

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

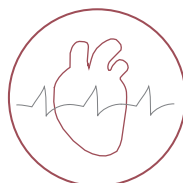
(Київ, 22–25 вересня 2020 р.)

- 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



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

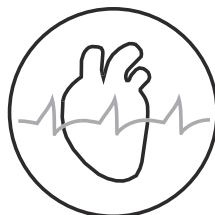
Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

(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

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

йшли у «терапевтичне вікно» для проведення реперфузійної терапії та отримали стандартне медикаментозне лікування. Хворим проведено ЕКГ, коронароангіографію, трансторакальну ехокардіоскопію, лабораторне обстеження. Статистичну обробку виконано за допомогою пакета програм Statistica 10.0 (StatSoft, Inc., США). Оцінку достовірності розподілення якісних бінарних ознак проведено із застосуванням критерію Хі-квадрат. Наявність відмінностей між двома незалежними кількісними змінними оцінювали, використовуючи U-критерій Манна – Уїтні. Для виявлення відмінностей між групами по виділенім якісним градаціям будь-якої ознаки застосовували двосторонній варіант точного критерію Фішера. Аналіз кореляційного зв'язку проводився за методом Спірмена. Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$.

Результати. У хворих 1-ї групи порівняно з хворими 3-ї групи достовірно меншими були кінцевосистолічний розмір – на 5,73 % ($p=0,0471$) та індекс маси міокарда лівого шлуночка (ЛШ) – на 10,06 % ($p=0,0076$); порівняно з 2-ю групою виявлено більш високу швидкість току крові через клапан легеневої артерії (ЛА) – на 18,18 % ($p=0,000034$) та трансортального потоку – на 25 % ($p=0,002$), порівняно з хворими 3-ї та 2-ї груп відзначено достовірно вищий градієнт тиску на аортальному клапані – на 55,17 % ($p=0,021$) та 39,65 % ($p=0,003$), вищу швидкість транстрикуспіального потоку – на 18,86 % ($p=0,038$) та 15,09 % ($p=0,008$), нижчий середній тиск у ЛА – на 21,97 % ($p=0,035$) та 20,5 % ($p=0,029$) відповідно. Серед пацієнтів 1-ї групи достовірно рідше визначали легеневу гіпертензію порівняно з 2-ю групою – на 17,72 % ($p=0,028$), формування зон дискінезу ЛШ – на 19,46 % ($p=0,027$) порівняно з 3-ю групою та гіпокінезу – на 26,15 % ($p=0,0293$) порівняно з 2-ю групою, формування систолічної дисфункції ЛШ порівняно з хворими 2-ї групи на 1,99 % ($p=0,0135$). В групі 2 відзначено достовірно вищий показник кількості лейкоцитів порівняно з групами 1 та 3 (на 35,98 %, $p=0,001$, та 25,23 %, $p=0,01$ відповідно). У пацієнтів групи 2 гіпертермія відзначалась частіше на 43,6 % ($p=0,0001$) порівняно з 1-ю групою та на 36,4 % ($p=0,0193$) – порівняно з 2-ю групою. Серед пацієнтів 2-ї групи порівняно з 1-ю та 3-ю групами спостерігалась тенденція до переважання частоти виникнення фібриляції шлуночків на 6,06 % ($p > 0,05$) та на 6,1 % ($p > 0,05$) відповідно та достовірно більша частота екстрасистолічної аритмії – на 24,24 % ($p=0,0005$) та на 24,2 % ($p=0,0133$) відповідно. Гостра лівошлуночкова недостатність у групі 2 виникала рідше, ніж у групі 1 та 3 (на 24,34 %, $p=0,0067$, та на 32,04 %, $p=0,0049$ відповідно).

Висновки. У хворих після ПКВ структурно-функціональні зміни серця характеризуються меншою дилатацією та індексом маси міокарда ЛШ, кращими показниками внутрішньосерцевої гемодинаміки, локальної та глобальної систолічної функції, післянавантаження ЛШ. Госпітальний період супроводжувався менш вираженими ознаками системного запалення. Реперфузійний синдром у групі ПКВ частіше проявлявся у вигляді гострої ліво-

шлуночкової недостатності, на відміну від групи з тромболітичною терапією, де частіше виникає екстрасистолічна аритмія. У пацієнтів, яким не була проведена реперфузійна терапія, частіше формуються такі незворотні зміни, як аневризма ЛШ.

Хронобіологічні аспекти гострого коронарного синдрому зі стійкою елевацією сегмента ST

Д.А. Лашкул¹, А. Амро¹, О.О. Гойденко², С.В. Олешко³, Д.В. Єльников³, К.О. Баранов³

¹ Запорізький державний медичний університет

² Медичний центр КардіоNOVA, Запоріжжя

³ КНП «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» ЗОР

Мета – вивчити добовий розподіл частоти виникнення гострого коронарного синдрому зі стійкою елевацією сегмента ST у зимовий період (грудень – січень).

Матеріали і методи. Проведений ретроспективний аналіз історій хвороби пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні у Комунальному Неприбутковому Підприємстві «Обласний медичний центр серцево-судинних захворювань» Запорізької обласної ради. В дослідження включено 79 пацієнтів (59 чоловіків), середній вік – $(62,6 \pm 10,9)$ року, що були шпиталізовані з діагнозом: гострий коронарний синдром зі стійкою елевацією сегмента ST. Проаналізовано добовий, віковий, статевий розподіл виникнення гострого коронарного синдрому зі стійкою елевацією сегмента ST у зимовий період. Статистична обробка проводилася за допомогою пакета статистичних програм Statistica 13.0 (пакет Stat Soft Inc, США, № ліцензії AXXR712D833214FAN5). 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 2×2 при порівнянні категоризованих змінних застосовували χ^2 тест (при малій вибірці з поправкою Йейтса). Відмінності вважали достовірними при значеннях $p < 0,05$.

Результати. Встановлено, що у зимовий період (грудень, січень) розвиток гострого коронарного синдрому зі стійкою елевацією сегмента ST переважно випадає на години від 00.00 до 11.59 (62 % пацієнтів). Так, до першої групи від 00.00 до 05.59 години включено 25 пацієнтів, до другої групи від 06.00 до 11.59 годин – 24 пацієнти, до третьої групи від 12.00 до 17.59 годин – 14 пацієнтів, до четвертої групи від 18.00 до 23.59 годин – 8 пацієнтів. У віці до 60 років розподіл був таким: до першої групи 8

(30,7 %), до другої 8 (30,7 %), до третьої 8 (30,7 %) і до четвертої 2 (7,7 %) пацієнти. У віці старше 60 років: перша група 19 (35,8 %), друга 19 (35,8 %), третя 8 (15,1 %), четверта 7 (13,2 %) пацієнтів. Найчастіше пацієнти звертались по допомогу у четвер (18,9 %) та суботу (17,7 %), найрідше – у неділю (5,1 %). Виявлена достовірна різниця у часі від початку симптомів до госпіталізації: перша група 285 [40; 354] хвилин, друга 169 [115; 360] хвилин, третя 210 [132; 685] хвилин, четверта 274 [165; 990] хвилин ($p < 0,05$). Окремо проаналізовано час від госпіталізації до початку процедури перкутанного коронарного втручання: перша група 90 [30; 333] хв, друга 75 [60; 220] хв, третя 113 [51; 1000] хв, четверта 80 [30; 105] хв ($p > 0,05$).

Висновки. Циркадний ритм розвитку гострого коронарного синдрому зі стійкою елевацією сегмента ST у зимовий період має свої години ризику у проміжку між 00.00 до 11.59 годин, на які припадає 62 % звернень. Залишаються незадовільним час від початку розвитку симптомів до госпіталізації у першій (00.00–05.59) та четвертій (18.00–23.59) часових групах. А найменша частота госпіталізації у неділю може бути пов'язана з певними психологічними характеристиками, що потребує подальшої просвітницької роботи серед населення з метою поінформування про необхідність вчасного звернення до лікаря незалежно від часу доби та дня тижня.

Інтраміокардіальна геморагія у хворих на STEMI: фактори ризику, значення для розвитку післяінфарктної дисфункції та дилатації лівого шлуночка серця

О.М. Пархоменко, Я.М. Лутай, Є.Б. Єршова,
О.І. Іркін, А.О. Степура

ДУ «ННЦ "Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска" НАМН України», Київ

Мета – визначити поширеність та основні чинники розвитку інтраміокардіальної геморагії (ІМГ) у своєчасно ревааскуляризованих хворих із STEMI, а також оцінити її значення для розвитку післяінфарктної дилатації та дисфункції лівого шлуночка (ЛШ).

Матеріали і методи. Обстежено 24 пацієнтів з першим STEMI передньої локалізації, яких госпіталізували в перші 6 год (у середньому $2,8 \pm 1,4$ год) від розвитку захворювання. Наявність ІМГ оцінювали методом магнітно-резонансної томографії (МРТ) з гадолінієвим контрастуванням на 3-тю–4-ту добу ГІМ. Ехокардіографічне дослідження виконували на 1-шу, 10-ту та 90-ту добу ГІМ, пробу з потікзалежною вазодилатацією – на 1-шу добу ГІМ. Оцінку динаміки формування зони некрозу міокарда проводили на підставі серійного визначення активності МВ-фракції креатинфосфокинази

(МВ-КФК) у сироватці крові з розрахунком площі під кривою рівня МВ-КФК від часу (AUC) методом трапецій.

Результати. Більше третини (37,5 %) пацієнтів зі STEMI передньої локалізації, яким була проведена первинна перкутанна транслюмінальна коронарна ангіопластика (ПТКА), мали ознаки ІМГ. Геморагічна трансформація частіше виявлялася у хворих, яким на догоспітальному етапі призначали еноксапарин (відносний ризик (ВР) 3,75; 95 % довірчий інтервал (ДІ) 1,47–9,56), рідше – у пацієнтів із багатосудинним ураженням коронарних артерій (ВР 0,21; 95 % ДІ 0,03–1,00). Відзначено тенденцію до частішого виявлення ІМГ у хворих із дисфункцією ендотелію. Приріст діаметра плечової артерії $\leq 4,9$ % при проведенні проби з потікзалежною вазодилатацією свідчив про схильність до розвитку ІМГ (ВР 3,5; 95 % ДІ 0,9–13,5). Наявність ІМГ асоціювалася з більшою масою некротизованого міокарда, частішим розвитком післяінфарктної дилатації (ВР 5,0; 95 % ДІ 1,3–19,7) та дисфункції ЛШ. Додавання до стандартної терапії ГІМ внутрішньовенної форми кверцетину супроводжувалося зниженням імовірності геморагічної трансформації інфаркту міокарда (ВР 0,21; 95 % ДІ 0,03–1,00).

Висновки. Предикторами розвитку ІМГ після первинної ПТКА у хворих на ГІМ зі стійким підйомом сегмента ST були догоспітальне введення еноксапарину на тлі подвійної антитромбоцитарної терапії та ендотеліальна дисфункція, тоді як при багатосудинному (≥ 3) ураженні коронарних артерій ІМГ реєстрували значно рідше. Наявність ІМГ асоціювалася з більшою масою некротизованого міокарда та частішим розвитком післяінфарктної дилатації та дисфункції ЛШ.

Ведення пацієнтів з гострим коронарним синдромом при гіперкаліємії на фоні супутньої хронічної хвороби нирок

Л.О. М'якінькова¹, Ю.В. Тесленко¹,
Д.Д. Баклицький²

¹ Українська медична стоматологічна академія, Полтава
² КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради»

У пацієнтів з гострим коронарним синдромом (ГКС) шлуночкові порушення ритму (ШПР), що виникають внаслідок гострої ішемії міокарда, порушень гемодинаміки та електричної нестабільності міокарда зустрічаються досить часто та потребують ретельної діагностики з підбором методу лікування, орієнтованого на конкретний клінічний випадок. Поряд з цим слід відзначити, що у пацієнтів з супутньою хронічною хворобою нирок (ХХН) різної етіології, а саме діабетичної, гіпертензивної, ренальної, виникають електролітні порушення. Розвитку гіперкаліємії (ГКЕ) сприяє зниження швидко-