



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.)

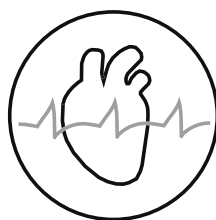
Головний редактор: О.М. Пархоменко

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

Для верифікації ранніх стадій порушення скоротливості міокарда тепер використовують індекс оцінки руху стінок – WMSI (Wall Motion Score Index), (R. Lebeau et al., 2018).

Мета – встановити вплив аденозинвмісного препарату і комбінації аргініну та левокарнітину на динаміку ЕКГ, показники сегментарної і глобальної скоротливості міокарда (WMSI) у нестенованих хворих зі STEMI/NSTEMI.

Матеріал і методи. Проведено проспективне, нерандомізоване, відкрите дослідження 100 пацієнтів зі STEMI/NSTEMI. Тривалість спостереження – 21–29 діб. У контрольну групу включено 25 пацієнтів, які приймали лише стандартну оптимальну медикаментозну терапію (ОМТ). В основній групі виділено 3 підгрупи по 25 пацієнтів: хворі першої підгрупи на фоні ОМТ приймали аденозинвмісний препарат (Адвокард); хворим другої підгрупи на фоні ОМТ призначали комбінацію аргініну та левокарнітину (Тівор-Л); хворі третьої підгрупи на фоні ОМТ отримували поєднання аденозинвмісного препарату (Адвокард) і комбінацію аргініну та левокарнітину (Тівор-Л). Верифікацію діагнозу STEMI/NSTEMI проводили згідно з Четвертим універсальним визначенням інфаркту міокарда (ESC, 2018).

Результати. Динаміка елевачії сегмента ST мала частково позитивну резольюцію у пацієнтів першої підгрупи (BP – 0,93 [0,29–1,38]) та достовірну у хворих другої (BP – 0,25 [0,09–0,71]) та третьої підгруп (BP – 0,32 [0,11–0,98]). Серед хворих з NSTEMI із вихідною депресією сегмента ST динаміка виявилась недостовірною у хворих всіх трьох підгруп (BP – 0,86 [0,50–1,48]; (BP – 0,73 [0,42–1,29]; (BP – 0,60 [0,34–1,07]). Зменшення кількості випадків формування патологічного зубця Q було достовірним у пацієнтів першої (BP – 0,73 [0,57–0,93]) та третьої підгруп (BP – 0,73 [0,57–0,94]). Регресія гіпертрофії ЛШ спостерігалася у пацієнтів другої (BP – 0,82 [0,68–1,00]) та третьої підгруп (BP – 0,54 [0,35–0,85]).

Позитивна динаміка WMSI спостерігалася у 20 % пацієнтів контрольної групи, 64 % – першої підгрупи, 44 % – другої підгрупи і у 84 % пацієнтів – третьої підгрупи. Різниця у WMSI до та після лікування була статистично достовірною між кожною з трьох підгруп та контролем ($p \leq 0,001$). ФВ ЛШ, отримана розрахунковим методом, мала позитивну динаміку у першій ($p=0,02$), другій ($p=0,002$) та третій ($p=0,001$) підгрупах. ФВ ЛШ, обчислена через WMSI, мала більш виражену позитивну динаміку у пацієнтів усіх трьох підгруп. Проаналізувавши всі вимірювання ФВ ЛШ обома методами, встановлено, що коефіцієнт кореляції Пірсона «г» дорівнює 0,76, що підтверджує достовірність виявлених особливостей, впливу досліджуваних препаратів на скоротливість міокарда.

Висновки. Призначення аденозинвмісного препарату (Адвокард) і комбінації аргініну та левокарнітину (Тівор-Л) як разом, так і окремо призводить до позитивної динаміки ЕКГ та показника WMSI як більш достовірного критерію діагностики систолічної дисфункції ЛШ. Кореляційний аналіз показав, що WMSI можна використовувати у реальній клінічній практиці не лише для покращення

ранньої діагностики систолічної дисфункції ЛШ, але і як контроль ефективності лікування, особливо коли йдеться про апробацію нового кардіотропного засобу.

Предиктори систолічної дисфункції лівого шлуночка у хворих на Q-інфаркт міокарда, ускладнений гострою серцевою недостатністю

В.Д. Сиволап, Н.І. Капшитар

Запорізький державний медичний університет

Мета – визначити предиктори систолічної дисфункції лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на Q-інфаркт міокарда (Q-ІМ), ускладнений гострою серцевою недостатністю (ГСН).

Матеріал і методи. Обстежено 139 хворих у гострий період Q-інфаркту міокарда, середній вік ($66 \pm 0,97$) року ($M \pm m$). Залежно від наявності систолічної дисфункції ЛШ хворі розподілені на групи: група I – фракція викиду лівого шлуночка (ФВЛШ) $>45\%$, $n=75$, середній вік – ($66 \pm 1,5$) року, з них чоловіки 56 %; група II – ФВЛШ $<45\%$, $n=64$, середній вік – ($66 \pm 1,22$) року, з них 63 % чоловіки. Клас ГСН у гострий період визначали за Killip: I група – Killip I ($n=37$), Killip II ($n=22$), Killip III ($n=16$); II група – Killip I ($n=9$), Killip II ($n=29$), Killip III ($n=26$). У перші 48 годин від початку захворювання хворим виконували трансторакальну доплерокардіоскопію, визначали рівень глікемії при шпиталізації, копептину та кінцевого фрагменту натрійуретичного пептиду (NTproBNP). Достовірність відмінностей оцінювали за допомогою U-критерію Манна – Уїтні для кількісних та Хі-квадрат для якісних змінних. Для визначення предикторів використовували метод однофакторного та багатофакторного логістичного регресійного аналізу. Дані представлені у вигляді відношення шансів (ВШ) та довірчих інтервалів (ДІ). Для виявлення оптимальної точки розподілу рівня кількісних ознак використовувався ROC-аналіз.

Результати. В I групі гіперглікемія відзначалася у 70 % ($n=53$) хворих, медіана рівня глікемії – 8,5 (7; 10) ммоль/л. У групі з систолічною дисфункцією ЛШ гіперглікемія при шпиталізації зареєстрована у 87 % осіб ($n=56$), медіана рівня глікемії 9,8 (8,4; 11,9) ммоль/л. У групі хворих з систолічною дисфункцією кількість хворих з гіперглікемією при шпиталізації вірогідно більша ($\chi^2=5,78$, $p=0,017$), а рівень глікемії вищий на 13 % ($p=0,001$). Медіана рівня копептину у хворих з ФВЛШ $>45\%$ становила 1,8 (0,6; 3,04) нг/мл, у пацієнтів II групи – 2,31 (0,98; 3,57) нг/мл та відрізнялась вірогідно (більше на 22 %, $p=0,04$). Медіана рівня NTproBNP у хворих без систолічної дисфункції ЛШ становила 36 (12,6; 69) пмоль/л, у хворих з систолічною дисфункцією – 58,9 (33; 140) пмоль/л та була вірогідно вищою на 39 % ($p=0,003$). За даними уніваріантного логістичного регресійного аналізу гіперглікемія у гострий період Q-ІМ, ускладненого ГСН, асоціюється із вірогідним

збільшенням ВШ систолічної дисфункції ЛШ у 1,2 (95 % ДІ 1,0712–1,3524; $p=0,002$). За результатами ROC-аналізу критичний рівень глікемії становить $>9,4$ ммоль/л (чутливість 50,8 %, специфічність 74 %), площа під ROC-кривою 0,657 (95 % ДІ 0,571–0,736; $p=0,0009$). Підвищення копептину понад 1,32 нг/мл (чутливість 67,9 %, специфічність 49,3 %), площа під ROC-кривою 0,611 (95 % ДІ 0,521–0,695; $p=0,03$), збільшує ВШ систолічної дисфункції у 1,34 разу (95 % ДІ 1,0691–1,6798; $p=0,01$). Підвищення вмісту NT-pro-BNP майже не вплинуло на ризик систолічної дисфункції ЛШ. ВШ збільшилось лише у 1,003 разу (95 % ДІ 1,0000–1,0056, $p=0,046$). Точка розподілу для NT-pro-BNP становить понад 29,85 пмоль/л (чутливість 80,3 %, специфічність 48 %), площа під ROC-кривою 0,635 (95 % ДІ 0,549–0,716; $p=0,005$). За даними мультіваріантного логістичного регресійного аналізу до незалежних факторів ризику систолічної дисфункції слід віднести: рівень гіперглікемії при шпиталізації понад 9,4 ммоль/л (ВШ 1,17, 95 % ДІ 1,0410–1,3225; $p=0,009$), рівень копептину більше 1,32 нг/мл (ВШ 1,33, 95 % ДІ 1,0419–1,7084; $p=0,02$) та NT-pro-BNP більше 29,85 пмоль/л (ВШ 1,003, 95 % ДІ 1,0000–1,0062; $p=0,04$).

Висновки. Незалежними предикторами систолічної дисфункції ЛШ у хворих на Q-інфаркт міокарда, ускладнений гострою серцевою недостатністю в ранній постінфарктний період є рівень глікемії при шпиталізації, збільшення концентрації копептину та NT-pro-BNP.

Вплив первинного стентування коронарних артерій на клінічний перебіг та ремоделювання лівого шлуночка в пацієнтів з гострим ІМ з елевацією сегмента ST (віддалені результати через 12 місяців)

В.А. Скибчик¹, Ю.П. Мелень²

¹ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

² КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова»

Мета – визначити прогностичний вплив первинного стентування коронарних артерій на клінічний перебіг та особливості ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) у пацієнтів з гострим інфарктом міокарда (ІМ) з елевацією сегмента ST та діастолічною дисфункцією (ДД) у віддалений період (12 місяців).

Матеріал і методи. У дослідження були включенні 80 пацієнтів з ІМ з елевацією сегмента ST (ІМелST), яким було проведено первинне перкутанне коронарне втручання (1-ша група), та 20 пацієнтів з ІМелST, яким не виконували реваскуляризацію міокарда (2-га контрольна група). Аналізували дані проведеної у стаціонарі коронарографії та результати первинного коронарного втручання (ПКВ). Визначали рівень N-кінцевого фрагмента попередника мозкового натрійуретичного пептиду (NT-proBNP); ехокардіографічні

показники діастолічної функції (на 5-ту добу); функціональний клас стенокардії за допомогою велоергометрії; якість життя згідно з шкалою опитувальника SAQ (Seattle Angina Questionnaire); серцево-судинні ускладнення у вигляді повторного гострого ІМ, порушення ритму і провідності; госпіталізацію з приводу нестабільної стенокардії або симптомів серцевої недостатності, раптову смерть при виписці зі стаціонару (21–28 доба). Повторний огляд пацієнтів і вимірювання вище описаних параметрів (окрім коронарографії) проводилося через 12 місяців спостереження.

Результати. Середній рівень NT-proBNP на 5-ту добу і через 12 місяців у пацієнтів 2-ї групи становив відповідно $(1182,6 \pm 280,8)$ і $(609,3 \pm 57,2)$ пг/мл, а у хворих 1-ї групи – $(434,6 \pm 36,3)$ і $(122,8 \pm 4,13)$ пг/мл ($p < 0,001$), що свідчить про статистично значуще менш виражене пізнє ремоделювання ЛШ у пацієнтів з ІМелST, яким проведено реваскуляризацію. Діастолічну функцію оцінювали за такими показниками, як співвідношення раннього і пізнього діастолічного наповнення (Е/А) та час сповільнення раннього трансмітрального потоку (DT). У хворих 1-ї групи Е/А та DT становили відповідно $(0,87 \pm 0,005)$ і $(186 \pm 0,82)$ м/с і через 12 місяців – $(0,76 \pm 0,003)$ і $(198 \pm 0,75)$ м/с; що характеризує зменшення параметрів ДД по типу порушення процесів релаксації ЛШ. Ехокардіографічні параметри діастолічної дисфункції Е/А та DT у хворих 2-ї групи становили відповідно $(1,37 \pm 0,03)$ і $(145,75 \pm 2,91)$ м/с, і через 12 місяців – $(1,49 \pm 0,01)$ і $(135,3 \pm 2,91)$ м/с, що, притаманно для погіршення ДД по рестриктивному типу.

Протягом 12 місяців пацієнти 1-ї групи, згідно зі шкалою SAQ, мали кращу якість життя і вищу толерантність до фізичного навантаження на рівні I–II функціонального класу, визначеного за допомогою велоергометрії у порівнянні з пацієнтами без проведеної реваскуляризації, в яких залишалася досить низька якість життя згідно з SAQ і стенокардія на рівні III–IV ФК.

Висновки. У хворих з ІМелST після проведеного первинного стентування коронарних артерій у віддалений період (12 місяців) спостерігався значно менший рівень NT-proBNP, який є маркером патологічного ремоделювання ЛШ, а також менш виражені прояви ДД, що проявляється кращою толерантністю до фізичного навантаження і поліпшенням якості життя, визначену за опитувальником SAQ і меншою частотою розвитку серцево-судинних ускладнень.

Результати застосування метаболічної терапії при лікуванні ГКС без елевації сегмента ST у жінок

Т.М. Соломенчук, В.В. Процько, О.В. Восух,
Х.М. Хамуляк

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета – вивчити ефективність фіксованої комбінації мельдонію з γ -бутиробетайном (γ -ББ) в складі оптимальної