

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

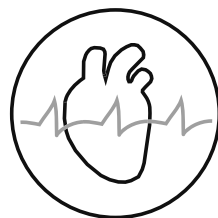
Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(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

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 |

ної судинної ренін-ангіотензинової системи розглядають як важливий механізм ДЕ.

Мета – вивчити частоту атеросклеротичного ураження судин та вираженість ДЕ у хворих на СЧВ з ожирінням.

Матеріал і методи. Обстежено 100 хворих з діагнозом СЧВ з I (79,0 %) або II (21,0 %) ступенем активності, тривалістю прийому глюкокортикоїдів не менше 1 року. Серед обстежених було 90 жінок та 10 чоловіків у віці ($40,9 \pm 1,4$) року, тривалість захворювання – ($9,9 \pm 0,9$) року. Контрольна група – 32 практично здорові особи. Критерієм наявності ожиріння вважали величини індексу маси тіла (ІМТ) $\geq 30,0$ кг/м². ДЕ оцінювали за величинами ендотеліязалежної вазодилатації (ЕЗВД) плечової артерії, для діагностики АС проводили ультразвукове дуплексне сканування екстракраніальних артерій (сонних, вертебральних), черевної аорти та артерій нижніх кінцівок (клубових, стегнових, підколінних, гомілкових) (критерії – виявлення атеросклеротичних бляшок чи потовщення комплексу інтима – медіа $\geq 0,8$ мм), мультиспіральну комп'ютерну томографію коронарних артерій (Ca-scoring), для підтвердження ішемічної хвороби серця (ІХС) – тредміл-тест та стрес-ехокардіографію з дипіридамолом.

Результати. Ознаки АС хоча б в одному судинному басейні було виявлено у 66 хворих (66 %), що значно частіше, ніж в контрольній групі (18,8 %, $p < 0,001$). ІХС діагностовано у 26,9 % хворих на СЧВ. Величини ЕЗВД у хворих на СЧВ були зниженими на 31,5 % порівняно зі здоровими особами ($p < 0,001$). Ожиріння виявлено у 61 % хворих і 43,8 % осіб контрольної групи ($p > 0,05$). У хворих на СЧВ за наявності ожиріння спостерігали значні порушення регуляції судинного тону: середні величини ЕЗВД у хворих цієї підгрупи ($5,45 \pm 0,87$ %) були на 36 % меншими, ніж у хворих без ожиріння ($8,57 \pm 0,56$ %), та в 2,1 разу меншими порівняно з контролем ($11,60 \pm 0,30$ %, обидва $p < 0,001$). У хворих з наявністю АС ІМТ був на 15,8 % вищим – ($27,90 \pm 0,43$) кг/м² проти ($23,48 \pm 0,52$) кг/м² у хворих без ознак АС ($p < 0,001$), а ожиріння виявляли в 2,3 разу частіше (відповідно у 75,8 % та 32,4 % хворих, $p < 0,001$). У хворих на СЧВ зі встановленим діагнозом ІХС частота ожиріння (76,2 %) та величини ІМТ ($28,25 \pm 0,82$) кг/м² також були вірогідно вищими порівняно з хворими без АС (обидва $p < 0,001$).

Підтвердженням незалежного впливу ожиріння на атерогенез у хворих на СЧВ стали результати бінарного логістичного регресійного аналізу, згідно з якими незалежними детермінантами, що вірогідно впливають на ризик розвитку АС, є вік хворого ($p < 0,001$), ІМТ ($p = 0,001$), підвищення титрів АТ-нДНК ($p = 0,023$), величина ЕЗВД ($p = 0,017$) і

наявність дерматиту на обличчі типу «метелик» ($p = 0,020$).

Висновки. Наявність ожиріння у хворих на СЧВ асоціюється з більш вираженою ДЕ та із значно вищою частотою виявлення АС та ІХС. За результатами бінарного логістичного регресійного аналізу ІМТ виявився найпотужнішою (поряд з віком хворого) незалежною детермінантою ризику розвитку АС у хворих на СЧВ.

Вплив терапії із включенням L-аргініну та бісфосфонатів на клінічний перебіг ішемічної хвороби серця, коморбідної з постменопаузальним остеопорозом

Н.С. Михайловська, І.О. Стецюк

Запорізький державний медичний університет

Мета – оцінити вплив терапії із включенням L-аргініну та бісфосфонатів на клінічний перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС), коморбідної з постменопаузальним остеопорозом (ПМОП).

Матеріал і методи. До моноцентрового рандомізованого проспективного відкритого дослідження в паралельних групах залучено 50 хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруження II–III ФК з ПМОП (медіана віку 68,0 (60,0; 78,0) років). Проводили комплексне клінічне обстеження відповідно до сучасних стандартів; здійснювали добове моніторування ЕКГ за Холтером з визначенням показників варіабельності серцевого ритму, частоти та тривалості епізодів ішемії міокарда; досліджували структурно-функціональний стан кісткової тканини за допомогою ультразвукової остеоденситометрії, алгоритму FRAX та рівня кісткових біомаркерів (остеопротегерину та остеокальцину) методом ІФА; оцінювали якість життя пацієнтів за допомогою модифікованого Сіетлського опитувальника. Методом блокової рандомізації усіх учасників дослідження розподіляли на дві групи: 1-ша група – 25 хворих, які отримували тільки базисну терапію; 2-га група – 25 хворих, яким додатково до базисної терапії призначали препарат екзогенного L-аргініну та бісфосфонат (натрію алендронат) за схемою. Оцінку ефективності призначеного лікування проводили через 6 місяців від початку терапії.

Результати. У групі хворих на ІХС з ПМОП, які додатково до базисної терапії отримували комбінацію екзогенного L-аргініну та натрію алендронату, виявлено достовірно нижчий рівень діастолічного артеріального тиску (на 7,50 %), ТГ (на 22,07 %) та достовірно вищий рівень ЛПВЩ (на 27,69 %) порівняно з хворими 1-ї групи ($p < 0,05$);

спостерігалася тенденція до зниження рівня глюкози крові, ЗХС та індексу атерогенності, а також зменшення рівня остеопротегерину та остеокальцину. За результатами добового моніторингування ЕКГ за ЧСС, кількістю епізодів тахікардії після проведеного лікування хворі 1-ї та 2-ї групи суттєво не відрізнялись. У хворих 2-ї групи виявлено вірогідно меншу (на 3,95 %) тривалість епізодів тахікардії, кількість епізодів шлуночкової (у 4,37 разу) та надшлуночкової (у 6,7 разу) екстрасистоїї; відзначено зменшення проявів ішемії міокарда (загальної тривалості депресії сегмента ST за добу, тривалості її максимального епізоду та максимальної глибини депресії сегмента ST) порівняно з хворими, які отримували лише базисну терапію ($p < 0,05$). При аналізі часових параметрів варіабельності серцевого ритму, у хворих, які отримували терапію із включенням L-аргініну та натрію алендронату, спостерігалось збільшення загальної активності вегетативної нервової системи за показником SDNNi в активному періоді на 15,25 %, в пасивному періоді – на 36,59 % ($p < 0,05$). При аналізі спектральних параметрів ВСР відзначалась нормалізація симпатико-парасимпатичного балансу за рахунок достовірного зменшення LF та збільшення HF в активному та пасивному періоді ($p < 0,05$). Застосування комплексного лікування ІХС та ПМОП сприяло зменшенню частоти розвитку нападів стенокардії (на 35,95 %; $p < 0,05$), зростанню показників задоволеності лікуванням (на 16,89 %; $p < 0,05$) та його ефективності (на 9,39 %; $p < 0,05$), що свідчило про його позитивний вплив на якість життя пацієнтів.

Висновки. Застосування екзогенного L-аргініну та бісфосфонатів (натрію алендронату) в комплексному лікуванні ІХС, коморбідної з ПМОП, сприяє поліпшенню клінічного перебігу захворювання та якості життя пацієнтів за рахунок зменшення вегетативних, аритмічних та ішемічних порушень міокарда.

Взаємозв'язок між подовженням інтервалу QT та наявністю макро- та мікроеваскулярних ускладнень у хворих на цукровий діабет 2-го типу

І.І. Октябрюва¹, О.С. Махаринська¹,
М.М. Лебединська²

¹Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

²Харківська медична академія післядипломної освіти

Подовження інтервалу QT відіграє значну роль у підвищенні ризику появи фатальних аритмій як у пацієнтів на цукровий діабет 2-го типу (ЦД), так і у хворих на ішемічну хворобу серця, що

є одним із найпоширеніших коморбідних станів у пацієнтів із ЦД 2-го типу. Результати декількох досліджень довели наявність пролонгації інтервалу QT у хворих на ЦД 2-го типу, у деяких – подовжений інтервал QT було визначено предиктором смертності з будь-якої причини у хворих на ЦД.

Мета – вивчення можливого взаємозв'язку поміж подовженням інтервалу QT та частотою макро- і мікроеваскулярних ускладнень цукрового діабету 2-го типу, а також виявлення факторів несприятливого прогнозу.

Матеріал і методи. У дослідження було залучено 60 пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу та наявністю супутніх захворювань: ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби. Інтервал QT вимірювали вручну у II відведенні на електрокардіограмах пацієнтів. Наявність діабетичних ускладнень, а саме діабетичної нефропатії, ретинопатії та нейропатії, а також великих судинних катастроф (інфаркт міокарда, інсульт) реєстрували згідно із записами у медичній картці пацієнта.

Результати. Довжина інтервалу QT перевищувала таку у групі хворих із наявністю ретинопатії порівняно з хворими з нефрон- і полінейропатією ($391,7 \pm 42,2$ vs 390 ± 97 vs $371,9 \pm 81$ відповідно). Довжина інтервалу QT у групі ЦД 2-го типу із наявністю ускладнень перевищувала таку у групі ЦД 2-го типу, де ускладнення були відсутні ($391,7 \pm 42,2$ vs 390 ± 97 vs $371,9 \pm 81$ vs $398,9 \pm 45$ відповідно). Довжина інтервалу QT зростала із прогресуванням серцевої недостатності (СН) у хворих: довжина інтервалу QT у групі хворих із СН 1 стадії була нижчою ніж у групі хворих з СН 2А стадії і в обох групах інтервал QT був значно нижчий за його довжину у групі хворих на СН 2В стадії ($399,42 \pm 50$ vs $385,03 \pm 40$ vs $427 \pm 37,5$ відповідно). У групі хворих із наявністю макроеваскулярних ускладнень ЦД 2-го типу інтервал QT перевищував такий у групі без ускладнень: довжина QT інтервалу у групі пацієнтів із інфарктом міокарда ($404,8 \pm 49$) була нижчою за таку у групі хворих із наявністю порушення мозкового кровообігу – $414,6 \pm 37$ відповідно, але перевищувала таку як у групі хворих на ЦД 2-го типу без ускладнень, так і в групах хворих на супутню СН. Інсулінотерапія цукрового діабету призводила до подовження інтервалу QT порівняно із групами хворих, що отримували пероральне лікування і підвищувала ризик аритмій у таких хворих. Кореляційний аналіз довів, що жіноча стать та терапія ЦД за допомогою інсулінотерапії були позитивно асоційовані із подовженням інтервалу QT ($p < 0,05$). Множинний регресійний аналіз дозволив зробити висновок, що наявність нефропатії незалежно асоціювалася із довжиною інтервалу QT.

Висновки. Довжина інтервалу QT у хворих на ЦД 2-го типу може бути незалежним предиктором