

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

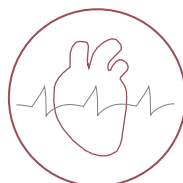
(Київ, 22–25 вересня 2020 р.)

- 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

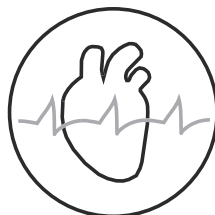
Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

(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

Висновки. Ризики розвитку ГКСбелST у жінок з естрогенодефіцитом пов'язані, насамперед, з дисліпідемією та гіперурикемією. В той же час домінуючою передумовою виникнення ГКС у жінок з відносно задовільним гормональним фоном є порушення ендотеліальної функції, куріння, вісцеральне ожиріння та зниження рівня ХС ЛПВГ.

Маркери ішемії і електричної нестабільності міокарда та якість життя хворого з інфарктом міокарда в умовах оцінки впливу ранолозину

В.К. Ташук¹, І.О. Маковійчук², Д.І. Онофрійчук², М.В. Ташук¹, О.В. Маліневська-Білійчук¹

¹ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

²Обласний клінічний кардіологічний центр, Чернівці

Незважаючи на оптимізоване останніми рекомендаціями ESC лікування гострого інфаркту міокарда (ГІМ), ризик виникнення ішемічних ускладнень у пацієнтів з ГІМ залишається важливим. Використання пізнього блокатора Na⁺ струму ранолозину в дослідженні RIMINI (Reduction of Ischemic Myocardium with Ranolazine-Treatment IN patients with acute myocardial Infarction) свідчить про пошук нових можливостей впливу на ІМ.

Мета – запровадити оцінку якості життя за опитувальником EQ-5D-3L з дигіталізацією ЕКГ з використанням власної програми «Смарт-ЕКГ» з оцінкою ефективності ранолозину в умовах оптимізації лікування синдрому з елевацією сегмента ST.

Матеріали і методи. Обстежено 40 хворих на гострий Q-ІМ за базисної терапії, згідно із сучасними рекомендаціями ESC, з додаванням ранолозину (група I, 30 пацієнтів з Q-ІМ), контролем слугувала група II (10 пацієнтів з Q-ІМ), що отримувала базисну терапію без додавання ранолозину. Розподіл хворих в групи I і II визначено випадковим чином (методом «конвертів»). Всім хворим проведено парне 10-денне обстеження, яке включало комплексну оцінку ЕКГ з її дигіталізацією, дослідженням показників варіабельності серцевого ритму (ВСР) і дисперсії QT (dQT), оцінкою феноменів фази реполяризації («кутів QRS-T» у вигляді «ST slope» і першої похідної ЕКГ з оцінкою показника відношення максимальної швидкості (ВМШ) зубця Т диференційованої ЕКГ) та визначенням якості життя згідно із опитувальником EQ-5D-3L.

Результати. Використання бальної оцінки якості життя за допомогою візуальної аналогової шкали EQ-VAS свідчить про більший рівень якості життя в 1-шу добу в групі ранолозину (38 %, p<0,001), тенденція до якого зберігається і на 10-ту добу в групі ранолозину (5,4 %, p>0,05). Дослідження ВСР, згідно із власними даними, свідчить, що ймовірність кількості і процентного приросту

показника SDNN в розподілі випадків збільшення і зменшення понад 10% ($\Delta\%$ випадків «+» $\geq 10\%$ або «-» $\geq 10\%$) в групах ранолозину і контролю на початку лікування однакова (p>0,05), а на 10-ту добу ймовірність випадків зменшення показника SDNN ($\Delta\%$ випадків «-» $\geq 10\%$) в групі ранолозину є меншою, ніж в контролі (p<0,001). Дисперсія інтервалу QT зменшилась на ранолозині на 17,7 мс (p<0,05) і дещо несподівано зросла в контролі на 39,6 мс (p>0,1), хоча і недостовірно. Аналіз «кутів QRS-T» і «ST slope» в динаміці Q-ГІМ є ускладненим з огляду на динаміку ЕКГ гострої фази ІМ, показник ВМШ диференційованого зубця Т аналогічно залежав від «природної» динаміки «tombstone» ST-елевації, однак приріст співвідношення фаз диференційованого зубця Т, розглянутий як позитивний, був подвоєним в групі ранолозину (p<0,01) проти контролю (p>0,01).

Висновки. Власні результати дозволяють визначити позитивний вплив ранолозину на стабілізацію показників дигіталізації ЕКГ, що вивчаються, згідно із дослідженням змін ВСР (SDNN) і варіабельності QT (dQT), феноменів фази реполяризації («кут QRS-T» і «ST slope»), першої похідної ЕКГ (ВМШ) диференційованого зубця Т та визначенням якості життя згідно з опитувальником EQ-5D-3L, а ранолозин за Q-ГІМ позитивно впливає на маркери електричної нестабільності міокарда і його ішемію – про що свідчить зниження частоти серцевих скорочень, ймовірності випадків зменшення SDNN, дисперсії QT та, можливо, приріст ВМШ за диференційованої ЕКГ.

Динаміка маркерів запалення у хворих на гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST при використанні стентів із медикаментозним покриттям і без покриття

І.М. Фуштей, С.Л. Подсевахіна, О.В. Ткаченко, О.І. Паламарчук

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

В останні роки у зв'язку із вдосконаленням методів інтервенційного втручання усе частіше в клінічній практиці доводиться стикатися з необхідністю стентування стовбура лівої коронарної артерії у пацієнтів з гострим коронарним синдромом. Залишається актуальним питання вибору стента при таких втручаннях.

Мета – вивчити співвідношення прозапальних та протизапальних цитокінів у хворих на гострий коронарний синдром (ГКС) з елевацією сегмента ST при використанні стентів із медикаментозним покриттям і без покриття.

Матеріали і методи. Обстежено 46 пацієнтів, з них 28 чоловіків і 18 жінок, віком від 43 до 76 років (середній вік (54,6±3,8) років), з верифікованим діагнозом ГКС із

елевацією сегмента ST. Всім пацієнтам виконано стентування стовбура лівої коронарної артерії відповідно до рекомендацій ESC/EACTS про реваскуляризацію міокарда 2018 року. Всі операції були виконані протягом години від моменту надходження пацієнта у стаціонар. Всі хворі були розділені на дві групи: I група (n=24) – пацієнти, яким імплантували стенти з лікарським покриттям, II група (n=22) – пацієнти, яким імплантували стенти без медикаментозного покриття. Ведення хворих на ГКС з елевацією сегмента ST проводили згідно із Наказом МОЗ України від 02.07.2014 №455. В якості групи контролю взяті хворі зі стабільним перебігом ішемічної хвороби серця (n=20). Вміст у сироватці крові прозапальних цитокінів (фактор некрозу пухлин- α (ФНП- α), інтерлейкінів (ІЛ) 1- β та 6) и протизапального ІЛ-10 встановлювали методом твердофазного імуноферментного аналізу з використаних тест систем VectorBest Україна відповідно до інструкцій виробника відразу після госпіталізації хворого у відділення реанімації та інтенсивної терапії, а також на 7-му і на 21-шу добу захворювання.

Результати. У хворих обох груп у першу добу захворювання відзначалося значне підвищення рівня прозапальних цитокінів і зниження протизапального цитокіну при порівнянні з такими показниками в контрольній групі. На 7-му добу захворювання у пацієнтів I групи відзначено значне зниження рівня ФНП- α , і його рівень практично досяг рівня контрольної групи, у II групі він перевищував рівень контрольної групи в 2,2 рази ($p < 0,01$). Рівні прозапальних цитокінів ІЛ1- β і ІЛ-6 також достовірно більше знизилися в I групі в 1,5 і 1,4 рази проти 0,9 і 0,5 рази і II групі ($p < 0,05$) відповідно. Рівень ІЛ-10 у пацієнтів I групи на 7-му добу був достовірно вище ($p < 0,05$), ніж у хворих II групи. На 21-шу добу захворювання відзначено зниження рівня ФНП- α у хворих II групи, але він перевищував такий у пацієнтів I групи. У хворих I групи він практично не змінився порівняно з показниками на 7-му добу спостереження. У всіх групах на 21-шу добу зберігалися підвищені рівні прозапальних цитокінів ІЛ1- β і ІЛ-6, але в I групі вони перевищували контроль в 3,1 і 2,5 рази, тоді як у II групі в 4,2 і 3,7 рази відповідно. Рівень ІЛ-10 значно підвищився у пацієнтів I групи на 21-шу добу спостереження, і перевищував такий показник у II групі в 2,2 рази ($p < 0,05$).

Висновки. У хворих з ГКС з елевацією сегмента ST відзначено підвищення активності системного запалення, що відбивається у підвищенні рівнів маркерів запалення прозапальних цитокінів ФНП- α , ІЛ1- β і ІЛ-6 і зниженні протизапального цитокіну ІЛ-10. Отримані результати показали, що стентування стовбура лівої коронарної артерії стентами з лікарським покриттям призводить до достовірно кращого пригнічення системного запалення.

Особливості порушень ритму і провідності у хворих на інфаркт міокарда в поєднанні з метаболічним синдромом

М.І. Швед, І.О. Ястремська

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Порушення ритму і провідності серця є найбільш частими ускладненнями у хворих на інфаркт міокарда (ІМ) як в гострий, так і в пізній постінфарктний період та можуть призводити до несприятливого перебігу захворювання. При цьому зауважимо, що клінічне значення аритмії при ІМ визначається двома принциповими моментами: негативним впливом аритмії на гемодинаміку та можливістю трансформації в фібриляцію шлуночків (ФШ) або асистолію.

Мета – оцінити особливості та частоту порушень ритму і провідності у хворих на гострий інфаркт міокарда в поєднанні з метаболічним синдромом (МС) та визначити їх прогностичне значення.

Матеріали і методи. Обстежено 42 пацієнти з гострим ІМ в поєднанні з МС, що перебували на стаціонарному лікуванні в ПІТ кардіологічного відділення Тернопільської університетської лікарні, які увійшли до дослідної групи. Характер клінічного перебігу ІМ порівнювали з таким у 38 хворих, що не мали МС (група контролю). Хворі обох груп були зіставними за віком ($56,64 \pm 0,91$) та $54,85 \pm 0,76$ років відповідно) та статтю. Діагноз ІМ обґрунтовували наявністю ангінозного та некро-резорбтивного синдромів і специфічних змін ЕКГ. Діагностику МС проводили згідно із рекомендаціями Міжнародної діабетологічної федерації (IDF, 2016).

Усім пацієнтам в межах допустимого часового інтервалу (в середньому $6,38 \pm 1,47$ год) було проведено ургентну коронароангіографію з наступною балонною ангіопластиком і стентуванням інфарктзалежної коронарної артерії та застосовано медикаментозну терапію згідно із протоколом МОЗ. Контроль ритму та провідності проводили шляхом моніторного спостереження та щоденного ЕКГ-контролю протягом 5 діб перебування в стаціонарі.

Результати. Клінічна картина ГКС в обстежених хворих проявлялась класичним ангінозним синдромом, характерними змінами електрокардіограми та діагностичним підвищенням маркерів некрозу міокарда. Порушення ритму і провідності серця діагностували у 95,24 % пацієнтів дослідної групи і у 78,95 % контрольної. Основні види порушень ритму і провідності та частота їх розвитку у хворих досліджуваних груп представлені в таблиці.

У хворих на ІМ в поєднанні із супутнім МС достовірно частіше спостерігався розвиток синусної тахікардії,