кардіоміопатія може розвиватися на фоні різних чинників, часто доволі парадоксальних і нетипових, адже, як свідчить практика, цей діагноз встановлюють навіть

на фоні прийому деяких лікарських засобів, що призводять до токсичного пошкодження міокарда.

Тому в таких випадках диференційна діагностика може викликати певні складнощі, адже необхідно виключити багато кардіальних патологій, таких як міокардит, ішемічна хвороба серця, дилатаційна кардіоміопатія тощо, ретельно вивчити сімейний анамнез та анамнез життя. Також діагностику можуть ускладнювати інші патологічні стани, наприклад наявність тромбів у порожнинах серця. До речі, з цього приводу оратор зазначив, що на сьогодні існує лише одна лікувальна стратегія — застосування низькомолекулярних гепаринів і варфарину.

С. Кожухов наголосив, що близько 60% усіх випадків розвитку венозних тромбоемболій у популяції пов'язані з госпіталізацією пацієнтів, а це означає, що їм можна запобігти, тому профілактика тромбоутворення на сьогодні має бути стандартом. Інколи кожному лікарю, окрім безпосередніх обов'язків, необхідно бути психологом, адже причина захворювання, як наголошувалося, може бути доволі рідкісною. Так сталося і в презентованому клінічному випадку, адже, як згодом з'ясувалося, пацієнт зловживав наркотичними засобами, що і стало причиною розвитку вищезазначених патологічних станів.

Саме тому пацієнти молодого віку із задишкою; болям у грудній клітці; різними пневмоніями, ускладненими плевральним випотом; кровохарканням; резистентністю до антибактеріальної терапії; атипичним перебігом захворювання; поліорганною недостатністю; пошкодженням печінки; порушеннями коагуляції; порушеннями функції нирок і головного мозку; тромбоемболією легеневої артерії з тромбоутворенням в порожнинах серця; ризиком погіршення стану на фоні лікування тощо, мають бути обстежені на вживання наркотичних засобів (як переконаний оратор), і в тому числі під час перебування у стаціонарному відділенні, адже деякі особи продовжують зловживання і під час госпіталізації.

С. Кожухов наголосив, що такі пацієнти мають чітко моніторуватися, адже навіть після лікування у них залишається високим ризик раптової серцевої смерті, оскільки у них залишається дилатація порожнин серця та інші підстави для виникнення порушень ритму серця. Не слід забувати, що дуже важливим є дотримання терапії, адже особливо у пацієнтів молодого віку з цим виникають проблеми на фоні покращення стану, і, звичайно, ці особи потребують подальшої соціальної адаптації та реабілітації. З аудиторії пролунало запитання стосовно доцільності призначення варфарину за наявного пошкодження печінки з урахуванням доступності альтернативних препаратів. С. Кожухов відповів, що сьогодні



єдиним препаратом, який застосовують для менеджменту внутрішньопорожнинного тромбоемболізму, є варфарин.



Наступний клінічний випадок розвитку гострого коронарного синдрому на тлі шлункових кровотеч при синдромі Меллорі — Вейсса продемонстрував заступник головного лікаря Одеської міської клінічної лікарні № 3 з кардіології, кандидат медичних наук **Борис Голобородько**. Наведений дуже непростий життєвий випадок наявно показав не тільки високий професіоналізм міждисциплінарної команди фахівців, які майстерно балансували на дуже тонкій грані протилежності зазначених патологічних станів, але і те, що подекуди саме нестандартність мислення разом із холодним розумом лікарів зумовлюють позитивний результат лікування надскладних пацієнтів.

### Гостра серцева недостатність: особливості тактики лікування пацієнтів



Заключним виступом першого дня Конференції стала презентація клінічного випадку «Гостра серцева недостатність», яку продемонстрував провідний науковий співробітник відділу реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України», доктор медичних наук **Олег Іркін**. За словами оратора, коли лікар контактує з пацієнтом, він проходить дві основні фази: ургентна (коли потрібно з'ясувати наявність кардіогенного шоку чи дихальної недостатності та стабілізувати стан пацієнта за необхідності) та невідкладна (коли слід виявити причини декомпенсації серцевої недостатності та розпочинати заходи згідно з алгоритмом менеджменту конкретної патології).

Фахівець нагадав, що важливо нівелювати збудження пацієнта, встановити необхідність і спосіб застосування оксигенотерапії, провести діуретичну терапію, визначити, чи призначати вазодилататори й антикоагулянти тощо. Комплекс заходів має бути спрямований на покращення гемодинаміки, відновлення оксигенації; зменшення проявів симптомів та запобігання ураженню серця та нирок; профілактику тромбозів та емболії; а також мінімізацію тривалості перебування пацієнта у відділенні інтенсивної терапії.

Позитивний вплив на нівелювання збудження пацієнта мають транквілізатори, а застосування опіатів, згідно з останніми рекомендаціями щодо гострого коронарного синдрому, а також серцевої недостатності, має бути обмеженим у зв'язку з несприятливими ефектами цих препаратів на функцію дихання. О. Іркін акцентував увагу присутніх на тому, що кожному пацієнту з гострою серцевою недостатністю необхідно призначити діуретичні лікарські засоби, причому краще у формі тривалої інфузії для більш чіткого контролю за симптоматикою, адже масивне болюсне введення препарату може призвести до різкого збільшення діурезу, що може мати негативні наслідки. Доповідач нагадав присутнім деякі аспекти метаболічної терапії при гострій серцевій недостатності, зазначивши, що, звичайно, не слід очікувати від цих препаратів якихось швидких позитивних наслідків, проте і нехтувати цими лікарськими засобами не потрібно.

### Досягнення та перспективи української кардіології

Підбиваючи підсумки першого дня Конференції, О. Пархоменко зазначив, що українська наука невпинно розвивається, вітчизняні фахівці активно беруть участь не лише в міжнародних клінічних дослідженнях, а і в написанні рекомендацій. Не менш активно українські кардіологи долучилися до роботи в рамках воркшопів, проведених у другий день роботи Конференції, адже питання невідкладної допомоги при загрозливих для життя аритміях та зупинці кровообігу, запобігання та менеджмент венозного тромбоемболізму у хворих терапевтичного профілю, а також сучасні аспекти допомоги хворим на гострий коронарний синдром — вкрай актуальні у світовій невідкладній кардіології.

У перший день проведення Конференції (11 квітня 2018 р.) у Великому конференц-залі Національної академії наук України відбулася урочиста церемонія нагородження премією «Web of Science Award 2018». Міжнародна видавнича компанія «Clarivate Analytics» другий рік поспіль вручає нагороди найуспішнішим українським вченим, науково-освітнім установам, академічним інститутам. Одним з українських дослідників із найбільшою кількістю наукових робіт, опублікованих у 2008–2017 рр., став О. Пархоменко, отримавши нагороду в цій номінації. «Український медичний часопис» долучається до численних найщиріших привітань заслуженому переможцю, бажаючи лауреату наснаги, сил і здоров'я для подальшого прославлення української кардіологічної науки в усьому світі.

*Олег Мартишин,  
фото Сергія Бека*