

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

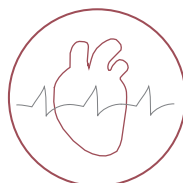
(Київ, 22–25 вересня 2020 р.)

- 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



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

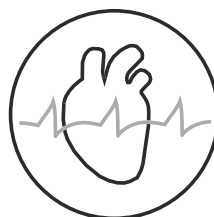
Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

(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

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

АВБОТТ
(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

Таблиця

Показник	Група 1 (n=75)	Група 2 (n=34)	p
Креатинін, мкмоль/л	94,5 ± 3,0	92,7 ± 3,2	0,69
ШКФ, мл/хв/1,73 м ²	77,2 ± 2,5	72,4 ± 2,7	0,19
ЕАС, мг/л	23,2 ± 2,4	26,9 ± 2,5	0,27
Глюкоза, ммоль/л	5,8 ± 0,1	6,7 ± 0,3	0,01
СРП, мг/л	3,9 ± 0,1	5,0 ± 0,2	0,001
ФНП-α, пг/мл	6,9 ± 0,2	8,3 ± 0,6	0,04
ІЛ-6, пг/мл	1,1 ± 0,1	1,9 ± 0,2	0,001

За даними регресійного аналізу з урахуванням вихідної ШКФ та динаміки АТ предикторами погіршення функції нирок були вихідний рівень глюкози крові ($\beta=0,407$; $p<0,001$), ІЛ-6 ($\beta=0,396$; $p=0,001$), СРП ($\beta=0,328$; $p=0,02$).

Висновки. Погіршення функції нирок у пацієнтів з РАГ незалежно від динаміки АТ та вихідної ШКФ асоційоване з більш високим рівнем глікемії натще та вищою активністю запалення низької градації.

Зміни показників артеріального тиску та грудної реограми в умовах умовного диференціовального гальмування в корі головного мозку у хворих на гіпертонічну хворобу II стадії чоловічої статі середнього віку

О.І. Паламарчук

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Мета – дослідити вплив умовного диференціовального гальмування в корі головного мозку при оперативній діяльності на показники кардіогемодинаміки за даними реографічного дослідження у хворих на гіпертонічну хворобу чоловічої статі зрілого віку.

Матеріали і методи. Обстежено 60 пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) II стадії чоловічої статі середнього віку, які протягом 6 місяців до включення в дослідження не отримували антигіпертензивну терапію, або прийом антигіпертензивної терапії був нерегулярним. Умовне диференціовальне гальмування в корі великих півкуль головного мозку (КВПГМ) при оперативній діяльності вивчали за результатами проби визначення розумової працездатності за методикою Анфімова (коректурна проба Анфімова (КПА)). Показники артеріального тиску (АТ) і грудної реограми (ГРГ) визначали у вихідному стані, безпосередньо після проби і через 3 хвилини після закінчення КПА. Для проведення реографічного дослідження використовували комп'ютерний комплекс Rheorest, 2013, Україна. Виконували реєстрацію грудної реограми за загальноприйнятою тетраполярною методикою; проводили якісний аналіз реографічної кривої та досліджували її кількісні показники:

реографічний систолічний індекс (РСІ), дикротичний індекс (ДКІ), діастолічний індекс (ДСІ), амплітудно-частотний показник (АЧП), відносна тривалість анакроти (ВТА), індекс венозного відтоку (ІВВ). Статистичний аналіз отриманих даних проведено методами параметричної і непараметричної статистики на персональній електронній обчислювальній машині із використанням програмного забезпечення Microsoft Excel та Statistica Version 6.0.

Результати. Дослідження розумової працездатності при проведенні КПА дозволило встановити три типи розумової працездатності: висока працездатність ($n=7$; 11,7 % обстежених); середня ($n=26$; 43,3 % обстежених) та низька ($n=27$; 45 % обстежених). Виявлено загальні закономірності похвилинної динаміки працездатності в кожній з груп. В результаті дослідження впливу внутрішнього гальмування в КВПГМ при оперативній діяльності на показники АТ та грудної РГ виявлено 2 основних типи реагування серцево-судинної системи: гіпертонічний та нормотонічний. У обстежених з гіпертонічним типом реагування серцево-судинної системи, який було виявлено у 47 пацієнтів (78,3 %), виявлено достовірне підвищення АТ і ЧСС більше ніж на 5 % від вихідного значення. Через 3 хвилини після припинення КПА показники АТ та ЧСС також були достовірно вище вихідних. Грудна РГ мала типовий характерний тип гіпертонічної кривої. В умовах внутрішнього гальмування в КВПГМ при виконанні КПА за даними реографічного дослідження відбувалось зменшення РСІ та збільшення ДКІ, ДСІ, АЧП, ВТА та ІВВ, що свідчило про зростання загального рівня кровотоку, підвищення тону артерій та артеріол, венозних судин. Через 3 хвилини після припинення КПА показники грудної РГ також достовірно перевищували такі вихідного стану. Нормотонічний тип ($n=13$; 21,7 % від загальної кількості обстежених) характеризувався відсутністю достовірних змін показників АТ і ЧСС. Кількісні інтегративні показники грудної РГ (РСІ, ДКІ, ДСІ, ВТА, АЧП, ІВВ) після КПА та через 3 хвилини після її закінчення не зазнавали вірогідних змін, що характеризує певну стабільність системи регуляції АТ у обстежених з цим типом реагування.

Висновки. Таким чином, у хворих на ГХ II чоловічої статі зрілого віку, в результаті проведеного дослідження впливу умовного диференціовального гальмування в корі головного мозку при оперативній діяльності на фоні достовірних змін показників кардіогемодинаміки за гіпертонічним типом (збільшення САТ, ДАТ, ЧСС, ДКІ, ДСІ, ВТА, ІВВ та зменшення РСІ) виявлено високий, середній та низький типи працездатності із достовірним превалюванням низької працездатності ($n=36$; 60 % обстежених). Отримані дані вказують на зниження загальної працездатності у хворих на ГХ II стадії, наявність порушень балансу між процесами збудження і гальмування в КВПГМ, зокрема умовного диференціовального гальмування, інертність процесів у системі регуляції АТ із зміщенням їх у бік схильності до реагування за

гіпертонічним типом, застійність процесів збудження в КВПГМ і центрах регулювання АТ.

Вплив фіксованої комбінації ірбесартану і гідрохлортіазиду на структурно-функціональний стан міокарда у хворих на артеріальну гіпертензію

В.С. Підлісна, Л.Л. Верещук, О.В. Качан,
С.С. Підлісний

КП «Рівненська обласна клінічна лікарня»

Мета – вивчення впливу комбінованої фармакотерапії ірбесартаном та гідрохлортіазидом на процеси ремоделювання міокарда та на рівень артеріального тиску (АТ) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ).

Матеріали і методи. Обстежено та проліковано 62 пацієнти із АГ II ст. (24 чоловіків та 38 жінок). Середній вік хворих становив $(53 \pm 3,0)$ роки. Тривалість АГ від 5 до 10 років встановлено у 32 осіб, від 10 до 20 років – у 22 пацієнтів, більше 20 років – у 8. Всі пацієнти раніше не приймали інгібіторів ангіотензину II, епізодично отримували інгібітори АПФ або використовували інші антигіпертензивні засоби. Всі пацієнти були поділені на дві групи. До 1-ї групи увійшли хворі ($n=34$), яким в якості антигіпертензивної терапії була призначена фіксована комбінація ірбесартану (150 мг) із гідрохлортіазидом (12,5 мг), (Ірбетан-Н, АТ «Київський вітамінний завод»). Пацієнти 2-ї групи ($n=28$) отримували комбінацію гідрохлортіазиду (12,5 мг) та еналаприлу (10 мг). Дослідження тривало 6 місяців. На початку та наприкінці лікування хворим проводили загальноклінічні обстеження, в тому числі визначали рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c), ліпідного спектра крові. Інструментальне обстеження включало ЕКГ, вимірювання АТ. Структурні параметри серця визначали методом ехокардіографії. Матеріал оброблений методами варіаційної статистики за стандартними програмами.

Результати. Після лікування в обох групах виявлено позитивні зміни структурно-функціонального стану серця та покращення лабораторних показників, причому в 1-й групі спостерігалась більш значуща динаміка досліджуваних параметрів, а саме: систолічний АТ знизився у пацієнтів 1-ї групи із $(166,8 \pm 8,4)$ до $(132,4 \pm 6,0)$ мм рт. ст. та із $(162,4 \pm 9,2)$ до $(138,4 \pm 8,6)$ мм рт. ст. у пацієнтів 2-ї групи ($p < 0,05$). Діастолічний АТ знизився із $(108,6 \pm 6,8)$ до $(85,6 \pm 6,4)$ мм рт. ст. та із $(106,2 \pm 8,8)$ до $(88,2 \pm 8,4)$ мм рт. ст. відповідно у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп ($p < 0,05$). Загальний холестерин знизився з $(6,8 \pm 0,5)$ до $(4,5 \pm 0,4)$ ммоль/л та з $(6,6 \pm 0,3)$ до $(5,6 \pm 0,6)$ ммоль/л відповідно у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп ($p < 0,05$). Через 6 місяців від початку застосування

Ірбетану-Н відбулося достовірне зниження HbA1c з рівня $(7,6 \pm 1,1)$ % до $(6,7 \pm 1,1)$ % ($p < 0,05$), тоді як на тлі прийому комбінації гідрохлортіазиду з еналаприлом рівень HbA1c навпаки збільшився з рівня $(7,8 \pm 1,1)$ % до $(8,6 \pm 1,1)$ %, ($p < 0,05$). Наприкінці лікування в обох групах було зафіксовано суттєве зниження індексу маси міокарда лівого шлуночка, причому в 1-й групі динаміка була більш значущою в порівнянні з 2-ю групою, різниця була $9,2$ г/м² ($p < 0,05$); товщина міжшлуночкової перетинки зменшилась на $9,4$ % ($p < 0,05$) та на $8,5$ % ($p < 0,05$), задньої стінки – на $7,6$ % ($p < 0,05$) та на $7,2$ % ($p < 0,05$) відповідно. Впродовж усього періоду лікування у пацієнтів 1-ї групи не відзначали жодних побічних реакцій. Серед пацієнтів 2-ї групи у двох з'явився непродуктивний сухий кашель, внаслідок чого вони самостійно припинили лікування.

Висновки. Таким чином, тривала (протягом 6 місяців) фармакотерапія комбінацією ірбесартану (150 мг) із гідрохлортіазидом (12,5 мг) (Ірбетан-Н, АТ «Київський вітамінний завод») не тільки приводить до достовірного та клінічно значущого зниження АТ (порівняно з таким у групі гідрохлортіазиду з еналаприлом), але й позитивно впливає на метаболізм вуглеводів та ліпідів, на атерогенез, спричиняє регрес гіпертрофії лівого шлуночка та зменшення індексу маси міокарда лівого шлуночка, товщини задньої стінки лівого шлуночка та міжшлуночкової перетинки та максимального і мінімального об'єму лівого передсердя, що істотно покращує структурно-функціональний стан міокарда. Крім того, Ірбетан-Н має високий профіль фармакологічної безпеки, що зумовлює високу прихильність пацієнтів до лікування.

Ремоделювання серця у хворих на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет 2-го типу

І.І. Топчій, П.С. Семенових, О.І. Циганков,
О.М. Кірієнко, Л.М. Грідасова, М.О. Кірієнко

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

Мета – оцінити структурні зміни серця та серцевої гемодинаміки у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) та цукровий діабет (ЦД) 2-го типу.

Матеріали і методи. Обстежено 74 хворих на ГХ і ЦД 2-го типу, середній вік яких $(52 \pm 7,5)$ років, та 20 практично здорових осіб контрольної групи. Хворі були розподілені на 3 групи: 1-ша – хворі на ЦД 2-го типу без ознак діабетичної нефропатії та ГХ ($n=28$), 2-га – хворі на ЦД 2-го типу з нормальною швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ) та альбумінурією та ГХ ($n=26$), 3-тя – хворі на ЦД 2-го типу зі зниженою ШКФ та альбумінурією та ГХ ($n=20$). Ультразвукове дослідження серця проводили на