

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXIV Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 19–22 вересня 2023 р.)

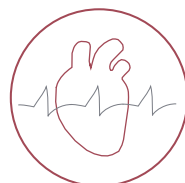
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- гострий інфаркт міокарда
- інтервенційна кардіологія
- дисліпідемії
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія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

Том Додаток

30

1

2023



www.ucardioj.com.ua

Козлюк А.С.	140	Маліневська-Білійчук О.В.	35	Петровський Р.В.	66
Колесник О.М.	74	Малько В.В.	10, 113	Пилипів О.С.	93
Колесник Т.В.	30, 84, 85	Мальська Т.Л.	148	Писана Б.О.	54
Колодніцька Т.Л.	109, 134	Маньковський Г.Б.	65	Підгайна О.А.	33, 155, 156
Кондратюк В.Є.	86	Мартиненко Д.І.	44	Підлісна В.С.	94
Конькова В.С.	84	Мартинюк Л.П.	110, 148	Погурельська О.П.	23, 24, 59
Копиця М.П.	26	Марченко К.С.	144	Подлужний М.С.	65
Корж О.М.	92	Марченко О.Я.	68, 70	Полівенок І.В.	141
Корнацький Ю.	36	Матлах А.Я.	66	Поліщук О.Ю.	66
Корнієнко Т.М.	144	Матова О.О.	90	Поліщук Т.В.	131, 132
Королук В.Д.	66	Матолінець Н.В.	5	Полянська О.С.	46, 55
Королук О.Я.	128	Матохнюк М.О.	131, 132	Потабашній В.А.	133
Корпан А.С.	7	Мергель Т.В.	27	Прибила О.В.	111
Корчинський В.С.	87	Мигович М.В.	25, 29	Процик В.Л.	66
Котелюх М.Ю.	31	Мизак Я.В.	12	Процько В.В.	141
Коцюба О.І.	28	Микуляк В.Р.	28		
Кочержат О.І.	91, 105, 109	Мисниченко О.В.	84	Радченко В.В.	76, 88, 90
Кравченко В.І.	20, 19	Міленко О.С.	40	Радченко О.М.	29
Кравченко І.М.	19	Мінухіна Д.В.	104	Рак Л.І.	98
Крахмалова О.О.	8	Мінченко Ж.М.	155	Рак Н.О.	38, 95, 114
Кривошея А.А.	136	Мітченко О.І.	117	Распутіна Л.В.	40, 41, 62, 96
Кротова В.Ю.	87	Міхалев К.О.	9, 14, 19, 69	Репетенко М.В.	42
Кузь Н.Б.	50, 141	Міхалева Т.В.	69, 70	Резнік Л.А.	84
Кузьміна Н.В.	42, 82	Міщенко Л.А.	90	Риндіна Н.Г.	46, 124
Кулаєць Н.М.	129	Моспан М.П.	88, 90	Рішко М.В.	118, 147
Купчинська О.Г.	76, 88, 156	Мостбауер Г.В.	43	Романова В.О.	42
Курсіна Н.В.	64	Мостовий С.Є.	9	Романова Л.О.	42
Куцин О.О.	118, 147	Моцак Т.М.	156	Романова О.М.	70
Кучерява М.В.	65	Мякінькова Л.О.	63, 127	Руденко К.В.	63
Кучменко О.Б.	130			Руденко Ю.В.	43
Кушнарєва Н.М.	111, 152	Назаренко О.В.	35	Рудик Ю.С.	134
Кушнір С.	36	Настіна О.М.	8, 107	Руснак І.Т.	23, 53, 134
		Нейко В.Є.	91, 105	Рябуха В.В.	10, 11, 113
Лабінська О.Є.	32, 38	Несен А.О.	112, 157		
Лабунець І.Ф.	154	Несукай О.Г.	142	Савічева К.О.	112
Лазоришинець В.В.	20	Нетяженко В.З.	9	Сакович О.О.	126, 131, 132
Ларіонова О.Б.	20	Нищук-Олійник Н.Б.	158	Сало С.В.	56
Левицька Л.В.	58, 59, 89	Нікольська В.В.	159	Сапожниченко Л.В.	137
Левицький І.Б.	58, 59	Нікольський І.С.	159	Сафонова О.М.	9
Левчик О.І.	28			Світлик Г.В.	5, 25, 29
Левчишина О.В.	56	Обертинська О.Г.	41	Семенова Я.-М.О.	159
Лигирда О.Ф.	153	Овдієнко Т.М.	76, 88	Семенових П.С.	112, 157
Лизогуб В.Г.	156	Овсійчук Р.М.	118	Сербенюк К.І.	76
Ліпкан Н.Г.	130	Оплета О.І.	89	Середюк В.Н.	66, 148
Логвиненко А.О.	76	Орел М.А.	110	Середюк Н.М.	43, 66, 135, 148
Ломаковський О.М.	33, 155, 156	Оринчак М.А.	91, 105, 109	Серік С.А.	10, 11, 113
Лутай М.І.	33, 155, 156	Оришин Л.Ю.	28	Сиволап В.Д.	146
Лутай Я.М.	33, 36, 38, 48	Осадівська І.А.	19, 20	Сидорова Н.М.	139
Луценко Л.Ю.	59	Острополець Н.А.	68	Синиця Ю.П.	83
Люлька Є.М.	127			Сипало А.О.	114
Ляшенко А.В.	125, 131, 136	Пагава Д.	36	Сичов О.С.	68, 70
		Панасенко Д.Ю.	14	Сімагіна Т.В.	23, 24, 57
Майхрук І.А.	89	Панкова О.А.	92	Сіренко Ю.М.	146
Макар О.Р.	5, 34, 38	Парій М.В.	89	Скакун О.З.	66
Маковійчук І.О.	53	Пархоменко О.М.	33, 36, 38, 48	Скаржевський А.А.	33
Малиновська І.Е.	24, 57, 59	Пасько В.С.	93	Скаржевський О.	36

Результати. Показники структурного стану лівого шлуночка (ЛШ) в основній групі та групі порівняння відповідали нормативним величинам, але лінійні та об'ємні параметри ЛШ у хворих основної групи були більші. Так кінцеводіастолічний розмір (КДР) ЛШ у хворих основної групи склав 5,23 (4,90; 5,70) см, а групи порівняння – 5,00 (4,70; 5,20) см; індекс КДР ЛШ хворих основної групи склав 2,56 (2,37; 2,80), групи порівняння – 2,34 (2,21; 2,49), кінцеводіастолічний об'єм (КДО) ЛШ у хворих основної групи склав 131,20 (112,81; 160,04) мл, групи порівняння – 118,24 (102,36; 129,51) мл; індекс КДО ЛШ основної групи становив 64,20 (55,55; 77,91), групи порівняння – 55,25 (48,99; 60,45). Таким чином у хворих основної групи КДР ЛШ був більший ніж у хворих, і КДР ЛШ – на 0,22 (8,6 %), КДО ЛШ – на 12,42 (9,5 %) та і КДО ЛШ – на 9,05 (14,1 %) ($p < 0,01$).

Величина товщини задньої стінки (ТЗС) ЛШ у пацієнтів основної групи та групи порівняння за медіаною була на верхній межі норми (1,10 (1,00; 1,20) см для пацієнтів основної групи та 1,10 (1,00; 1,30) см для пацієнтів групи порівняння) та достовірно не відрізнялась у пацієнтів обох груп ($p > 0,05$). Величина товщини міжшлуночкової перегородки (ТМШП) у хворих як основної групи (1,31 (1,20; 1,48) см), так і групи порівняння (1,48 (1,35; 1,60) см) за медіаною значно перевищувала нормативні значення, але у хворих основної групи ТМШП була вірогідно меншою на 0,16 см (10,8 %) ніж у хворих групи порівняння ($p < 0,01$). Значення відносної товщини стінки (ВТС) ЛШ перевищувало нормативну величину у хворих обох груп (0,47 (0,41; 0,53) у пацієнтів основної групи та 0,53 (0,47; 0,59) у хворих групи порівняння) та було вірогідно вищим у пацієнтів групи порівняння на 0,06 (11,3 %) ($p < 0,01$).

Значення індексу маси міокарда ЛШ за медіаною перевищувало нормативні параметри у пацієнтів обох груп (126,20 (111,60; 153,70) г/м² у пацієнтів основної групи та 121,20 (106,71; 140,35) г/м² у хворих групи порівняння) та було достовірно більшим у хворих основної групи на 6,5 г/м² (5,1 %) ($p < 0,05$). Загалом ГЛШ було встановлено у переважаючій більшості як у хворих основної групи (156 пацієнтів – 90,2 %), так і у групі порівняння (66 пацієнтів – 95,6 %).

Висновки. При аналізі структурно-функціонального стану серця у досліджуваних пацієнтів з ГХ встановлено, що у пацієнтів, які перенесли ІМ, спостерігається ГЛШ за рахунок збільшення об'єму ЛШ та потовщення стінок, в той час як у пацієнтів без ІМ в анамнезі, але подібних за

віком, стажем АГ, ІМТ, спостерігається ГЛШ головним чином за рахунок потовщення стінок.

Динаміка вмісту адропіну, ірисину та структурно-функціональних параметрів міокарда лівого шлуночка у хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2-го типу

М.Ю. Котелюх, Т.С. Заїкіна

Харківський національний медичний університет

Мета – визначити динаміку вмісту адропіну, ірисину та структурно-функціональних параметрів міокарда лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу.

Матеріали та методи. У дослідженні було вивчено 70 хворих на ГІМ та ЦД 2 типу. Хворі були поділені на 2 підгрупи. Першу підгрупу склали 20 хворих із використанням лише медикаментозного лікування і другу підгрупу – 50 хворих із перкутанним коронарним втручанням (ПКВ). Імуноферментним методом визначали вміст адропіну та ірисину із застосуванням набору реагентів «Human adropin» та «Human Fibronectin type III domain-containing protein 5» (Elabscience Biotechnology, США). Допплер-ехокардіографічне дослідження використовували за загальноприйнятою методикою на ультразвуковому сканері Radmir ULTIMA Pro30 і вивчали ехокардіографічні показники: кінцеводіастолічний розмір (КДР), кінцевосистолічний розмір, кінцеводіастолічний об'єм, фракція викиду, кінцевосистолічний об'єм, товщина міжшлуночкової перетинки, товщина задньої стінки ЛШ (ТЗСЛШ), розмір аорти, маса міокарда ЛШ (ММЛШ), розмір лівого передсердя (ЛП), індекс маси міокарда ЛШ (ІММЛШ), що розраховується із урахуванням зросту, відносна товщина стінки ЛШ (ВТЗСЛШ). Ліпідний профіль досліджували із застосуванням реагентів «Cholesterol Liquicolor», «High-density lipoprotein-Cholesterol», «Triglycerides liquicolor» фірми «Human» (Німеччина). Обробка статистичних даних виконувалася за допомогою ліцензійного пакета програм IBM SPSS Statistics 27.0. Гіпотезу про нормальність розподілу параметрів здійснювалась за критерієм Шапіро – Вілкса. Використовували непараметричні методи відповідно до розміру вибірки та розподілу значень. Вірогідною різницею вважалось значення $p < 0,05$.

Результати. Встановлено, що після лікування у хворих із постінфарктним кардіосклерозом і ЦД 2 типу за умов проведення лише медикаментозної терапії спостерігалися вірогідно більш високі значення КДР на 4,90 %, ТЗСЛШ на 16,67 %, ЛП на 18,42 %, ММЛШ на 7,77 %, ІММЛШ на 19,24 %, тоді як при проведенні тільки ПКВ визначено достовірно більш менше значення діастолічного артеріального тиску на 16,19 % порівняно зі значеннями до лікування відповідно ($p < 0,05$). Визначено, що після лікування у хворих із постінфарктним кардіосклерозом і ЦД 2 типу при застосуванні медикаментозної терапії та ПКВ спостерігаються більш низькі значення інсуліну (на 46,70 % та 58,03 % відповідно), глюкози (на 35,24 % та 39,81 % відповідно) та більш високе значення ірисину (на 37,57 % та 79,89 % відповідно) при порівнянні з значеннями до лікування відповідно ($p < 0,05$). Після лікування у хворих із постінфарктним кардіосклерозом і ЦД 2 типу за умов проведення лише ПКВ визначено достовірно більш низькі значення коефіцієнту атерогенності на 16,09 %, ліпопротеїдів низької щільності на 5,90 %, тригліцеридів на 13,30 %, адропіну на 41,43 % при порівнянні зі значеннями до лікування відповідно ($p < 0,05$).

Висновки. Встановлено, що за умов ПКВ у пацієнтів уповільнюються структурно-функціональні зміни міокарда ЛШ при порівнянні з хворими, котрі отримують лише медикаментозну терапію. У діабетичних хворих після перенесеного інфаркту міокарда спостерігається збільшення ІММЛШ та ВТЗСЛШ, що відповідає концентричній гіпертрофії міокарда ЛШ.

Вплив надмірної маси тіла та ожиріння на ризик виникнення ускладнень у ранньому післяінфарктному періоді

О.Є. Лабінська, М.П. Галькевич

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета – проаналізувати вплив окремих чинників на ризик виникнення несприятливих подій (гостра аневризма лівого шлуночка, гостра серцева недостатність (III–IV ФК за Killip), порушення ритму та провідності серця, рання післяінфарктна стенокардія, тромбоз стента) у ранньому післяінфарктному періоді в пацієнтів з різною масою тіла.

Матеріали та методи. Пацієнтів ($n=158$) з гострим інфарктом міокарда з елевацією сегмента ST (STEMI) було розподілено на 3 групи в

залежності від індексу маси тіла (ІМТ): I групи становили 52 пацієнти з нормальною масою тіла (середній вік – $60,83 \pm 11,94$ р.); II групи – 51 пацієнт із надмірною масою тіла (НМТ) (середній вік – $62,04 \pm 8,55$ р.); III групи – 55 пацієнтів з ожирінням I–III ступеня (середній вік $60,96 \pm 11,31$ р.) ($p > 0,05$).

Результати. Встановлено ($p=0,014$), що відносний ризик виникнення ускладнень у пацієнтів зі STEMI та нормальною масою тіла (I група), які курять, є у 1,48 раза більшим, ніж у пацієнтів без цієї шкідливої звички ($RR=1,48$, при 95 % довірчому інтервалі (ДІ) від 0,77 до 2,82), а в осіб, що мають ішемічну хворобу серця (ІХС) в анамнезі, цей ризик є більшим на 25 % ($RR=1,25$, при 95 % ДІ від 0,55 до 2,83, $p=0,050$). З'ясовано, що у I групі пацієнтів при наявності 5–6 факторів ризику (ФР) ризик виникнення ускладнень зростає на 43 % ($RR=1,43$ [0,19; 10,57], $p=0,021$). Встановлено ($p=0,021$), що госпіталізація після 12 год від початку STEMI збільшує цей ризик у пацієнтів із нормальною масою тіла на 43 % ($RR=1,43$ [0,19; 10,57]).

Встановлено ($p=0,025$), що відносний ризик виникнення ускладнень у пацієнтів зі STEMI та НМТ (II група), які мають абдомінальне ожиріння (АО), є у 2,26 раза більшим, ніж у пацієнтів без АО ($RR=2,26$ [0,52; 9,80]), а в осіб, що мають дисліпідемію, цей ризик є більшим на 42 % ($RR=1,42$ [0,87; 2,32], $p=0,031$). Встановлено, що у цій групі пацієнтів ризик виникнення ускладнень за наявності професійно-шкідливої праці є більшим у 2,15 раза ($RR=2,15$ [0,67; 6,87], $p=0,016$). Доведено ($p=0,016$), що при наявності у пацієнтів II групи 5–6 ФР, відносний ризик виникнення ускладнень є більшим у 2,58 раза ($RR=2,58$ [0,61; 10,94]), а при госпіталізації після 12 годин – у 1,61 раза ($RR=1,61$ [0,89; 2,93], $p=0,046$). У пацієнтів II групи відносний ризик виникнення 2 і більше ускладнень у осіб віком 60–69 років зростає на 33 % ($RR=1,33$ [0,46; 3,91], $p=0,048$), а в осіб чоловічої статі – на 45 % ($RR=0,88$ [0,35; 2,38], $p=0,043$).

З'ясовано ($p=0,024$), що відносний ризик виникнення ускладнень у пацієнтів зі STEMI та ожирінням (III група) віком 60–69 років є в 1,45 раза більшим, ніж у пацієнтів молодшого віку ($RR=1,45$ [0,77; 2,73]), а в осіб старше 70 років цей ризик є більшим на 28 % ($RR=1,28$ [0,07; 1,20], $p=0,46$). Також встановлено, що у цій групі пацієнтів при значенні індексу вісцерального ожиріння (ІВО) $\geq 1,1$ ризик ускладнень зростає на 12 % ($RR=1,12$ [0,99; 1,26], $p=0,042$). Доведено ($p=0,017$), що відносний ризик виникнення ускладнень за наявності дисліпідемії є в 1,23 раза більшим, ніж у пацієнтів без дисліпідемії ($RR=1,23$,