

# Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

## Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

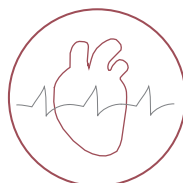
(Київ, 22–25 вересня 2020 р.)

- гострий інфаркт міокарда
- дисліпідемії
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- інтервенційна кардіологія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія та реабілітація
- кардіо-онкологія
- медико-соціальні аспекти кардіології

Том Додаток

27 2

2020



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



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

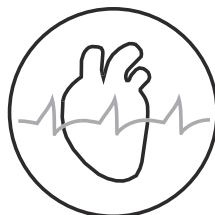
### Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 22–25 вересня 2020 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 2    2020



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

Київ • 2020

# Організаційний комітет XXI 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, Л.Г. Воронков, Т.І. Гавриленко, М.М. Долженко, І.М. Ємець, О.А. Коваль, С.М. Коваль, С.М. Кожухов, В.М. Корнацький, О.І. Мітченко, 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, 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

**BAYER**  
(Німеччина)

**SERVIER**  
(Франція)

**BOEHRINGER INGELHEIM**  
(Німеччина)

**AstraZeneca**  
(Велика Британія)

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

**ACINO «ФАРМАСТАРТ»**  
(Швейцарія)

**ДАРНИЦЯ**  
(Україна)

**ARTERIUM**  
(Україна)

**NOVARTIS**  
(Швейцарія)

**PFIZER**  
(США)

## Головні партнери

**АВВОТТ**  
(США)

**КУСУМ ФАРМ**  
(Україна)

**КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ  
ЗАВОД** (Україна)

**ТОВ «САНОФІ-АВЕНТИС  
Україна»**

**САНДОЗ**  
(Німеччина/Швейцарія)

## Партнери

MEDOCHEMIE LTD (Кіпр), ЮРІЯ-ФАРМ (Україна), BERLIN-CHEMIE (Німеччина), ORION (Фінляндія), ROSTGROUP (Україна), GEDEON RICHTER (Угорщина), Борщагівський ХФЗ (Україна), ASPEN PHARMA (Ірландія), WOERWAG PHARMA (Німеччина), EGIS Pharmaceuticals (Угорщина), СОНА-ФАРМЕКСІМ (Україна), Mylan (США)

# Зміст

## ТЕЗИ НАУКОВИХ ДОПОВІДЕЙ

|   |     |
|---|-----|
| Артеріальна гіпертензія .....                         | 4   |
| Симптоматичні артеріальні гіпертензії .....           | 9   |
| Хронічна ішемічна хвороба серця .....                 | 20  |
| Кардіометаболічний ризик .....                        | 37  |
| Гострий коронарний синдром та невідкладні стани ..... | 50  |
| Інфаркт міокарда та відновлювальне лікування .....    | 67  |
| Некоронарогенні захворювання серця .....              | 72  |
| Аритмії серця .....                                   | 77  |
| Серцева недостатність .....                           | 98  |
| Різні проблеми кардіології .....                      | 106 |
| Алфавітний показчик авторів тез .....                 | 107 |

Проаналізовано наявність супутньої патології в обох групах. Гіпертонічну хворобу (ГХ) діагностували частіше у пацієнтів I групи – 120 (95,2 %), ніж в II групі – 378 (84 %), ( $p=0,011$ ), інші супутні захворювання зустрічались в обох групах з однаковою частотою: ХОЗЛ у 13 (10,3 %) осіб I групи та 41 (9,1 %) в II групі ( $p=0,68$ ), хронічні захворювання шлунка та 12-палої кишки – у 25 (19,8 %) в I групі та 97 (21,6 %) в II групі ( $p=0,31$ ), облітеруючий атеросклероз периферичних судин – у 28 (22 %) в I групі та 67 (14,9 %) в II групі ( $p=0,17$ ), сечокам'яна хвороба – у 10 (7,9 %) в I групі та 37 (8,2 %) в II групі ( $p=0,32$ ).

Виявлено відмінності в перебігу ГІМ, а саме в I групі більшою була частка осіб із повторним ІМ – 35 (27,8 %), тоді як в II групі – 74 (16,4 %), ( $p=0,004$ ). В обох групах переважали пацієнти з Q-ІМ: 124 (98,4 %) в I групі та 435 (96,7 %) в II групі, ( $p=0,31$ ). Незначна кількість пацієнтів мали черезшкірне коронарне втручання в анамнезі – 11 (8,7 %) в групі I та 23 (5,1 %) в групі II ( $p=0,12$ ). За локалізацією ГІМ достовірної відмінності між групами не встановлено.

**Висновки.** Серед пацієнтів із ГІМ, які перебувають на стаціонарному лікуванні, 21,8 % мають супутній ЦД. В групі пацієнтів із ГІМ та ЦД переважають жінки (50,8 %), велика частка пацієнтів з супутньою ГХ (95,2 %), зростає кількість осіб із повторним ІМ (27,8 %).

### **Передумови поганого контролю артеріального тиску в пацієнтів із резистентною артеріальною гіпертензією**

О.Л. Рековець, О.О. Торбас, С.М. Кушнір,  
Г.Ф. Примак, Г.В. Пономарьова, О.Ю. Сіренко,  
П.І. Сидоренко, С.А. Поліщук, В.М. Граніч,  
Г.Д. Радченко, І.О. Живилю, Ю.М. Сіренко

ДУ «ННЦ "Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска"  
НАМН України», Київ

Неконтрольований артеріальний тиск пов'язаний з чотириразовим збільшенням ризику розвитку серцево-судинних подій порівняно з пацієнтами з гіпертонією, які досягли цільового рівня артеріального тиску.

**Мета** – оцінити характеристику пацієнтів із резистентною артеріальною гіпертензією, які проходять стаціонарне лікування у відділенні симптоматичних гіпертензій, та поширеність істинної резистентної гіпертензії у когорті пацієнтів, які приймають 3 та більше антигіпертензивних препаратів, клінічних передумов резистентної гіпертензії.

**Матеріали і методи.** Дослідження включало 1146 пацієнтів з АГ, які отримували 3 та більше антигіпертензивних препаратів, які лікувались у відділенні симптоматичних гіпертензій. Рівень офісного артеріального тиску при надходженні до відділення при прийомі 3 і більше препаратів проти АГ був  $\geq 140/90$  мм рт.

ст. Середній рівень систолічного (САТ) / діастолічного (ДАТ) артеріального тиску становив  $(174,60 \pm 0,64) / (100,50 \pm 0,38)$  мм рт. ст. Пацієнтам проводили такі обстеження: зріст тіла та вимірювання тіла, офісний артеріальний тиск, ехокардіографія, біохімічний аналіз крові.

**Результати.** Наші дані показали, що у пацієнтів, які отримували 3 або більше антигіпертензивних препаратів, у 31 %, не було досягнуто цільового рівня офісного артеріального тиску ( $< 140/90$  мм рт. ст.), це говорить про наявність істинної резистентної гіпертензії. 3 антигіпертензивні препарати отримували 51,4 % пацієнтів, 4 антигіпертензивні препарати приймали 37,1 % пацієнтів, 5 антигіпертензивних препаратів приймали 9,1 % пацієнтів, 6 антигіпертензивних препаратів – 2,4 % пацієнтів. Інгібітори АПФ призначали 65,5 % пацієнтів, антагоністи кальцію – у 69,9 % пацієнтів, діуретики – 91,8 % пацієнтів, бета-адреноблокатори приймали 75,5 % пацієнтів, блокатори рецепторів до АТ II – 33,5 % пацієнтів, блокатори рецепторів альдостерону – 12,8 % пацієнтів. Фіксовані комбінації приймали 71,9 % пацієнтів. Пацієнти, які не досягли цільового рівня АГ (31 %), мали значно вищий рівень артеріального тиску при надходженні до стаціонару порівняно з тими, у яких було досягнуто рівень АГ менше 140/90 мм рт. ст. У них був значно вищий рівень кортизолу в крові ( $(155,0 \pm 44,0)$  проти  $(35,9 \pm 20,8)$  нг/л), вищий показник маси лівого шлуночка ( $(147,5 \pm 3,46)$  проти  $(135,3 \pm 1,74)$  г/м<sup>2</sup>), частіше зустрічалось ожиріння (42,9 % проти 37,5 %), частіше було порушення функції нирок (2,7 % проти 0,8 %), облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок (2,0 % проти 0,2 %), частіше зустрічалась серцева недостатність (16,9 % проти 8,5 %).

У пацієнтів, які приймали  $\geq 4$  препарати, був значно вищий рівень глюкози в крові –  $(6,20 \pm 0,09)$  ммоль/л порівняно з пацієнтами, які приймали 3 препарати –  $(5,90 \pm 0,14)$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Пацієнти з резистентною АГ мали вищі показники глюкози крові, маси міокарда лівого шлуночка, частіше зустрічалось ожиріння, порушення функції нирок, серцева недостатність.

### **Кардіальне ремоделювання у хворих на гострий Q-інфаркт міокарда нижньої стінки лівого шлуночка при наявності легеневої гіпертензії**

В.Д. Сиволап, Я.В. Земляний

Запорізький державний медичний університет

**Мета** – оцінити особливості кардіального ремоделювання при гострому Q-інфаркті міокарда (ГІМ) нижньої стінки лівого шлуночка (ЛШ) при наявності легеневої гіпертензії (ЛГ).

**Матеріали і методи.** Обстежено 67 хворих (38 чоловіка та 29 жінок) на ГІМ нижньої стінки ЛШ з зубцем Q (ГІМ НС), які перебували у відділенні інтенсивної терапії гострої коронарної недостатності Міської лікарні екстреної та швидкої допомоги м. Запоріжжя. Пацієнти були розподілені на дві групи: 40 пацієнтів з ГІМ НС при наявності ЛГ (середній вік  $(67,2 \pm 1,76)$  років), 27 хворих на ГІМ НС без ЛГ (середній вік  $(66,8 \pm 1,52)$  років). Всім хворих в перші три дні після госпіталізації проводили двомірну ехокардіографію на апараті MyLab50 (Esaote, Італія) згідно із рекомендаціями Американського товариства ехокардіографії. Для статистичної обробки даних використовували пакет статистичних програм Statistica 6.0 for Windows (StatSoft Inc., № AXXR712D833214FAN5).

**Результати.** У хворих на ГІМ НС з ЛГ порівняно з пацієнтами з ГІМ НС без ЛГ спостерігалось достовірне зниження ФВ (на 21,2 %;  $p < 0,05$ ), збільшення ІММЛШ (на 17,8 %;  $p < 0,05$ ) та КСР (на 14,2 %;  $p < 0,05$ ), дилатація ЛП (на 13,6 % ( $p < 0,05$ ), ПШ (на 32,8 %;  $p < 0,05$ ) та ПП (на 24,6 %;  $p < 0,05$ ). При оцінці типів ремоделювання ЛШ виявлено, що у хворих на ГІМ НС з ЛГ переважно спостерігалась ексцентрична гіпертрофія (89,6 %), що достовірно вище порівняно з групою ГІМ НС без ЛГ.

У хворих на ГІМ НС з ЛГ спостерігалось достовірне прискорення MVE (на 30,7 %;  $p < 0,05$ ) та збільшення співвідношення MV E/A (на 54,3 %;  $p < 0,05$ ), прискорення TVE (23,9 %;  $p < 0,05$ ) та подовження IVRT ПШ (на 54,5 %;  $p < 0,05$ ) порівняно з пацієнтами без ЛГ. За даними тканинної доплерографії у хворих на ГІМ НС з ЛГ виявлено збільшення співвідношень MV E/E' (на 42,9 %;  $p < 0,05$ ) та TV E/E' (на 37,2 %;  $p < 0,05$ ) порівняно з хворими, які не мали ЛГ. У пацієнтів з ГІМ НС з ЛГ на відміну від пацієнтів без ЛГ переважно спостерігався псевдонормальний тип (44 % всіх хворих), що свідчить про більш важке порушення діастолічної функції. Діастолічна дисфункція за типом порушення релаксації спостерігалась у 34% хворих на ГІМ ЗС з ЛГ, у 22 % діастолічна функція була не зміненою.

**Висновки.** У хворих на ГІМ НС легенева гіпертензія супроводжується дилатацією лівих та правих камер серця з формуванням ексцентричної гіпертрофії та систолічної дисфункції ЛШ. У пацієнтів з ГІМ НС та ЛГ переважно спостерігався псевдонормальний тип діастолічної дисфункції ЛШ та діастолічна дисфункція ПШ. За даними тканинної доплерографії спостерігалось збільшення співвідношень MV E/E' та TV E/E'.

## Результати реєстру PULSECOR: неінвазивна оцінка жорсткості лівого шлуночка в пацієнтів з есенціальною артеріальною гіпертензією

О.О. Торбас, О.Л. Рековець, С.М. Кушнір,  
Ю.М. Сіренко

ДУ «ННЦ "Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска"  
НАМН України», Київ

Діастолічну дисфункцію лівого шлуночка (ЛШ) протягом тривалого часу асоціювали із його гіпертрофією. Але останні дослідження показали, що порушення діастолічної функції більше пов'язані з фіброзом ЛШ, що також може бути причиною значного погіршення прогнозу. На жаль, на сьогодні не існує єдиного доведеного підходу неінвазивної оцінки збільшення жорсткості лівого шлуночка.

**Мета** – продемонструвати, які саме неінвазивні параметри жорсткості ЛШ пов'язані з жорсткістю артерій, яку ми на практиці можемо виміряти за допомогою валідованих методик.

**Матеріали і методи.** PULSECOR – це одноцентровий реєстр, набір у який розпочався у 2011 році і досі триває. У цей аналіз ми включили 779 пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ). Остаточний аналіз містить дані 320 пацієнтів, яким було проведено усі необхідні діагностичні процедури, серед яких ми визначили окрему групу пацієнтів ( $n=283$ ) з есенціальною АГ, які не мали інших значущих супутніх захворювань. Ми використовували прилад SphygmoCor (AtCor, Австралія) для визначення швидкості поширення пульсової хвилі по артеріях еластичного типу (ШППХе). Також ми вимірювали САVI індекс та гомілково-плечовий індекс (ГПІ) за допомогою приладу VaSera 1500 (Fukuda Денші, Японія). Ультразвукова діагностика включала в себе дослідження судин шії із визначенням товщини комплексу інтима – медіа (ТКІМ). Ехокардіографію виконували у відповідності до стандартизованих протоколів ASE, у подальшому у ході аналізу діастолічну функцію ЛШ оцінювали відповідно до рекомендацій ASE 2016. Шлуночково-артеріальну муфту (ШАМ) оцінювали за допомогою стандартизованої формули з розрахунком артеріального еластансу (Ea) та кінцевосистолічного еластансу (Ees). Для того, аби оцінити взаємозв'язок між досліджуваними параметрами, ми використовували кореляційний аналіз Спірмена.

**Результати.** Середній вік пацієнтів становив  $(53,6 \pm 2,0)$  років, 47 % чоловіків та 53 % жінок. Середній показник маси тіла  $(29,8 \pm 1,0)$  м/кг<sup>2</sup>, середній рівень систолічного артеріального тиску (САТ) становив  $(159,8 \pm 4,5)$  мм рт. ст., діастолічного АТ (ДАТ) –  $(97,9 \pm 2,6)$  мм рт. ст., пульсового АТ (ПАТ) становив