

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

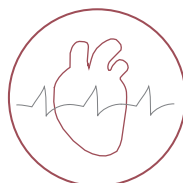
(Київ, 22–25 вересня 2020 р.)

- 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

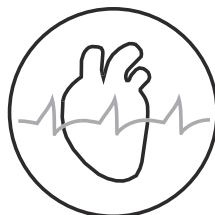
Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

(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

методів (за програмою SPSS for Windows Release 13.00, SPSS Inc., 1989–2004).

Результати. У хворих на ІХС в поєднанні з ЦД 2-го типу за результатами психоемоційного тесту Струпа відмічається підвищення частоти серцевих скорочень, систолічного та діастолічного артеріального тиску – до та після читання назв кольорів, надрукованих чорним шрифтом; після називання кольорів; після читання назв кольорів та називання кольорів слів, де колір шрифту відрізняється від значення слів, на відміну від хворих на ІХС.

За стрес-тестом Струпа в основній групі спостерігається збільшення часу читання назв кольорів, надрукованих чорним шрифтом; називання кольорів; читання назв кольорів та називання кольорів слів, де колір шрифту відрізняється від значення слів (Med; Q: 351,5 с; 134–428; PMW=0,036, де Med – медіана, Q – нижні та верхні квартилі, PMW – різниця між групами за тестом Mann–Whitney) порівняно з контрольною групою (Med, Q: 235 с; 126–380).

Під час проведення словесно-колірного тесту Струпа у хворих на ІХС та ЦД 2-го типу збільшується кількість помилок під час називання кольорів; читання назв кольорів та називання кольорів слів, де колір шрифту відрізняється від значення слів (M±SEM; SD: 16,42±1,52; 7,46, Pst=0,018, де M – середня, SEM – стандартна похибка, SD – стандартне відхилення, Pst – вірогідність різниці за двовибірковим t-критерієм Стьюдента) на противагу хворим на ІХС (M±SEM; SD: 6,5±4,5, 6,36).

Підвищена інтерференція пізнавального процесу в основній групі (M±SEM; SD: 184,96±12,76 с, 62,49, Pst=0,028) в порівнянні з контрольною групою (M±SEM; SD: 127,46±12,45 с, 63,51).

Висновки. У хворих на ІХС в поєднанні з ЦД 2-го типу спостерігається більш виражене підвищення частоти серцевих скорочень та артеріального тиску, уповільнення швидкості, зниження концентрації уваги, збільшення кількості помилок під час проведення психоемоційного тесту Струпа, на відміну від хворих на ІХС, що вказує на погіршення когнітивної функції. Переважання ригідності пізнавального процесу у хворих на ІХС в поєднанні з ЦД 2-го типу свідчить про суб'єктивні труднощі у переході від вербальних функцій до сенсорно-перцептивних через низький ступінь їх автоматизованості в умовах інформаційного навантаження, що обумовлено зниженням когнітивного стилю.

Тривожно-депресивні розлади у хворих на ішемічну хворобу серця та неклапанну фібриляцію передсердь

Д.А. Лашкул¹, В.Д. Сиволап¹, Е.О. Гонтаренко¹,
Ю.В. Гуляш², М.А. Лашкул²

¹ Запорізький державний медичний університет
² КНП "Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань" ЗОР

Мета – встановити особливості емоційного стану хворих на хронічні форми ішемічної хвороби серця (ІХС) залежно від наявності неклапанної фібриляції передсердь (нФП).

Матеріали і методи. В дослідження, що проведене на базі комунального неприбуткового підприємства «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» Запорізької обласної ради, включено 57 пацієнтів (35 чоловіків), середній вік (59,4±9,4) роки. У всіх пацієнтів діагностовано хронічні форми ішемічної хвороби серця: до першої групи увійшло 18 пацієнтів (9 чоловіків) з нФП, до другої 39 пацієнтів (26 чоловіків) із синусовим ритмом. Для скринінгу тривожно-депресивних розладів використовували госпітальну шкалу тривоги та депресії HAD (The Hospital Anxiety and Depression Scale). Вважали, що у хворого виявляються субклінічні прояви тривоги або депресії, якщо він набрав від 8 до 10 балів, клінічно значущі тривога або депресія, якщо він набрав 11 балів або більше за відповідною шкалою. Статистична обробка проводилася за допомогою пакета статистичних програм Statistica 13.0 (пакет Stat Soft Inc, США, № ліцензії AXXR712D833214FAN5). Всі дані представлені у вигляді середнього значення (M), стандартного відхилення (±SD), медіани (Me), міжквартильного інтервалу (МКІ). Гіпотезу про нормальність розподілу досліджуваних показників перевіряли з використанням критерію Шапіро – Уїлка. Для аналізу таблиць спряженості 2×2 при порівнянні категоризованих змінних застосовували Chi² тест (при малій вибірці з поправкою Йейтса). Відмінності вважали достовірними при значеннях p<0,05.

Результати. У 9 (50 %) пацієнтів першої та у 15 (38,5 %) пацієнтів другої групи виявлені ознаки тривоги. Загалом у 6 (33,3 %) пацієнтів першої групи та 11 (28,2 %) пацієнтів другої групи виявлені ознаки депресії. Встановлено, що в першій групі вірогідно більше пацієнтів з ознаками субклінічної тривоги (27,8 % проти 15,4 %, p<0,05) та депресії (27,8 % проти 17,9 %, p<0,05). В обох групах однаково часто зустрічаються клінічні прояви тривоги (22,2 % проти 23,1 %, p>0,05), але менше кількість пацієнтів з клінічними проявами депресії (5,6 % проти 10,2 %, p<0,05). Тож, наявність нФП характеризується дезорганізацією психічної діяльності, високим внутрішнім напруженням, що в свою чергу, веде до зниження якості життя хворих.

Висновки. У хворих на хронічну ішемічну хворобу серця діагностовано тривожна (у 42,1 %) та депресивна (у 29,8 %) симптоматика. Рівень субклінічної тривоги та депресії вірогідно більш виражений у хворих, що мають неклапанну фібриляцію передсердь. Під час вибору стратегії ведення пацієнтів на ІХС та нФП потрібно зважати на обтяження перебігу захворювання розвитком психосоматичних розладів.

Структура взаємозв'язку показників імунної системи при стабільній ішемічній хворобі серця за даними факторного аналізу

О.М. Ломаковський, Т.І. Гавриленко,
О.А. Підгайна, Н.О. Рижкова, О.І. Моїсеєнко,
В.В. Товстуха

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

Атерогенез і зростання бляшок пов'язані із запальним процесом за участю вродженої і адаптивної імунної системи (Libby P. et al., 2013). Практично всі складові патогенезу атеросклерозу знаходять відображення в кількісному вимірі певних біомаркерів крові (Koenig W., 2013).

Мета – виявлення залежності між клітинними та гуморальними ланками імунної системи, пояснення структури зв'язку між кількісними показниками та скорочення числа показників імунної системи.

Матеріали і методи. У 291 пацієнта на стабільну ІХС використовувалася факторний аналіз показників прозапальних імунних факторів в крові (ФНПа, ІЛ-6, СРБ), гуморального імунітету (антитіла до окислених ЛПНЩ, sCD40L, антитіла до компонентів судинної стінки), клітинного імунітету (CD95 лімфоцитів, CD4, CD16) та системи фагоцитів (активність моноцитів та нейтрофілів за НСТ-тестом, фагоцитарне число моноцитів) з оцінкою кореляційної матриці показників за допомогою методу головних компонент. Витягувалися фактори із власним значенням більше одиниці. Факторну модель брали до розгляду в разі пояснення нею більше 50 % сукупній дисперсії показників. Фактори піддавалися обертанню за методом варімакс та інтерпретувалися з урахуванням факторних навантажень показників. До контрольної групи увійшли 30 осіб без ІХС.

Результати. Факторний аналіз прозапальних інтерлейкінів, показників гуморального та клітинного імунітету, системи фагоцитів при стабільній ІХС дозволив виділити 4 загальних незалежних фактори з власним значенням більше одиниці та поясненням загальної дисперсії показників на 68 % (1 фактор – 21 %, 2 фактор – 20 %, 3 фактор – 15 %, 4 фактор – 12 %), що є прийнятним для факторної моделі. Найбільш значущі факторні навантаження в першому факторі були – ІЛ-6 (0,84) та CD8 (0,68); в другому факторі – активність нейтрофілів (0,82), активність моноцитів (0,81), ФНПа (0,67); в третьому

факторі – антитіла до оЛПНЩ (0,87), антитіла до тканин артеріальних судин (0,71); в четвертому факторі – СРБ (0,92), сенсibiliзація лімфоцитів (0,63), CD4 (0,52). Найбільш повно активність імунної системи при стабільній ІХС можуть характеризувати чотири незалежних фактори: запально-Т-супресорний (ІЛ-6, CD8), запально-фагоцитарний (активність моноцитів та нейтрофілів, ФНПа), запально-гуморальний (антитіла до оЛПНЩ, антитіла до тканин артеріальних судин), запально-Т-хелперний (СРБ, CD4, сенсibiliзація лімфоцитів).

Висновки. Стабільна ішемічна хвороба серця асоціюється з достовірно більшою функціональною активністю імунної системи порівняно з пацієнтами без ІХС. Виділено чотири незалежних нерівнозначних фактори активності імунної системи при стабільній ІХС: запально-Т-супресорний (21 % загальної дисперсії), запально-фагоцитарний (20 %), запально-гуморальний (15 %), запально-Т-хелперний (12 %).

Вплив імунологічних факторів на серцево-судинну смертність за даними багатфакторного регресійного аналізу та аналізу виживаності

О.М. Ломаковський, М.І. Лугай, Т.І. Гавриленко,
О.А. Підгайна, В.В. Бугаєнко, Н.Ю. Чубко

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

Стратегія, що використовує сукупний показник ризику, складений з трьох біомаркерів може визначити пацієнтів більш високого ризику розвитку смерті в короткостроковій і середньостроковій перспективі [Eapen D.J. et al., 2013].

Мета – дослідити вплив початкових рівнів показників клітинного та гуморального імунітету на вірогідність настання серцево-судинної смерті у хворих на стабільну ІХС.

Матеріали і методи. В першу групу (n=72) увійшли пацієнти, у яких протягом у середньому 6,5 років не відбулася серцево-судинна смерть, у другу групу (n=17) – пацієнти з наявністю цієї події за термін спостереження. Перша та друга групи не відрізнялися за віком – 58 (52–66) та 61 (56–65) років (p=0,37), давністю ІХС – 4 (1–6) та 6 (2–10) років (p=0,06), наявністю III–IV ФК – 52 та 73 % ((p=0,29), наявністю ГХ – 68 та 71 % (p=0,85), ЦД – 9 та 6 % (p=0,87), паління – 26 та 39 % (p=0,47), гіперхолестеринемії – 51 та 47 % (p=0,82), гіпертригліцеридемії – 37 та 29 % (p=0,65), спадкової схильності до ІХС – 28 та 33 % (p=0,88). Не було різниці між групами по лікуванню бета-блокаторами – 62 та 64 % (p=0,90), антагоністами кальцію – 17 та 7 % (p=0,60), ІАПФ – 54 та 43 % (p=0,53), статинами – 42 та 14 % (p=0,10); за наявністю супутніх захворювань – 24 та 12 % (p=0,43). Таким