



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.)

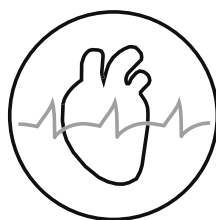
Головний редактор: О.М. Пархоменко

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. Ташук, 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 «Шайєр 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

рих із ПФН та без ПФН лише в групі зі ШКФ менше 60 мл/(хв · 1,73 м²).

Висновки. ПФН у хворих з ГДСН асоціюється з більшою виразністю симптомів тільки за умови підвищення рівня NGAL в сироватці крові через 48 годин. ПФН асоціюється з більш вираженими ознаками конгестії лише за умови зниження ШКФ.

Клінічна ефективність застосування статинів у хворих на хронічну серцеву недостатність з надлишковою масою тіла та ожирінням

П.П. Бідзіля

Запорізький державний медичний університет

Мета – оцінити клінічну ефективність застосування статинів у хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН) з надлишковою масою тіла (НМТ) та ожирінням за їх впливом на виникнення несприятливих серцево-судинних подій (НССП) впродовж п'яти років спостереження.

Матеріал і методи. Обстежено 248 хворих на ХСН II–III функціонального класу, які мали НМТ та ожиріння I–III ступеня. Етіологічними чинниками ХСН були хронічні форми ішемічної хвороби серця, есенціальна артеріальна гіпертензія та/або їх поєднання. Пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні в терапевтичному, кардіологічному та ендокринологічному відділеннях центральної клінічної лікарні № 4 м. Запоріжжя – клінічній базі кафедри внутрішніх хвороб 1 Запорізького державного медичного університету. Першу групу становили 179 хворих, які отримували статини (145 пацієнтам призначали аторвастатин в середній дозі 12,8 мг на добу, та 34 – розувастатин у дозі 10 мг на добу). До II групи включено 69 хворих, які не отримували статини з різних причин. Статистичну обробку отриманого матеріалу проводили за допомогою ліцензійного пакету програм Statistica 6.0. Визначали χ^2 , відносний ризик (ВР) та відношення шансів (ВШ), методом Каплана – Мейєра аналізували виживаність внаслідок НССП, а саме кумулятивної кінцевої точки (ККТ), раптової серцевої смерті (РСС) та повторної госпіталізації (ПГ) внаслідок декомпенсації ХСН впродовж п'ятирічного періоду спостереження.

Результати. Використання статинів асоціювалось з вірогідним зниженням ризику ККТ (на 17,3 %; $\chi^2=6,4$, $p<0,05$; ВР=0,8, 95 % ДІ 0,6–0,9, $p<0,01$; ВШ=0,5, 95 % ДІ 0,2–0,5; $p<0,05$; Log-rank=-2,5, $p=0,01$) та випадків РСС (на 30,8 %; $\chi^2=21$, $p<0,001$; ВР=0,5, 95 % ДІ 0,3–0,6; ВШ=0,3, 95 % ДІ 0,1–0,5; $p<0,001$; Log-rank=-4,4, $p=0,00001$), без достовірного впливу на ПГ внаслідок декомпенсації захворювання (Log-rank=-1,3, $p=0,2$). Дослідження ефективності двох різних груп статинів засвідчило, що призначення аторвастатину порівняно з розувастатином супроводжувалось збільшенням ризику ККТ (на 30,8 %; $\chi^2=10,5$, $p<0,01$; ВР=2, 95 % ДІ 1,2–3,3; ВШ=3,7, 95 % ДІ 1,7–8; $p<0,01$;

Log-rank=3,2, $p=0,001$), РСС (на 17,2 %; $\chi^2=4,3$, $p<0,05$; ВР=2,5, 95 % ДІ 0,9–6,4; ВШ=3,1, 95 % ДІ 1–9,2; $p<0,05$; Log-rank=2,5, $p=0,01$) та ПГ внаслідок декомпенсації ХСН (на 28,3 %; $\chi^2=8,7$, $p<0,01$, ВР=2, 95 % ДІ 1,6–3,4, $p<0,05$; ВШ=3,4, 95 % ДІ 1,5–7,6, $p<0,01$; Log-rank=3,1, $p=0,002$).

Висновки. Використання статинів у хворих на ХСН з НМТ та ожирінням супроводжувалось більш сприятливим клінічним перебігом захворювання, а саме зниженням ризику настання кумулятивної кінцевої точки і раптової серцевої смерті впродовж 5 років спостереження. При застосуванні статинів перевагу слід надавати розувастатину в дозі 10 мг на добу.

Ростовий фактор диференціації 15 в 5-річному прогнозуванні настання несприятливих подій у пацієнтів з гострим коронарним синдромом

І.Р. Вишневецька

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

До теперішнього часу продовжується пошук оптимального біомаркера, який може використовуватися у довгостроковому прогнозуванні виживаності пацієнтів, що перенесли гострий коронарний синдром (ГКС). Ростовий фактор диференціації 15 (РФД 15) активно вивчається.

Мета – визначити значущість РФД 15 у прогнозуванні негативних наслідків після ГКС протягом 5-річного періоду.

Матеріал і методи. Дослідження включало 140 пацієнтів з різними формами ГКС. Середній вік становив $(61,8 \pm 1,3)$ року (77 % чоловіків і 23 % жінок). Пацієнти надійшли до лікарні з 2012 по 2013 року і підписали інформовану згоду. Серед них 54 % пацієнтів з інфарктом міокарда з зубцем Q, 20 % – з інфарктом міокарда без зубця Q, 26 % – нестабільною стенокардією. Усім хворим проведено базове обстеження, яке включає: стандартну електрокардіографію, ехокардіографію, ангіографію та визначення маркера некрозу міокарда – серцевого тропоніну I. Крім того, рівень РФД 15 визначали протягом першого дня від розвитку події. Кінцевою точкою вважалось смерть від усіх причин. 20 % пацієнтів померли протягом 5 років спостереження. Довгострокову виживаність розраховували за методом Каплана – Мейєра і порівнювали за допомогою використання логарифмічного тесту.

Результати. Між пацієнтами, які померли, та пацієнтами, які вижили протягом 5 років після ГКС ($p=0,0015$), було виявлено значну різницю в сироватковому рівні РФД 15. Вплив декількох змінних клінічного, інструментального та лабораторного статусу оцінювали на виживаність пацієнтів. Для ідентифікації основних факторів ризику несприятливого результату ми використовували метод логістичної регресії. Виявлено, що РФД 15 (ППК 0,7; $p=0,006$; 95 % ДІ: 0,552–0,814) може незалежно прогнозувати настання летального кінця з чутливістю 80 % і