



Національна академія медичних наук України

Всеукраїнська асоціація кардіологів України

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології,
клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска
Національної академії медичних наук України"»

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXIII Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 20–23 вересня 2022 р.)

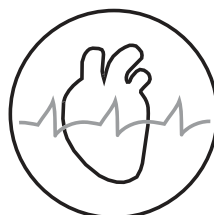
Головний редактор: О.М. Пархоменко

Наукова редакція випуску: Л.Г. Воронков, С.М. Кожухов, М.І. Лутай,
О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов,
Ю.М. Сіренко, М.Ю. Соколов, Т.В. Талаєва, В.О. Шумаков

Том
29

Додаток
1

2022



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2022

Зміст

ТЕЗИ НАУКОВИХ ДОПОВІДЕЙ

Стабільна ішемічна хвороба серця	4
Інтервенційна кардіологія	17
Гострий коронарний синдром та невідкладні стани	23
Інфаркт міокарда та відновлювальне лікування	41
Аритмії серця	48
Артеріальна гіпертензія	65
Кардіометаболічний ризик	86
Серцева недостатність	97
Некоронарогенні захворювання серця	111
Легенева гіпертензія	123
Алфавітний покажчик авторів тез	126

Діастолічна функція лівого шлуночка в пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця та хронічним обструктивним захворюванням легень

О.В. Князева, А.О. Тамамшева

Дніпровський державний медичний університет, Кривий Ріг

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією з провідних причин формування хронічної серцевої недостатності (ХСН). Частота виявлення супутнього хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) у пацієнтів з ІХС становить, за різними даними, 10–37 %, а поширеність ХОЗЛ серед пацієнтів з ХСН досягає 20–32 %. Тож актуальним є визначення механізмів формування ХСН при поєднанні ІХС та ХОЗЛ.

Мета – визначити стан діастолічної функції (ДФ) лівого шлуночка (ЛШ) у пацієнтів з поєднанням стабільної ІХС та ХОЗЛ.

Матеріали і методи. Обстежені 108 чоловіків зі стабільною ІХС в поєднанні з ХОЗЛ середнім віком 61,5 (58; 67) роки (група 1). В групі порівняння увійшли обстежені 30 чоловіків зі стабільною ІХС (група 2) та 30 чоловіків з ХОЗЛ (група 3), зіставні за віком. До групи контролю включили 30 чоловіків без ІХС та хвороб органів дихання. Діагностику ІХС проводили згідно з наказом МОЗ України № 2857 від 23.12.2021 р., з урахуванням рекомендацій ЄКТ 2019 р. Діагностику ХОЗЛ проводили відповідно до Адаптованої клінічної настанови «Хронічне обструктивне захворювання легень» НАМН України 2020 р. з урахуванням рекомендацій GOLD 2021. Всім пацієнтам проводили клінічне обстеження, ЕКГ, спірометрію, ехокардіографію (ЕхоКГ) та доплер-ЕхоКГ з визначенням показників діастолічного трансмітрального потоку, тканинну доплерографію з визначенням показників е' септальний (е'септ) та латеральний (е'лат), середнє відношення Е/е'. Статистичний аналіз результатів проведено за допомогою програми STATISTICA 6.1, серійний № AGAR909E415822FA. Кількісні ознаки представлені у вигляді медіани з міжквартильним діапазоном (Ме (25; 75 %)). Множинні порівняння проводили за однофакторним дисперсійним аналізом Краскела – Уолліса. За достовірні відмінності приймали величину $p < 0,05$.

Результати. У пацієнтів групи 1 показник Е/А становив 0,81 (0,68; 0,90). Достовірної різниці з групою 2 не виявлено (0,70 (0,60; 1,00), $p_{1-2} > 0,05$), проте він був достовірно меншим, ніж у групі 3 (1,1 (0,82; 1,4), $p_{1-3} < 0,05$) та групі контролю (1,1 (0,96; 1,2), $p_{1-к} < 0,05$). Індекс об'єму лівого передсердя (ІОЛП) в групі 1 становив 35 (33; 36) мл/м² і був вищим, ніж у групі 3 (27 (26; 29) мл/м², $p_{1-3} < 0,05$) та контрольній групі (27,5 (26; 30) мл/м², $p_{1-к} < 0,05$). Показник е'септ у пацієнтів групи 1 дорівнював 5,3 (4,3; 6,2) см/с був достовірно меншим, ніж

у групі 2 (6,4 (5,4; 7,3) см/с, $p_{1-2} < 0,05$), групі 3 (8,1 (7,4; 9,6) см/с, $p_{1-3} < 0,05$) та групі контролю (8,0 (7,2; 8,6) см/с, $p_{1-к} < 0,05$). Також у групі 1 достовірно меншим порівняно з групами 2, 3 та контролем був показник е'лат (7,2 (6,2; 8,9) см/с проти 9,9 (8,2; 10,6) см/с, 12,2 (10,9; 13,2) см/с та 12,4 (10,8; 13,2) см/с відповідно, $p < 0,01$). Відношення Е/е' у пацієнтів групи 1 було достовірно більшим за групи 3 та контрольну (8,3 (6,9; 14,1) проти 7,0 (6,3; 7,6) та 6,4 (5,7; 7,5) відповідно, $p_{1-3} < 0,05$, $p_{1-к} < 0,05$). Показник швидкості трикуспідальної регургітації (ТР) в групі 1 був вищим порівняно з групами 2, 3 та контролем (2,7 (2,4; 2,9) м/с проти 2,35 (2,2; 2,5) м/с, 2,5 (2,4; 2,6) м/с, 2,2 (2,0; 2,3) м/с відповідно, $p < 0,01$). У 26 пацієнтів групи 1 з помірно зниженою та низькою фракцією викиду (ФВ) ЛШ діагностовано діастолічну дисфункцію І ступеня – в 6 випадках (23,1 %), ІІ ступеня – в 18 (69,2 %), ІІІ ступеня – в 2 (7,7 %).

Висновки. У пацієнтів зі стабільною ІХС в поєднанні з ХОЗЛ спостерігали формування діастолічної дисфункції лівого шлуночка навіть на тлі його систолічної дисфункції. Ступінь тяжкості діастолічної дисфункції лівого шлуночка при поєднанні ІХС з ХОЗЛ більший, ніж у пацієнтів з ізольованими ІХС та ХОЗЛ.

Рівень ішемії та протромботичної відповіді, пов'язані з жорсткістю судин у пацієнтів з ГКС без елевації ST

О.А. Коваль, О.С. Щукіна, Ю.А. Гордієнко,
В.А. Ткаченко, А.І. Шевцова

Дніпровський державний медичний університет

Початкові рівні та гострофазова динаміка рівнів ішемізмодифікованого альбуміну (ІМА), кінцевих продуктів глікації (КПГ) та вільної ДНК (вДНК) можуть додатково свідчити про рівень ішемічного ушкодження та протромботичної активності у хворих з гострим коронарним синдромом без елевації ST (ГКСбеST), але їхній взаємозв'язок зі станом судин, рівнем їхньої жорсткості залишається невідомим.

Мета – проаналізувати динаміку рівнів ІМА, вДНК та КПГ у пацієнтів з ГКСбеST залежно від вихідного рівня і динаміки розповсюдження пульсової хвилі (PWV) у неспецифічній групі хворих з ГКСбеST.

Матеріали і методи. У 80 хворих, що надійшли з діагнозом ГКСбеST у перші 72 години від початку симптомів без значної супутньої анемії, хронічної хвороби нирок, крім стандартного клініко-біохімічного обстеження визначались рівні КПГ (метод автофлуоресценції з використанням флуориметра Hoefer DQ 2000 (США), ІМА (колориметричний кобальт-зв'язувальний тест), вДНК (метод флуоресценції з використанням специфічного барвника DAPI). Вимірювання біомаркерів проводилось на момент госпіталізації (1 доба) та на 6 добу перебування у стаціонарі. Швидкість пульсової хвилі (PWV) вимі-