

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXIII Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 20–23 вересня 2022 р.)

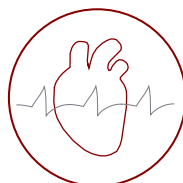
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- гострий інфаркт міокарда
- інтервенційна кардіологія
- дисліпідемії
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія та реабілітація
- фундаментальна кардіологія та регенеративна медицина
- медико-соціальні аспекти кардіології в умовах війни

Том Додаток

29

1

2022



www.ucardioj.com.ua



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

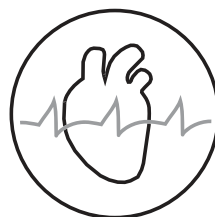
Матеріали XXIII Національного конгресу кардіологів України

(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

Алфавітний покажчик авторів тез

Абрамова	67	Гавриленко	88, 103	Іванчук	23, 26, 32
Акер	48	Галькевич	23, 69	Іващенко	119, 120
Аксьонов	6, 25	Гетьман	57, 60	Ігнацевич	19
Аль Салама	23, 26	Гільова	27, 28	Ільчишина	57, 60, 69
Амеліна	4, 20, 41	Гінгуляк	4, 20, 41	Іркін	29, 30, 31
Андрієвська	119	Гіреш	112		
Антонюк	65	Голікова	5, 11, 88	Кадикова	86
		Гончар	33	Каліновська	100
Бабій	33, 37, 46	Горб	94	Кандибко	101
Бабійчук	71	Гордієнко	9	Катеренчук	41, 49
Баган	19	Горовенко	99	Качан	53
Бадюк	48	Гребеник	48	Кашуба М.І.	15
Базика	112	Гречко	23, 45	Кашуба Ю.В.	17
Баклицький	49	Грицюк	7	Кедик	13
Барнетт	23	Гулкевич	65, 66	Кириченко	111
Безродна	66, 77	Гуменюк А.Ф.	65, 80	Кисіль	69
Безродний А.Б.	65	Гуменюк Б.М.	119	Кияк	23
Безродний В.Б.	65, 66	Гуртовенко	119	Кірієнко	67
Бек	66	Гур'янов	51	Климович	106
Березін О.Є.	97			Князева	9, 101, 106
Березін О.О.	97	Данко	112	Князькова	67
Белінський	24	Демченко	6	Кобець	27, 33, 44
Бичко	13	Деніна	56	Коваль О.А.	9
Білий	30, 31	Децик	52	Коваль С.М.	70, 71
Біловол	67	Джунь	6	Ковальова	87
Боженко	65, 66, 77	Діденко	49	Ковальчук Р.А.	19
Бойко	36	Дітківський	113	Ковальчук Ю.Ю.	18, 37
Большак	118	Довганич	112	Кожухов	112
Бондар	91	Донець	100	Козлюк	112
Бондарець	25	Дуднік	103	Колесник М.Ю.	50
Боровик	86			Колесник Т.В.	72, 73, 74
Боцюк	123	Єпанчінцева	86	Колодніцька	26, 75
Бугаєнко	4, 88, 89			Коломієць	43
Букарім	118	Жарінов	14, 48, 52, 86	Кондратюк	75
Буртняк	68	Жебель	65, 80, 100	Копиця	25, 27, 28, 33, 44
Бучарський	15, 107	Жеков	7, 114	Корнацький	29
		Железнякова	82	Корчинський	76
Вавілова	121	Журавльова	101	Косова	72
Вакуленко	41			Котелюх	28
Ванджура	56	Заїкіна	28	Кравченко В.І.	113, 114, 115
Василинчук	121	Зайцева	95	Кравченко І.М.	114, 115
Верещук	53	Залевський	56	Крикунов	115
Веселков	113	Заремба	8, 79	Кузнецов	101
Вишневська	25	Заремба-Федчишин	8, 79	Кузь	43
Вірна	8, 79	Заяць	107	Кузьменко	33, 37, 46
Войцеховська	98	Зеленчук	122	Кузьміна	77, 116
Волошина	33, 37, 46	Зінченко	51	Кулаєць	56
Воронков	98, 99, 104			Кулікова	101
Восух	106	Іванів	48	Кульчевич	80
		Іванкова	112	Купчинська	11, 66, 77

тривалістю >48 годин (38,7 проти 20,6 % відповідно; $p < 0,001$), а також перебуванні у відділенні інтенсивної терапії >72 годин (15,2 проти 9,6 % відповідно; $p = 0,042$).

Висновки. Супутній ЦД2 асоціюється зі збільшенням тягаря атеросклеротичного ураження вінцевого русла, а також частішим виникненням РПУ, що, своєю чергою, визначає потребу в тривалішій інтенсивній терапії у післяопераційному періоді. Існує потреба у вдосконаленні шляхів зниження ризику РПУ у пацієнтів зі стабільною ІХС та супутнім ЦД2, яким планується проведення хірургічної реваскуляризації міокарда.

Особливості динаміки інтерлейкіну-33 у хворих на стабільну стенокардію з ожирінням в динаміці лікування

Ю.О. Ковальова, Б.О. Шелест,
Д.В. Мартовичський, О.М. Шелест

Харківський національний медичний університет

Мета – вивчити особливості метаболічних розладів у хворих на стабільну стенокардію II–III функціонального класу (CC) поєднану з ожирінням у динаміці лікування флувастатином.

Матеріали і методи. Під наглядом перебував 51 хворий зі стабільною стенокардією з ожирінням 1 та 2 ступеня з явищами метаболічних порушень, які перебували на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні у віці від 56 до 73 років. Жінок було 29. Кардіогемодинамічні показники визначалися ультразвуковим апаратом Philips HD11XE (США). Оцінювався ступінь і характер ожиріння, як одного зі складових метаболічних порушень, з розрахунку індексу маси тіла (ІМТ) та показника співвідношення обсягу талії до обсягу стегон (ОТ/ОС). Визначався ліпідний спектр крові ферментативним методом та прозапальний цитокін інтерлейкін-33 (ІЛ) імуноферментним методом. У комплексне лікування хворих протягом 4 тижнів включали флувастатин 80 мг; група порівняння (28 хворих) – стандартна терапія з використанням аторвастатину 40–80 мг.

Результати. В основній групі спостереження встановлено, що середні значення артеріального систолічного тиску (САТ) у обстежених хворих становили $(165,3 \pm 5,4)$ мм рт. ст.), а середній діастолічний тиск (ДАТ) – $(96,4 \pm 2,5)$ мм рт. ст. порівняно з меншими значеннями групи порівняння. Метаболічні порушення у хворих на стабільну стенокардію – це комплекс змін вуглеводного та ліпідного обмінів та інші нейрогуморальні розлади. Рівень загального холестерину (ЗХС) становив $(5,56 \pm 0,63)$ ммоль/л та тригліцеридів (ТГ) – $(2,27 \pm 0,34)$ ммоль/л до лікування, знизившись за показниками ЗХС на 18 % та ТГ – на 12 %. При порівнянні антропометричних показників: ІМТ зменшувався з $(30,5 \pm 1,3)$ кг/м² до $(28,4 \pm 0,9)$

кг/м², і показник ОТ/ОС зменшувався з $0,96 \pm 0,04$ до $0,88 \pm 0,02$, $p < 0,05$ відповідно. Ехокардіографічні показники маси міокарда ЛШ знизилися з $(154,3 \pm 5,3)$ до $(147,5 \pm 4,4)$ г. Розмір фракції викиду також збільшилася на 11 %. До лікування активність цитокіну ІЛ-33 у хворих на стабільну стенокардію з метаболічними складовими становила $(133,77 \pm 21,35)$ пг/мл, а після курсового лікування спостерігалось його зниження до $(121,29 \pm 17,14)$ пг/мл. Запальні порушення при ожирінні у хворих на стабільну стенокардію можна розглядати як фактор, що визначає багато в чому виникнення і перебіг захворювання, причину його погіршення, розвиток та прогресування захворювання. І такі дані можливо можуть свідчити про субклінічний латентний перебіг системного слабко-інтенсивного (low-grade) запалення, який можна розглядати і як наслідок ожиріння, що супроводжується дією проміжних токсичних речовин, продуктів метаболізму жирних кислот і проліферацією клітин макрофагального типу в жировій тканині, і, як наслідок, дії, при якому підсилюється гіпоксія і загибель клітин жирової тканини, активація ядерного фактора-кВ і стресактивованих кінцевих кіназ, активацією прозапальних інтерлейкінів, і, можливо, рекрутинг з активацією імунних клітин. Специфічні імунні клітинні типи, цитокіни, toll-like рецептори і компоненти інфламасоми становлять нові мішені для терапії, і подальші дослідження, можливо, з'ясують взаємозв'язок запальних медіаторів цих імунних механізмів. На нього також можуть впливати фактори ризику атеросклерозу, такі як гіперхолестеринемія, метаболічний синдром, цукровий діабет 2-го типу та артеріальна гіпертензія. Важливо, що він може передбачити смертність від серцево-судинних захворювань.

Висновки. Таким чином, комплексна терапія з включенням флувастатину в дозі 80 мг хворих на стабільну стенокардію з ожирінням має значущий позитивний вплив на показники ліпідного обміну, антропометричні дані, на зниження активності прозапального цитокіну ІЛ-33, що в цілому сприяло нормалізації змінених показників та покращенню стану хворих.

Оцінка сумарного впливу дисліпідемії, ПОЛ та ендотеліальної дисфункції на показники імунного запалення, Т-клітинного та гуморального специфічного імунітету у хворих на стабільну ІХС

О.М. Ломаковський

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені акад. М.Д. Стражеска НАМН України"», Київ

Мета – оцінити сумарний вплив дисліпідемії, ПОЛ та ендотеліальної дисфункції на показники імунного