

# Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

## Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 22–25 вересня 2020 р.)

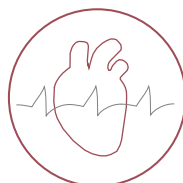
- гострий інфаркт міокарда
- дисліпідемії
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- інтервенційна кардіологія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія 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

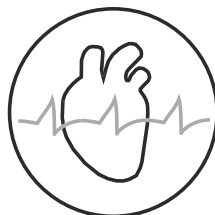
### Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

(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

**АВВОТТ**  
(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

(62,0±3,5) мм рт. ст., а частота серцевих скорочень (ЧСС) – 76,6±2,2 за 1 хв. ШАМ достовірно асоціювалося з обома індексами (правий та лівий CAVI (R=0,698; P=0,012 і R=0,683; P=0,014 відповідно). ГПШ достовірно корелював як з E/A, так і з E/e' (R=0,716; P=0,006 і R=0,764; P=0,002 відповідно). Ea достовірно асоціювався з ТКІМ (R=0,491; P=0,24), загальним холестериним (R=0,499; P=0,07), рівнем ліпопротеїдів низької щільності (R=0,687; P=0,001), ШППХе корелювала майже з тими ж самими показниками (R=0,248; P=0,001 для кореляції з ТКІМ, R=0,382; P=0,01 для кореляції з ліпопротеїдами низької щільності). Ees достовірно асоціювався E/A (R=0,159; P=0,007); E/e' (R=0,130; P=0,029), кінцевим діастолічним об'ємом (R=0,644; P<0,001) та з кількістю лімфоцитів у загальному аналізі крові (R=0,678; P=0,001).

**Висновки.** Ми виявили, що ШАМ достовірно асоціювалася із еластичністю артерій (CAVI), але ми не виявили кореляції із CAVI для жодного з її компонентів (Ea або Ees). Артеріальний еластанс (Ea) корелював із тими ж самими показниками, що і жорсткість крупних артерій, визначена за допомогою валідованої методики (ШППХе). Натомість жорсткість ЛШ (Ees) достовірно асоціювалася із основними показниками діастолічної функції ЛШ. Усі ці параметри можуть відігравати провідну роль у клінічній оцінці жорсткості ЛШ.

### **Оцінка якості життя у хворих на гіпертонічну хворобу у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень**

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

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти  
МОЗ України»

**Мета** – вивчення особливостей зміни якості життя (ЯЖ) у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

**Матеріали і методи.** Обстежено 43 пацієнти (22 чоловіка і 21 жінка) з ГХ II стадії, артеріальною гіпертензією (АГ) 1-го (45 % пацієнтів) та 2-го ступеня (55 % пацієнтів), середній вік яких був (61,5±2,4) року у поєднанні з ХОЗЛ I (17 % хворих), II (33 % хворих) та III стадії (50 % хворих). Діагностика ХОЗЛ здійснювалася відповідно до критеріїв GOLD 2019 р. Тривалість ГХ становила (9,5±1,4) років, ХОЗЛ – (7,6±1,1) років. До двох груп порівняння увійшли 30 пацієнтів з ГХ та 45 пацієнтів з ХОЗЛ. Дослідження ЯЖ проводилося методом самоанкетування з використанням неспецифічного опитувальника MOS SF-36. На підставі результатів анкетування за опитувальником MOS SF-36 проводився розрахунок

п'яти показників, що характеризують фізичний статус пацієнта (фізична активність – ФА, роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності – РФ, біль – Б, загальне здоров'я – ЗЗ, життєздатність – ЖЗ), і п'яти параметрів, що відображають його психосоціальний статус (роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності – РЕ, соціальна активність – СА, психічне здоров'я – ПЗ, загальне здоров'я – ЗЗ і життєздатність – ЖЗ). Два останніх показника визначаються як фізичним, так і психічним статусом людини. SF-36 дозволяє оцінювати ЯЖ за 100-бальною шкалою. Такі шкали як ФА, ЗЗ, ЖЗ, ПЗ, СА оцінюються як «прямі»: чим вище значення, тим краще ЯЖ пацієнта. Шкали РФ, Б, РЕ оцінюються як «зворотні» критерії: чим вище значення, тим менш виражений його вплив на ЯЖ пацієнта.

**Результати.** При оцінці зв'язку між ЯЖ, показниками артеріального тиску та параметрами легеневої вентиляції, як більш об'єктивними показниками для діагностики та оцінки тяжкості ХОЗЛ, було встановлено, що в залежності від рівня артеріального тиску та вираженості порушення функції зовнішнього дихання прямо пропорційно знижувалися показники ЯЖ, як фізичного, так і психосоціального статусу. Виняток становила шкала соціальної активності, яка у пацієнтів з помірними і вираженими обструктивними порушеннями легеневої вентиляції була на одному рівні, що, ймовірно, обумовлено проявом турботи та уваги з боку близьких пацієнтів з важким перебігом хвороби. Виявлено позитивний кореляційний зв'язок рівня систолічного та діастолічного артеріального тиску, ОФВ1 з ФА і РФ, що вказує на погіршення фізичного функціонування з наростанням стадії ХОЗЛ. При вивченні ЯЖ у пацієнтів з ХОЗЛ, АГ і поєднаною патологією відзначено, що показники ЯЖ за всіма шкалами знижені у всіх пацієнтів, але більшою мірою у пацієнтів з ГХ у поєднанні з ХОЗЛ, ніж у пацієнтів з ізольованою патологією. Отже, коморбідність – значний фактор, який знижує ЯЖ пацієнтів. Виявлено значне зниження ЯЖ за шкалами РФ, РЕ і СА у всіх пацієнтів, і це показує великий негативний вплив АГ і ХОЗЛ на рольове фізичне функціонування, соціальне функціонування і рольове емоційне функціонування. ЯЖ за шкалами ЗЗ і ЖЗ також були досить скорочені, що доводить досить значний вплив АГ і ХОЗЛ на загальний стан здоров'я і показник життєздатності. «Стаж захворювання» більшою мірою впливав на показники фізичної активності (ФА і РФ) і психічний статус (РЕ і ПЗ), викликаючи обмеження їх функціонування, знижуючи оцінку «загального здоров'я» та «життєздатності».

**Висновки.** Коморбідна патологія (ГХ у поєднанні з ХОЗЛ) має негативний вплив як на фізичний, так і на психосоціальний статус пацієнтів, що значно знижує ЯЖ. ЯЖ у пацієнтів з ГХ у поєднанні з ХОЗЛ низька і залежить від ступеня АГ, вираженості порушень легеневої вентиляції і «стажу хвороби».