

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

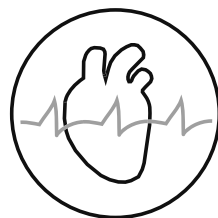
Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(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

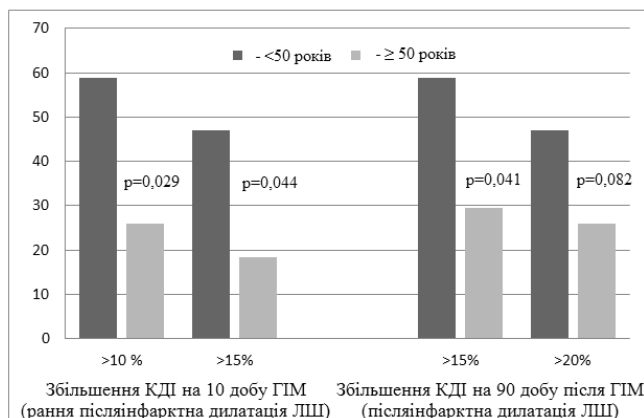


Рис. 1. Кількість пацієнтів із розвитком ПІД ЛШ, %.

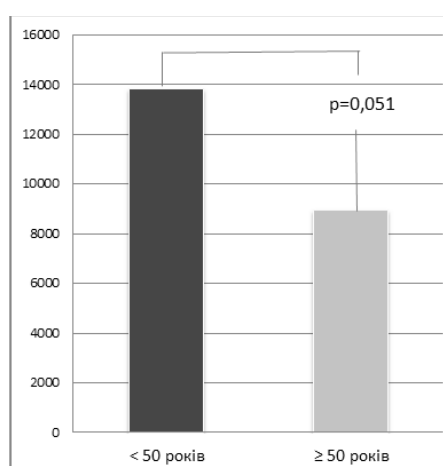


Рис. 2. Площа під кривою вимивання СК МВ АУС у групах ум. од.

перших 6 годин (середній час $3,0 \pm 1,2$ год) від розвитку симптоматики захворювання. Всім пацієнтам при госпіталізації була проведена первинна ПТКА з ціллю ревазуляризації міокарда. Із загальної групи хворих 18 пацієнтів були віком до 50 років (середній вік $41,5 \pm 5,1$ року) та 28 пацієнтів – 50 років та старші (середній вік $62,1 \pm 6,4$ року). Ехокардіографія проводилася у перші 24 години від госпіталізації, а також на 10-ту та 90-ту добу від розвитку захворювання. Дилатація ЛШ діагностувалася при збільшенні КДІ на $\geq 15\%$ від вихідного рівня через 3 місяці спостереження. Характеристики поздовжньої і радіальної деформації оцінювалися в стандартних верхівкових 2-, 3- і 4-камерних позиціях. Оцінка показників циркулярної деформації проводилася в позиції по короткій осі на рівні папілярних м'язів. Масу некротизованого міокарда визначали на підставі серійного аналізу МВ-КФК з наступним математичним аналізом площі під кривою вимивання, розповсюдженість (кількість залучених сегментів) та глибину (трансмуральність) ГІМ – за даними кардіо МРТ з гадолінієвим контрастуванням на 90-ту добу ГІМ.

Результати. Пацієнти молодого віку з діагнозом ГІМ з елевацією сегмента ST на ЕКГ мають більшу схильність до розвитку післяінфарктної дилатації ЛШ, ніж пацієнти старшого віку (рис. 1), що може бути обумовлено більшою масою некротизованого міокарда згідно з аналізом вимивання МВ-КФК (рис. 2). За даними кардіоМРТ, накопи-

чення гадолінієвого контрасту у молодих пацієнтів через 90 днів після розвитку ГІМ спостерігалось у більшій кількості сегментів міокарда ($7,2 \pm 1,2$ проти $6,1 \pm 1,1$, $p=0,039$), проте частка сегментів з трансмуральним ушкодженням була меншою ($48,1 \pm 25,4$ проти $69,7 \pm 20,6$, $p=0,084$). Такі особливості (значна розповсюдженість та помірна глибина) ураження міокарда у молодих хворих дозволяють підтримувати глобальну скоротливість ЛШ на задовільному рівні в умовах патологічного ремоделювання в основному за рахунок циркулярної та радіальної складових за даними спеклтрекінг ехокардіографії.

Прогностичне значення однонуклеотидного поліморфізму T786C гена ендотеліальної NO-синтази після інфаркту міокарда з підйомом сегмента ST

О.В. Петюніна¹, О.Є. Березін², Д.П. Бабічев¹

¹ ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої
НАМН України», Харків

² Запорізький державний медичний університет

Оксид азоту – відомий фактор, що підтримує ендотеліальну функцію та цілісність стінки судини шляхом підтримання таких механізмів, як вазодилатація, репарація судини, зниження проникності, протизапального та антитромботичного ефектів, антиатеросклеротичної та антипроліферативної властивостей. Поліморфізм ендотеліальної NO-синтази (eNOS) асоціюється зі зміненими рівнями NO у периферичній крові, підвищеними рівнями холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХСЛПНЩ) та окисдованих ліпідів, пригніченням продукції васкулоендотеліального фактора росту та збільшенням рівня глюкози.

Мета – вивчити можливі асоціації між однонуклеотидним поліморфізмом T786C гена eNOS та клінічними подіями у гострий період STEMI та через 6 місяців спостереження.

Матеріал і методи. У дослідження включено 177 пацієнтів зі STEMI, 139 (78,5 %) чоловіків та 38 (21,5 %) жінок у середньому віці ($61,73 \pm 9,44$) року, які брали участь у дослідженні з січня 2016 по липень 2018 р. Первинне черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ) з використанням металевго стента (BMS – bare-metal sent) проведено в 133 пацієнтів та 44 попередньо проводився системний тромболізис. У всіх 177 пацієнтів вдалося досягти відновлення кровотоку на рівні TIMI III. Для визначення поліморфізму T786C гена eNOS використовували полімеразну ланцюгову реакцію з електрофоретичною схемою детекції результату та real-time. Аналізували комбіновану кінцеву точку (повторна госпіталізація, серцева недостатність de novo, стенокардія, серцево-судинна смерть), що виникли через 6 місяців після виписки з стаціонару.

Результати. Комбінована серцева точка спостерігалась у 24 випадках у носіїв генотипу 786TT, 23 – 786TC та 25 –

786CC гена eNOS. Криві Каплана – Мейєра продемонстрували, що для пацієнтів з STEMI-носіїв генотипу 786CC – притаманна більша частота виникнення комбінованої кінцевої точки, ніж 786TC та 786TT через 6 місяців спостереження. Мультиваріантний логістичний регресійний аналіз показав, що поліморфізм 786CC гена eNOS є незалежним предиктором несприятливих клінічних подій через 6 місяців після STEMI.

Висновки. Поряд з традиційними факторами ризику, такими як індекси SYNTAX, TIMI, абдомінальне ожиріння, 786CC поліморфізм гена eNOS є незалежним предиктором виникнення комбінованої кінцевої точки через 6 місяців після успішного ЧКВ у хворих на STEMI.

Зв'язок між фактором, що інгібує міграцію макрофагів, та тривожно-депресивними станами при інфаркті міокарда з елевацією сегмента ST

О.В. Петюніна¹, М.П. Копиця¹, О.В. Скринник²

¹ ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», Харків

² ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків

Гострий та хронічний стрес і депресія протягом тривалого періоду вважається фактором ризику інфаркту міокарда (ІМ). Існує низка гіпотез, що пов'язують ці стани, одна з яких – імунозапальна. Макрофаг-інгібуючий фактор (МІФ) – плейотропний мультифункціональний прозапальний цитокін. Реакція імунозапалення при ІМ є інтегральним компонентом відповіді на ушкодження міокарда, та бере участь у процесах виживання кардіоміоцитів, апоптозі, модуляції скоротливості міокарда, ушкодженні ендотелію після перенесеної події, механізмах репарації, раннього та пізнього ремоделювання.

Мета – дослідити асоціації МІФ з наявністю тривоги, депресії та стресу до події у хворих на STEMI.

Матеріал і методи. До дослідження залучено 73 пацієнтів на STEMI з відновленням кровотоку ТІМІ-III, середній вік пацієнтів (58,37±10,34) року. Розподіл тактики ревааскуляризації у цій групі був таким: 43 (58,9 %) пацієнтам проведено первинне черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ) з використанням bare-metal coronary stent, 30 (41,1 %) – догоспітальний тромболізис з наступним ЧКВ протягом 12 годин. Ехокардіографію здійснювали впродовж стаціонарного етапу лікування пацієнта на апараті Toshiba Aplio 500, модель TUS-A500. МІФ сироватки крові імуноферментним методом (RayBio®Human Mif Elisa Kit, США). Тривогу, депресію та стрес визначали за допомогою опитувальників DASS-21.

Результати. При порівнянні медіанних значень рівня МІФ у пацієнтів зі STEMI спостерігали статистично значуще підвищення концентрації МІФ відносно контролю (2582,80 [1308,40–4122,20] нг/мл та (573,75 [397,80–1016,75] нг/мл відповідно, P<0,001). Виявлено позитивну

кореляцію між МІФ та рівнем тропоніну I (r=0,33; P=0,045) та лейкоцитів крові (r=0,36; P=0,039), що підтверджує його участь у процесах запалення та некрозу. Юні- та мультиваріативний аналіз виявив вплив ступеня зростання депресії та тривожності за опитувальником DASS-21 (P=0,0138 та P=0,0050 відповідно) на ступінь зростання МІФ.

Висновки. Отримані дані підтверджують взаємозв'язок між тривожністю та депресією до інфаркту міокарда та МІФ, що свідчить про їх вплив на процеси запалення.

Досвід впровадження регіонального реєстру пацієнтів після перенесеного гострого коронарного синдрому

Л.В. Распутіна, С.І. Швидюк, Д.В. Діденко, А.В. Соломончук

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Курція пацієнтів, які перенесли гострий коронарний синдром (ГКС), включає динамічне спостереження, корекцію факторів ризику, лікування ускладнень. Прихильність до терапії цього контингенту пацієнтів визначає прогноз, зокрема ризик інвалідизації та смертності. Віддалений прогноз пацієнтів після перенесеного ГКС у різних регіонах України не визначений.

Мета – впровадити регіональний реєстр пацієнтів, котрі перенесли ГКС. Оцінити віддалені кінцеві точки залежно від вибору стратегії лікування пацієнтів з ГКС.

Матеріал і методи. Створено регіональний реєстр пацієнтів, котрі перенесли ГКС протягом 2017–2018 років. Проаналізована тактика лікування ГКС на догоспітальному та госпітальному етапах, частота тромболітичної терапії, черезшкірних коронарних втручань (ЧКВ). Оцінено частоту гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК), повторного інфаркту міокарда; кровотеч після ГКС, що потребували госпіталізації, а також частоту госпіталізації та смертності. Визначено залежність таких подій від тактики ведення пацієнтів.

Результати. У реєстр увійшли 2120 пацієнтів після перенесеного ГКС, жителів Вінницької області, з них 818 (38,5 %) осіб були жителями міста та 1302 (61,4 %) – жителями сільської місцевості. Серед включених у реєстр пацієнтів було 1360 (64,1 %) чоловіків та 760 (35,9 %) жінок (p=0,004). Середній вік пацієнтів становив (71,9±1,4) року, без достовірної відмінності віку чоловіків та жінок. З усіх пацієнтів 1462 (68,9 %) осіб були госпіталізовані з приводу STEMI та 658 (31,1 %) мали NSTEMI.

За локалізацією гострого інфаркту міокарда (ГІМ) у 1202 (56,7 %) було діагностовано інфаркт міокарда передньої стінки лівого шлуночка (ПСЛШ), у 918 (43,3 %) – інфаркт міокарда задньої стінки лівого шлуночка (ЗСЛШ). Серед усіх пацієнтів ургентне ЧКВ було виконано у 718 (33,8 %) випадках (I група) та не виконувалось у 1402 (66,2 %) випадків (II група) (p=0,008).