

# Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

## Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 22–25 вересня 2020 р.)

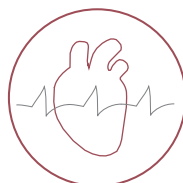
- гострий інфаркт міокарда
- дисліпідемії
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- інтервенційна кардіологія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія та реабілітація
- кардіо-онкологія
- медико-соціальні аспекти кардіології

Том Додаток

27

2

2020



[www.ucardioj.com.ua](http://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

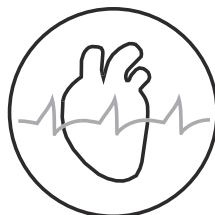
### Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

(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](http://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

щенням госпітальної летальності до 15 %, кардіогенний шок – до 80 %.

**Мета** – визначити частоту виникнення ГСН Killip III–IV у пацієнтів ГІМ, оцінити динаміку показника протягом 15 років.

**Матеріали і методи.** Проведено ретроспективний аналіз 7563 історій хвороб пацієнтів, котрі лікувались в спеціалізованому кардіологічному відділенні з приводу ГІМ протягом 2005–2019 рр., серед них 4310 (57 %) чоловіків та 3253 (43 %) жінок. Середній вік пацієнтів – (65,8±1,2) року.

**Результати.** Встановлено, що серед усіх пацієнтів із ГІМ 996 (13,2%) осіб мали ГСН Killip III–IV. Пацієнтів із ГІМ, яких виписали із стаціонару, було 6733 (89 %), серед них 3837 (56,9 %) чоловіків та 2896 (43,1 %) жінок. Померло 830 пацієнтів (11 %), з них 473 (57 %) чоловіків та 357 (43 %) жінок. Встановлено, що пацієнти, які померли, були старшого віку (58,8 % осіб понад 70 років проти 50,9 % в групі пацієнтів, що були виписані,  $p<0,001$ ), частіше із супутнім цукровим діабетом (10,8 % проти 2 %,  $p<0,001$ ), порушеннями серцевого ритму (12,9 % проти 3,4 %,  $p<0,001$ ). Серед померлих пацієнтів 405 (48,8 %) мали ознаки ГСН, тоді як в іншій групі – 591 (8,8 %),  $p<0,001$ . Частота виникнення ГСН у пацієнтів з ГІМ не мала чіткої динаміки протягом 15 років. Загалом серед усіх 996 осіб із ГСН було 369 (37 %) випадків госпітальної летальності. В 2005 році було проліковано 35 пацієнтів із ГІМ, ускладненим ГСН, серед них 18 (51,4 %) летальних випадків, в 2006 – 59 осіб, 52,5 % летальних випадків, в 2007 – 67 пацієнтів та 38,8 % відповідно, в 2008 – 65 та 43,1 %, в 2009 – 61 та 40,9 %, в 2010 – 68 та 26,5 %, в 2011 – 55 та 40 %, в 2012 – 49 та 40,8 %, в 2013 – 77 та 31,1 %, в 2014 – 67 та 46,3 %, в 2015 – 73 та 45,2 %, в 2016 – 91 та 47,2 %, в 2017 – 94 та 38,3 %, в 2018 – 88 та 30,7 %, в 2019 – 47 та 48,9 % відповідно.

**Висновки.** Серед пацієнтів із ГІМ 13,2 % мають ускладнення – ГСН за Killip III–IV. Наявність цього класу ГСН асоційована із зростанням рівня госпітальної летальності до 37 % порівняно із рівнем летальності 7 % серед пацієнтів із ГІМ, котрі не мали ознак ГСН за Killip III–IV.

### Прогностичний вплив скоротливої здатності міокарда у хворих на хронічну серцеву недостатність зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка із надлишковою масою тіла та ожирінням

В.З. Нетяженко<sup>1</sup>, П.П. Бідзіля<sup>2</sup>, В.Г. Каджарян<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

<sup>2</sup> Запорізький державний медичний університет

**Мета** – вивчити прогностичний вплив скоротливої здатності міокарда у хворих на хронічну серцеву недо-

статність зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ХСНзбФВЛШ) із надлишковою масою тіла (НМТ) та ожирінням, за оцінкою поширеності та ризику настання несприятливих серцево-судинних подій (ССП) впродовж п'ятирічного періоду спостереження.

**Матеріали і методи.** Було обстежено 248 хворих на ХСНзбФВЛШ II–III функціонального класу (за класифікацією NYHA), які мали НМТ та абдомінальне ожиріння I–III ступеня. Етіологічними чинниками ХСНзбФВЛШ були хронічні форми ішемічної хвороби серця (193 хворих (77,8 %)) та есенціальна артеріальна гіпертензія (55 хворих (22,2 %)). Досліджувані проходили стаціонарне лікування в терапевтичному, кардіологічному та ендокринологічному відділеннях міської лікарні № 4 м. Запоріжжя, що є клінічною базою кафедри внутрішніх хвороб 1 та симуляційної медицини Запорізького державного медичного університету. Враховуючи сучасні погляди науковців і клініцистів стосовно градації скоротливої здатності ЛШ при ХСНзбФВЛШ, які полягають у її розподілу на проміжну (помірно знижену) (ФВ ЛШ 40–49 %) та нормальну (ФВ ЛШ  $\geq 50$  %) досліджувані були поділені на дві групи. До першої увійшли 129 хворих із проміжними значеннями ФВ ЛШ (середнє значення (44,0±2,95) %), віком (67,1±10,9) років, 66 жінок (51,2 %) та 33 чоловіки (48,8 %). Другу групу становили 119 пацієнтів, які мали нормальну ФВ ЛШ (середнє значення (54,30±4,72) %), у віці (62,8±11,2) років, 80 жінок (67,2 %) та 39 чоловіків (32,8 %). ФВ ЛШ визначалась за методикою Сімпсона. За допомогою ліцензійного пакету статистичних програм Statistica 6.0 визначали  $\chi^2$ , розраховували відношення ризиків (HR), методом Каплана–Мейєра аналізували виживаність внаслідок ССП, які включали кумулятивну кінцеву точку (ККТ), серцево-судинну смерть (ССС) та повторну госпіталізацію внаслідок декомпенсації ХСНзбФВЛШ впродовж п'ятирічного спостереження.

**Результати.** Вивчення поширеності несприятливих ССП у хворих на ХСНзбФВЛШ з НМТ та ожирінням з урахуванням скоротливої здатності ЛШ дозволило констатувати, що впродовж п'ятирічного періоду спостереження за проміжною (помірно зниженою) ФВ ЛШ частіше визначались розвиток ККТ (на 33,7 %;  $\chi^2=30,1$ ;  $p<0,001$ ), ССС (на 36,8 %;  $\chi^2=37,2$ ;  $p<0,001$ ) та повторної госпіталізації внаслідок декомпенсації захворювання (на 27,1 %;  $\chi^2=18,3$ ;  $p<0,001$ ). Водночас при ХСНзбФВЛШ із НМТ та ожирінням на тлі проміжної ФВ ЛШ зростав ризик розвитку ККТ (HR 2,34; 95 % ДІ 1,73–3,29;  $p<0,001$ ), настання ССС (HR 4,65; 95 % ДІ 2,71–6,44;  $p<0,001$ ) та повторної госпіталізації (HR 2,23; 95 % ДІ 1,61–3,22;  $p<0,001$ ).

**Висновки.** Таким чином найбільш прогностично несприятливий перебіг ХСНзбФВЛШ при НМТ та ожирінні має місце у хворих з проміжною (помірно зниженою) ФВ ЛШ, що виявляється поширенням та зростанням ризику розвитку несприятливих ССП. Отримані дані засвідчують необхідність урахування різних спектрів

скоротливої здатності ЛШ при ХСНзбФВЛШ з метою подальшої розробки диференційних методів терапевтичного впливу та прогнозування захворювання.

### **Дигіталізація в кардіології: роль ЕКГ-маркерів за кардіоцитопротекції**

М.В. Тащук, О.В. Маліневська-Білійчук,  
П.Р. Іванчук, О.М. Гінгуляк, В.К. Тащук

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»,  
Чернівці

Дигіталізація в кардіології сприяє пришвидшенню трансформації системи охорони здоров'я для забезпечення надання прогнозованих, превентивних, персоналізованих медичних послуг та може допомогти лікарю на етапі діагностики та при виборі доцільного вектора лікування, оцінити його ефективність.

Провідним методом дослідження в кардіології лишається електрокардіографія, яка є обов'язковою процедурою в процесі діагностики та лікування багатьох кардіологічних патологій, а першочерговою задачею є формування інноваційних технологій для зберігання та її аналізу.

За допомогою власного програмного забезпечення «Смарт-ЕКГ» можна оцінити ефективність застосування метаболічних препаратів, що мають антигіпоксичну, мембраностабілізуючу, антиоксидантну дію, та використовуються для лікування стабільної стенокардії з оцінкою можливості їх призначення на етапі реабілітації. L-аргініну аспарагінат досліджується, як препарат другої лінії для лікування стабільної стенокардії, комбінований препарат L-аргініну та L-карнітину розглядається для лікування ішемічної хвороби серця та станів після перенесеного інфаркту міокарда, бісопролол та метопролол – найбільш часто використовувані бета-блокатори в країнах Європи, що мають антиішемічну дію, дія аміодарону пов'язана в тому числі зі зниженням частоти стенокардитичних нападів, а отже вищезазначені препарати цікаві для аналізу їх ефективності за допомогою програмного забезпечення «Смарт-ЕКГ».

**Матеріали і методи.** Проведені дослідження із залученням 46 пацієнтів з діагнозом стабільна стенокардія напруження II функціональний клас, що отримували лікування відповідно до уніфікованих протоколів МОЗ України, з подальшою оцінкою ефектів кардіопротективної терапії за використання препаратів L-аргінін або комбінований препарат L-аргініну та L-карнітину порівняно з бісопрололом та аміодароном свідчили про доцільність та ефективність застосування кількісної оцінки ЕКГ за її цифрової обробки (дигіталізації) у практиці лікаря-кардіолога, в тому числі використовуючи власне програмне забезпечення «Смарт-ЕКГ».

**Результати.** Після мультивекторного аналізу ефектів від застосування вищеперахованих препаратів визна-

чено, що L-аргінін або комбінований препарат L-аргініну та L-карнітину збільшували показник SDNN ( $p < 0,05$ ), що асоціюється зі зниженням ризику подій при стабільній стенокардії, активацію парасимпатичного контуру визначало спрямування RMSSD і pNN50, що обумовлювало доцільність застосування на етапі реабілітації кардіологічних хворих. Косовисхідна депресія сегмента ST за використання L-аргініну зменшує ризик перебігу ішемічної хвороби серця, а аналогічна динаміка інволюції дисперсії інтервалу QT, що вказує на певний антиішемічний ефект терапії. Збільшення показника SDNN також фіксувалися при застосуванні бісопрололу та аміодарону, що вказує на можливий вплив на зменшення ризику серцево-судинної смерті. Аміодарон сприяв активації парасимпатичного контура. Приріст показника SDNN є вищим для бісопрололу в зіставленні з аміодароном, що вказує на позитивний ефект від реалізації даної терапії, оскільки зниження показника SDNN є ризик-фактором несприятливих подій.

**Висновки.** Відповідно до проведених досліджень, вище зазначені препарати, які використовуються для лікування ІХС, позитивно впливають на ЕКГ-маркери, що піддаються аналізу в програмі «Смарт-ЕКГ», а саме SDNN, дисперсія інтервалу QT, оптимізація «ST-slope», а отже є виправданими для використання пацієнтами зі стабільною стенокардією та на етапі реабілітації.

### **Маркери, що можуть бути використані для оцінки необхідності госпіталізації у пацієнтів похилого віку з хронічною серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду в амбулаторних умовах**

О.О. Ханюков, О.В. Смольянова

ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства  
охорони здоров'я України», Дніпро

**Мета** – за даними літературного пошуку визначити маркери, що можуть бути використані для створення шкали для оцінки необхідності госпіталізації пацієнта похилого віку з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) зі збереженою фракцією викиду.

**Матеріали і методи.** Було проведено пошук на сайті PubMed у базі Medline за термінами MeSH «серцева недостатність», «летальність», «госпіталізація», з виключенням «інфаркт міокарда», «фібриляція передсердь» з активацією фільтрів «люди», «вік 65+», «наявність абстракту на англійській мові» за період з 1965 по червень 2020 року (включаючи preprint).

**Результати.** Під час пошуку серед первинних літературних джерел було знайдено 7290 статей. Після огляду заголовків було залишено для аналізу 492 статті. Було