

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

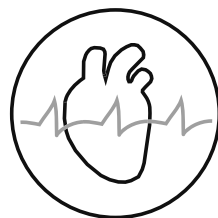
Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(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

Кардіоваскулярні ризики у хворих на подагру з метаболічним синдромом

О.М. Кармазіна, Я.О. Кармазін

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

У загальній популяції спостерігається тенденція до зростання частоти метаболічного синдрому (інсулінорезистентність, гіперінсулінемія, порушення толерантності до глюкози, абдомінально-вісцеральне ожиріння, дисліпідемія, артеріальна гіпертензія), гіперурикемії та подагри. Кожна з цих патологій значно прискорює розвиток та прогресування атеросклерозу, відповідно ураження серцево-судинної системи.

Мета – оцінити ремоделювання міокарда, ліпідний спектр крові, функціональний стан нирок, перебіг подагричного артриту у хворих на подагру з метаболічним синдромом та без нього.

Матеріал і методи. Обстежено 65 хворих з подагричним артритом (середній вік – $(52,5 \pm 6,3)$ року, чоловіки – 86 %, жінки – 14 %). Проводилось антропометричне, клінічне, лабораторне (сечова кислота крові, ліпідограма, С-реактивний протеїн, мікроальбумінурія) та інструментальне (ЕКГ; ЕхоКГ, за даними якої визначали основні показники та тип ремоделювання; УЗД нирок) обстеження.

Результати. У 34 (52 %) хворих на подагру 1-ї групи діагностований метаболічний синдром (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет 2-го типу, порушення толерантності до глюкози, ожиріння 2-го ступеня (індекс маси тіла $(34,53 \pm 4,5)$ кг/м²), сечова кислота крові $(526,54 \pm 17,43)$ ммоль/л). 31 хворий 2-ї групи мали подагру без метаболічного синдрому (сечова кислота $(478,46 \pm 19,2)$ ммоль/л). У 65 % хворих 2-ї групи спостерігалась артеріальна гіпертензія, надмірна маса тіла – у 59 % хворих. За даними ЕхоКГ у всіх хворих 1-ї групи було діагностовано концентричну гіпертрофію лівого шлуночка (індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) $(168,23 \pm 9,13)$ г/м²), у хворих 2-ї групи концентрична гіпертрофія лівого шлуночка (ІММЛШ $(156,85 \pm 7,21)$ г/м²) наявна у 40 %, концентричне ремоделювання лівого шлуночка у 15 % хворих. У хворих 1-ї групи спостерігалась більш виражена діастолічна дисфункція. Прогностично концентрична гіпертрофія лівого шлуночка є найбільш несприятливим варіантом ремоделювання серця. Гіперхолестеринемія та тригліцеридемія були у всіх обстежених, але у хворих 1-ї групи ці порушення були більш вираженими. Мікроальбумінурія частішою була у хворих 1-ї групи (у 55 % хворих 1-ї групи проти 38 % хворих 2-ї групи). Мікролітіаз за даними УЗД нирок спостерігався у 42 % всіх обстежених. Перебіг подагричного артриту (кількість залучених суглобів, тривалість загострення, рівень

С-реактивного протеїну) більш важким був у хворих з метаболічним синдромом. Отримані результати свідчать про високий ризик ураження серцево-судинної системи у хворих на подагру, особливо при поєднанні з компонентами метаболічного синдрому. Гормонально-метаболічні розлади за наявності метаболічного синдрому посилюють порушення метаболізму сечової кислоти, а також її ниркової екскрецію.

Висновки. Отримані результати демонструють більш вираженні ознаки ураження серцево-судинної системи у хворих на подагру у поєднанні з метаболічним синдромом, що потрібно враховувати при лікуванні.

Ефективність SMS-нагадувань пацієнтам для підвищення прихильності до лікування

І.С. Качан, О.І. Миронова, Е.В. Котляревська, О.В. Нікітюк

Запорізький державний медичний університет
Навчально-науковий медичний центр
«Університетська клініка», Запоріжжя

Мета – оцінити доцільність використання SMS-нагадувань (Short Message Service) для підвищення прихильності до виконання рекомендацій, які були отримані при виписці із стаціонару, щодо контролю показників ліпідограми через 3 місяці на тлі лікування статинами.

Матеріал і методи. З період з 2017–2019 рр. SMS-нагадування про необхідність контролю ліпідограми та візиту до лікаря за допомогою сервісу ePochta SMS через 1 та 3 місяці після виписки з кардіологічного відділення отримали 42 пацієнта (27 жінок та 15 чоловіків), яким вперше за показаннями були призначені статини. Всі учасники дослідження дали інформовану згоду на отримання повідомлень на мобільний телефон. Група порівняння – 34 пацієнти, які не отримували SMS-нагадувань. Аналізували виконання рекомендацій: реєстрували кількість пацієнтів, які звернулися до лікаря з результатами призначеного дослідження принаймні протягом 4 місяців після виписки, а також фіксували факт продовження щоденного прийому статинів чи самостійну відмову від них. Динаміку якісних показників оцінювали за відмінністю часток при порівнянні їх довірчих інтервалів (ДІ), які розраховували за методом Wilson.

Результати. Із пацієнтів, які отримали заплановані лікарем SMS-нагадування про необхідність здати кров для оцінки ліпідограми через 3 місяці після виписки з відділення, до лікаря з результатами лабораторного дослідження звернулись 24 обстежених (64,3 %, ДІ 49,4–79,2), а в контрольній

групі – лише 7 (20,6 %, ДІ 6,6–34,6). Значущої відмінності частоти звертання серед жінок і чоловіків в обох групах виявлено не було. Нарікань та відмов від розсилки повідомлень не зареєстровано. Незважаючи на достатній відгук після SMS-нагадування щодо виконання рекомендацій з лабораторного контролю ефективності лікування, прихильність до прийому статинів була низькою (18,4 %, ДІ 10,5–28,0), більшість пацієнтів самостійно відмовилась від препарату протягом 1–2 місяців.

Висновки. SMS-нагадування про необхідність лабораторного контролю ліпідограми серед пацієнтів, яким були рекомендовані статини, є ефективним способом підвищення частоти відгуку та звернення до лікаря, проте прихильність до постійного прийому статинів залишається низькою, що обумовлює доцільність розробки методів оптимізації лікувального комплаєнсу.

Стан жирнокислотного спектра плазми крові у мешканців гірських та рівнинних населених пунктів Закарпатської області залежно від синтропічних захворювань

А.В. Кедик, М.В. Рішко, О.О. Куцин, Н.Є. Коневич

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Проблема надмірної маси тіла та ожиріння є надзвичайно актуальною як у світі в цілому, так і в Україні зокрема, і набуває дедалі більшого резонансу. У 2000 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вперше запропонувала використання терміну «епідемія» для характеристики ситуації з ожирінням, що склалася у світі: визнано, що кількість людей з надмірною масою тіла та ожирінням прогресивно збільшується. На сьогодні кількість досліджень, які б вивчали зміни жирнокислотного та ліпідного спектра плазми крові залежно від висоти проживання та коморбідних захворювань є обмеженою.

Мета – виявити особливості жирнокислотного та ліпідного спектра плазми крові у мешканців рівнинних та гірських населених пунктів Закарпатської області з синтропічними захворюваннями (артеріальною гіпертензією (АГ), ішемічною хворобою серця (ІХС) та/або цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу).

Матеріал і методи. Обстежено 62 мешканці Ужгородського району (середня висота проживання 150–250 м, надалі, група 1) та 54 особи, мешканці с. Видричка Рахівського району Закарпатської області (висота проживання 797 м над рівнем моря, надалі, група 2). У обстежених осіб оцінюва-

лися такі дані: вік, стать, ІМТ, окружність талії, ліпідограма, рівні вищих жирних кислот (ВЖК) плазми крові. Порівнювані групи були статистично однорідними. Середній вік пацієнтів у групі 1 становив (42,39±0,49) року, у групі 2 – (41,93±1,43) року ($p>0,05$). Групи не відрізнялися за статевим складом: частка жінок у групі 1 становила 64,50 %, а у групі 2 – 66,70 % ($p>0,05$). ІМТ обстежених осіб у групі 1 становив (26,81±0,52) кг/м², у групі 2 – (27,22±0,91) кг/м², а обвід талії – (90,37±1,74) та (92±2,46) см у групах 1 та 2 відповідно.

Результати. Гірські мешканці з АГ мали достовірно вищі рівні насичених міристинової та стеаринової ЖК, мононенасиченої пальмітоолеїнової ЖК, ω6 гама-ліноленової та дигомо-гама-ліноленової ЖК. Горяни з ІХС мали вищі рівні двох насичених ЖК (міристинової та стеаринової), та трьох ω6 ПНЖК (гама-ліноленової, дигомогамаліноленової та арахідонової ЖК), в той же час у них виявляли знижений рівень ω3-докозогексаєнової ЖК, а рівень іншої важливої ω3-ейкозопентаєнової ЖК статистично не відрізнявся ((16,5±1,6) мкг/мл проти (14,1±1,3) мкг/мл, $p>0,05$). Найбільш виражені відмінності щодо рівнів ω3-докозогексаєнової ЖК виявлялися у підгрупі осіб з ІМТ > 30 кг/м² ((33,6±2,5) проти (65,4±2,8) мкг/мл, $p<0,01$), менш виражені – у осіб з надмірною вагою ((41,5±2,7) проти (58,1±3,0) мкг/мл, $p<0,05$) та з нормальним ІМТ ((40,1±2,2) проти (57,5±2,4) мкг/мл, $p<0,05$). У гірських мешканців з нормальною вагою та ІХС спостерігався вищий рівень ω3-ейкозопентаєнової ЖК ((18,7±1,4) мкг/мл проти (13,1±1,1) мкг/мл, $p<0,05$) на протипагу до тенденції, характерної для загальних груп пацієнтів. Серед обстежених осіб з гірського населеного пункту з ЦД виявлено вищі рівні насичених міристинової та стеаринової ЖК, вищі рівні гама-ліноленової, андренової та арахідонової ω6 ПНЖК, в той же час достовірно нижчий рівень ω3-докозогексаєнової ЖК та статистично незначну різницю щодо рівня ейкозопентаєнової ЖК ((18,4±1,8) мкг/мл проти (15,7±1,4) мкг/мл, $p>0,05$). Тенденція щодо нижчих рівнів ω3-докозогексаєнової ЖК виявлялася як у підгрупі осіб з ЦД 2-го типу та ожирінням ((42,7±2,2) проти (63,0±3,3) мкг/мл, $p<0,01$), так і серед осіб з ЦД 2-го типу та надмірною масою тіла ((38,8±2,0) проти (60,1±3,2) мкг/мл, $p<0,05$).

Висновки. Вищі рівні усіх насичених ЖК та трьох ω6 ПНЖК (гама-ліноленової, дигомо-гама-ліноленової та арахідонової) фіксувалися в осіб з гірських населених пунктів з ІХС незалежно від трофологічного статусу, ці ж самі відмінності виявлялися і серед пацієнтів з ЦД. Як серед горян з ЦД та ожирінням, так і серед гірських мешканців з ЦД та надмірною масою тіла виявлялися нижчі рівні ω3-докозагексаєнової ЖК.