

ISSN 1608-635X (Print)
ISSN 2664-4479 (Online)



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

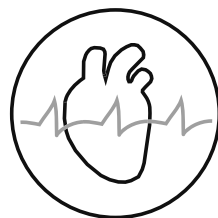
Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(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. Тащук, 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 «Шайер 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

АТ, хоча в порівнянні з аналогічними параметрами у пацієнтів 1-ї групи не виявлено достовірної різниці. У 65 % хворих 2-ї групи виявлено добовий профіль з недостатнім ступенем зниження АТ в нічні години (Non-dipper), у 28 % – стійке підвищення АТ в нічні години (Night-peaker), нормальний ступінь зниження АТ мали 7 % хворих (Dipper). Таким чином, серед хворих на АГ у поєднанні з подагрою достовірно частіше реєструвався профіль Non-dipper порівняно з особами, які страждають на АГ ($p < 0,05$).

Висновки. У пацієнтів з АГ в поєднанні з подагрою реєструється часте та виражене порушення ДД ЛШ, а також достовірно збільшені об'єми та розміри камер лівих відділів серця порівняно з хворими без подагри. У пацієнтів з поєднаною патологією порушення циркадного ритму АТ проявляється, в більшості випадків, недостатнім зниженням АТ в нічні години, що, своєю чергою, виступає додатковим фактором ризику розвитку серцево-судинних ускладнень.

Особливості ремоделювання серця у хворих на артеріальну гіпертензію, коморбідну з гіпотиреозом

Д.А. Лашкул^{1,2}, Ю.В. Гуляш²,
Н.В. Можайська², В.В. Земляний², І.Д. Робота²,
М.А. Лашкул², М.Ю. Григор'єва²

¹ Запорізький державний медичний університет
² КУ «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» ЗОР

Мета – з'ясувати особливості структурно-функціонального ремоделювання серця у хворих на артеріальну гіпертензію, коморбідну з гіпотиреозом.

Матеріал і методи. Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні аритмій Комунальної установи Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань Запорізької обласної ради. В дослідження включено 69 пацієнтів (50 жінок та 19 чоловіків) на артеріальну гіпертензію 2-ї стадії з встановленим діагнозом маніфестного або субклінічного гіпотиреозу. Всім хворим визначали функціональний стан щитоподібної залози (тиреотропний гормон (ТТГ), Т₄ вільний). Виконували електрокардіографію, еходоплеркардіографію, ультразвукове дослідження щитоподібної залози. Вимірювання параметрів міокарда ЛШ виконували відповідно до методики, рекомендованою Американською ехокардіографічною асоціацією. Відносну товщину стінки (ВТС) ЛШ розраховували за формулою А. Гапау: $BVC = (TMSP + T3C) / KDP$. На основі показників відносної товщини стінки ЛШ та індексу маси міокарда ЛШ оцінювали геометричну модель ЛШ відповідно до класифікації А. Гапау. Хворих розподілили на три групи: I – 23 пацієнти з маніфестним гіпотиреозом (середній вік $(64,9 \pm 9,1)$ року); II – 31 пацієнт з субклінічним гіпотиреозом (середній вік $(65,0 \pm 11,1)$ року), III – 15 пацієнтів без порушень функції щитоподібної залози (середній

вік $(58,3 \pm 10,1)$ року). Групи були зіставні за віком, статтю та артеріальним тиском. Статистична обробка проводилася за допомогою пакета статистичних програм Statistica 13.0 (пакет Stat Soft Inc, США, № ліцензії AXXR712 D833214FAN5). Всі дані представлені в вигляді середнього значення (M), стандартного відхилення ($\pm SD$), медіани (Me), міжквартильного інтервалу (МКІ). Гіпотезу про нормальність розподілу досліджуваних показників перевіряли з використанням критерію Шапіро – Уїлка. Для порівняння статистичних характеристик у різних групах використовували множинне порівняння за однофакторним дисперсійним аналізом Крускала – Уолліса (Kruskal-Wallis ANOVA). Для аналізу таблиць спряженості 2x2 при порівнянні категоризованих змінних застосовували χ^2 тест (при малій вибірці з поправкою Йейтса). Відмінності вважали достовірними при значеннях $p < 0,05$.

Результати. Виявлено, що у хворих I групи рівень тиреотропного гормону був статистично вірогідно вище, ніж в II та III групах ($(11,6 \pm 7,6)$ мМО/л проти $(5,7 \pm 1,4)$ мМО/л та $(1,31 \pm 0,5)$ мМО/л відповідно, $p < 0,0001$). При порівнянні даних лабораторних методів встановлено, що у міру підвищення рівня ТТГ знижується рівень швидкості клубочкової фільтрації ($(64,1 \pm 11,5)$ мл/хв/1,73 м² в I групі проти $(70,5 \pm 15,1)$ мл/хв/1,73 м² та $(83,3 \pm 14,0)$ мл/хв/1,73 м² у II та III відповідно, $p < 0,001$). При дослідженні структурно-функціональних показників серця виявлено більш низьку фракцію викиду лівого шлуночка в II групі ($54,7 \pm 13,1$ % проти $63,4 \pm 13,9$ % та $63,8 \pm 4,9$ % у I та III групах відповідно, $p < 0,01$). Більший діаметр лівого передсердя, кінцеводіастолічного розміру, індексу маси міокарда лівого шлуночка у пацієнтів з гіпотиреозом носили тенденційний характер. Встановлено, що в групах з тиреодною дисфункцією домінує тип ремоделювання концентрична гіпертрофія (47,8 % при маніфестному гіпотиреозі та 51,6 % при субклінічному гіпотиреозі), а в групі з нормальною функцією щитоподібної залози переважало концентричне ремоделювання лівого шлуночка (40 %).

Висновки. У хворих на артеріальну гіпертензію, коморбідну з гіпотиреозом, виявлено особливості у вигляді більш низьких значень фракції викиду лівого шлуночка та ремоделювання переважно за типом концентричної гіпертрофії (47,8 % у I та 51,6 % у II групах), що обумовлено впливом тиреодної дисфункції на параметри кардіогемодинаміки та структурно-функціональний стан серця.

Кардіоваскулярний ризик і коморбідність

А.О. Несен, В.Л. Шкапо, І.А. Валентинова

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

Кардіоваскулярні захворювання й коморбідність розглядаються сьогодні як визначальні засади інвалідизації й летальності в більшості світових країн. Досліджено, що наявність будь-якої кардіометаболічної сполученої патоло-