

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

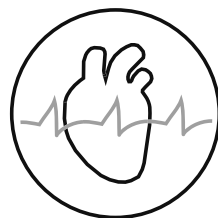
### Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

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

Київ • 2019

# Організаційний комітет XX Національного конгресу кардіологів України

## Президія науково-організаційного комітету

В.М. Коваленко (співголова), В.І. Цимбалюк (співголова), К.М. Амосова, О.М. Біловол, Ю.В. Вороненко, В.В. Лазоришинець, М.І. Лутай, О.М. Пархоменко, Ю.М. Сіренко, О.С. Сичов, Ю.М. Соколов, О.Г. Несукай

## Члени науково-організаційного комітету

Л.Л. Вавілова, О.П. Волосовець, Л.Г. Воронков, Т.І. Гавриленко, М.М. Долженко, І.М. Ємець, В.М. Ждан, О.А. Коваль, С.М. Коваль, С.М. Кожухов, О.В. Коркушко, В.М. Корнацький, О.І. Мітченко, В.А. Міхньов, В.З. Нетяженко, Л.А. Міщенко, М.В. Рішко, А.В. Руденко, К.В. Руденко, Н.М. Середюк, М.Ю. Соколов, Т.В. Талаєва, В.К. Тащук, Б.М. Тодуров, М.Д. Тронько, М.К. Фуркало, О.О. Ханюков, В.Й. Целуйко, В.О. Шумаков

**Секретаріат:** Л.Л. Вавілова (голова), Р.Г. Іванець, В.М. Корженко, В.Е. Пілецький, О.М. Романова, Т.В. Гетьман, О.В. Срібна, М.А. Гуляницька, Т.М. Мовчановська, М.П. Мостов'як

---

## Генеральні партнери

**SERVIER**  
(Франція)

**BAYER**  
(Німеччина)

**КРКА, д. д., Ново место,**  
(Словенія)

**NOVARTIS**  
(Швейцарія)

**ДАРНИЦЯ**  
(Україна)

**PFIZER**  
(США)

**ARTERIUM**  
(Україна)

**BOEHRINGER INGELHEIM**  
(Німеччина)

## Головні партнери

**КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ  
ЗАВОД** (Україна)

**КУСУМ ФАРМ**  
(Україна)

**AstraZeneca**  
(Велика Британія)

**TAKEDA**  
(Японія)

**ТОВ «САНОФІ-АВЕНТИС  
Україна»**

## Партнери

**MEDOCHEMIE LTD** (Кіпр), **МІКРОХІМ** (Україна), **ACINO** (Швейцарія), **ЮРІЯ-ФАРМ** (Україна),  
**BERLIN-CHEMIE** (Німеччина), **ROSTGROUP** (Україна), **GEDEON RICHTER** (Угорщина), **GRINDEKS** (Латвія),  
**ТОВ «Ново Нордіск Україна»** (Данія), **OLFA** (Латвія), **САНДОЗ** (Німеччина/Швейцарія),  
**PRO.MED.CS Praha a.s.** (Чехія), **ЗДРАВО** (Україна), **D-r REDDY'S** (Індія), **Борщагівський ХФЗ** (Україна),  
**ASPEN PHARMA** (Ірландія), **WOERWAG PHARMA** (Німеччина), **EGIS Pharmaceuticals** (Угорщина),  
**ТОВ «Шайер Україна»** (частина компанії TAKEDA), **SCHILLER AG** (Україна)

---

## Зміст

---

### ТЕЗИ НАУКОВИХ ДОПОВІДЕЙ

Артеріальна гіпертензія .....	5
Симптоматичні артеріальні гіпертензії .....	26
Хронічна ішемічна хвороба серця .....	39
Кардіометаболічний ризик .....	65
Гострий коронарний синдром та невідкладні стани .....	95
Інфаркт міокарда та відновлювальне лікування .....	112
Інтервенційна кардіологія .....	124
Некоронарогенні захворювання серця .....	128
Аритмії серця .....	138
Серцева недостатність .....	159
Різні проблеми кардіології .....	171
Алфавітний покажчик авторів тез .....	182

Всі пацієнти мали прояви метаболічного синдрому, в тому числі гіперурикемію із середнім рівнем сечової кислоти ( $470,4 \pm 14,22$ ) ммоль/л. Була цілеспрямовано модифікована базисна терапія пацієнтів. Перевагу надавали препаратам, що не мають негативного впливу на рівень сечової кислоти, чи зменшують гіперурикемію. Як антигіпертензивну терапію призначали лосартан з доведеним урикозуричним ефектом в добовій дозі 75–100 мг, за необхідності, в комбінації з блокаторами кальцієвих каналів чи  $\beta$ -адреноблокаторами з вазодилатувальними властивостями. Мінімізовано використання тiazидних діуретиків, за необхідності, призначались мінімальні дози торасеміду. Статинотерапія включала аторвастатин 20–60 мг/добу. Ацетилсаліцилова кислота в антитромбоцитарних дозах для первинної профілактики, за можливості, відмінялась, для вторинної профілактики – була замінена на прийом клопидогрелю 75 мг/добу. Основні параметри метаболічного синдрому контролювалися перед модифікацією терапії та через 3 місяці.

**Результати.** До модифікації терапії та через 3 місяці після основні параметри метаболічного синдрому були: індекс маси тіла – ( $34,55 \pm 5,89$ ) і ( $33,51 \pm 6,01$ ) кг/м<sup>2</sup>, ( $P > 0,05$ ); об'єм талії – ( $103,34 \pm 7,88$ ) см і ( $101,5 \pm 8,2$ ) см, ( $P > 0,05$ ); середній систолічний артеріальний тиск за даними добового моніторування – ( $149,43 \pm 16,32$ ) мм рт. ст. та ( $132,1 \pm 10,43$ ) мм рт. ст., ( $P < 0,05$ ); середній діастолічний артеріальний тиск (24-годинне моніторування) – ( $95,78 \pm 12,45$ ) мм рт. ст. та ( $86,4 \pm 10,77$ ) мм рт. ст., ( $P < 0,05$ ); холестерин ЛПНЩ – ( $3,78 \pm 0,56$ ) і ( $3,04 \pm 0,38$ ) ммоль/л, ( $P < 0,05$ ); тригліцериди – ( $1,71 \pm 0,8$ ) і ( $1,44 \pm 0,5$ ) ммоль/л, ( $P < 0,05$ ); глюкоза натще – ( $5,81 \pm 1,22$ ) та ( $5,44 \pm 1,14$ ) ммоль/л, ( $P > 0,05$ ); рівень сечової кислоти – ( $470,4 \pm 14$ ) і ( $391,22 \pm 9,87$ ) ммоль/л, ( $P < 0,05$ ); креатинін – ( $91,34 \pm 14,1$ ) і ( $85,57 \pm 11,4$ ) мкмоль/л, ( $P > 0,05$ ).

**Висновки.** Цілеспрямована модифікація антигіпертензивної, антитромбоцитарної та статинотерапії з виключенням препаратів з негативним впливом на пуриновий обмін протягом 3 місяців дозволила достовірно зменшити гіперурикемію, покращити середньодобовий контроль артеріального тиску та ліпідний статус пацієнтів.

### **Зв'язок прозапальної активації з розвитком ендотеліальної дисфункції та ремоделювання артерій у хворих на гіпертонічну хворобу II стадії**

О.В. Гончаров

Запорізький державний медичний університет

Прозапальна активація зі збільшенням рівнів С-реактивного протеїну (СРП),  $\alpha$ -фактора некрозу пухлини ( $\alpha$ -ФНП) та розчинної форми міжклітинної молекули адгезії (s-ICAM-1) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) може служити одним із патогенетичних механізмів пору-

шення ендотеліальної функції та розвитку ремоделювання артеріальних судин.

**Мета** – визначення значення процесів прозапальної активації у ремоделюванні артеріальних судин та розвитку ендотеліальної дисфункції у хворих на гіпертонічну хворобу II стадії.

**Матеріал і методи.** У дослідження було включено 88 хворих на ГХ II стадії без клінічно значущої супутньої патології. Серед обстежених було 55 жінок і 33 чоловіків, у віці від 31 до 76 років (середній вік – ( $53,9 \pm 0,9$ ) року). У всіх хворих визначали рівень СРП,  $\alpha$ -ФНП і sICAM-1 у сироватці крові імуноферментним методом. Всім хворим провели визначення товщини інтимо-медіального сегмента (ТІМС) загальної сонної артерії, ендотелій-залежної (ЕЗВД) та ендотелій-незалежної (ЕНЗВД) вазодилатації плечової артерії на ультразвуковому апараті MyLab 40 (Esaote, Італія). Для перевірки нашої гіпотези був проведений кореляційний аналіз для уточнення наявності взаємозв'язку між параметрами процесів імуно-запальної активації і показниками, що характеризують структурно-функціональну перебудову артеріальних судин.

**Результати.** Результати дослідження продемонстрували наявність вірогідних кореляційних взаємозв'язків між досліджуваними показниками. Так, між показником ТІМС і рівнями СРП,  $\alpha$ -ФНП і sICAM-1 у сироватці крові спостерігаються статистично значущі прямі кореляційні взаємозв'язки середньої сили ( $r = 0,56$ ,  $r = 0,47$  і  $r = 0,44$  відповідно). Аналіз кореляційного взаємозв'язку ЕЗВД з маркерами прозапальної активації показав наявність вірогідного зворотного кореляційного зв'язку як для СРП ( $r = -0,42$ ), так і для  $\alpha$ -ФНП ( $r = -0,46$ ) і для sICAM-1 ( $r = -0,56$ ). Подібна картина спостерігається і для взаємозв'язку ЕНЗВД з СРП,  $\alpha$ -ФНП і sICAM-1 у сироватці крові:  $r = -0,48$ ,  $r = -0,50$  і  $r = -0,66$  відповідно. Таким чином, найбільший взаємозв'язок ТІМС мала із СРП, а ЕЗВД і ЕНЗВД – із sICAM-1.

**Висновки.** Процеси прозапальної активації у хворих на ГХ відіграють важливу роль у розвитку ремоделювання артеріальних судин і дисфункції судинного ендотелію.

### **Вплив хірургічної корекції каротидних стенозів на когнітивну сферу в пацієнтів з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2-го типу**

О.З. Діденко, І.І. Кобза, О.Г. Яворський

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Мета** – вивчення динаміки когнітивних функцій (КФ) у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) та цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу до та після хірургічного лікування каротидних стенозів.