

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXIV Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 19–22 вересня 2023 р.)

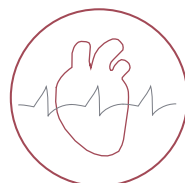
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- гострий інфаркт міокарда
- інтервенційна кардіологія
- дисліпідемії
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія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

Том Додаток

30

1

2023



www.ucardioj.com.ua

Алфавітний покажчик авторів тез

Абрамова Л.П.	77	Ванджура Я.Л.	66, 148	Долина Т.В.	61
Абуталіпов Р.Ф.	155	Василенко О.В.	43	Домашич Р.В.	13
Александрук Д.П.	91	Василечко М.М.	91, 105, 109	Домбровська Н.С.	107
Аль Салама В.М.О.	23, 134	Василинчук Н.М.	71	Дорошенко О.О.	16, 73
Амеліна Т.М.	4, 6	Вацеба М.О.	27	Дукова О.Р.	80
Андрійців З.С.	6	Верещук Л.Л.	94	Дутка Р.Я.	106
Андросова Л.О.	69	Веселков В.П.	20		
Андрущенко Т.А.	19	Вірна М.М.	95, 114	Єпанчінцева О.А.	19
Антонюк Я.О.	126, 132	Вовченко В.	36		
Артеменко Н.Р.	105, 109	Волков Д.Є.	61	Жарінов О.Й.	14, 19, 69
Афанасюк О.І.	74	Волошина О.Б.	80	Жебель В.М.	126, 131, 132
Ащеулова Т.В.	81	Волошина О.В.	23, 24, 59	Железнякова Н.М.	97
		Воронков Л.Г.	125, 131		
Бабій Л.М.	23, 24, 59	Гавриленко Т.І.	33, 155, 156	Зайкіна Т.С.	31
Бабічев Д.П.	134	Галицька А.К.	5, 140	Заремба О.В.	95, 114
Бабляк С.Д.	29	Галюк Н.М.	27	Заремба-Федчишин О.В.	114
Баган У.Р.	25, 29	Галькевич М.П.	32, 34, 38	Звонар П.П.	66
Базика О.Є.	153	Гальчинська В.Ю.	112, 157	Зелененька Л.І.	28
Балашова І.В.	80	Гаман І.О.	91, 105, 109	Земляний Я.В.	146
Безродна Л.В.	76, 78, 79, 88	Гандрабура Н.С.	83	Зінич О.В.	111, 152
Безродний А.Б.	76	Гарбар М.О.	5	Зольнікова А.Ю.	57
Безродний В.Б.	76, 78, 79, 88	Гель К.С.	141		
Бек Н.С.	77	Гетьман Т.В.	70	Іваницька Т.А.	108
Беляєва Д.В.	59	Гільова Я.В.	26	Іванкова А.В.	82
Бердник І.О.	61	Гінгуляк О.М.	4, 6	Іванов В.П.	82
Березін О.Є.	123	Гіреш Й.Й.	142	Іванчук П.Р.	35, 53, 109
Березін О.О.	123	Гнатик М.Я.	66	Ізмайлова О.В.	8
Беш Д.І.	141	Голікова І.П.	33	Іркін О.І.	36, 38
Белінський М.В.	66, 104	Гончарь О.В.	81		
Бичков О.А.	86	Горб Ю.Г.	113	Кадикова О.І.	124
Бігун І.М.	141	Гребеник М.В.	28	Казаков Ю.М.	108
Білецький В.В.	84	Гречко С.І.	53, 55, 109	Кармазін Я.О.	83
Білий Д.О.	8, 36, 38, 64	Гулкевич О.В.	76, 88	Кармазіна О.М.	83
Біловол О.М.	77	Гуменюк А.Ф.	126	Катеренчук І.П.	63, 127
Більченко А.О.	26, 61	Гур'янов В.Г.	9	Качан О.В.	94
Благодир А.К.	104	Гурик А.О.	66	Кашіна-Ярмак В.Л.	98
Богомаз В. М.	61	Гута Р.Р.	29	Кашуба М.І.	58
Боженко Г.М.	76, 78, 79, 88			Кедик А.В.	147
Божук І.В.	43			Кирик В.М.	152
Бондар Т.М.	10	Данильчук А.Є.	44	Кириченко Р.М.	140
Бондаренко О.О.	27	Демиденко А.А.	115	Киричко М.Г.	85
Бондаренко О.П.	27	Демиденко А.В.	118	Кисіль О.Ю.	13, 141
Боровик К.М.	124	Демиденко М.В.	115	Кірієнко О.М.	77
Бота Р.А.	23, 46	Деніна Р.В.	66, 148	Князева О.В.	127, 133
Боцюк Ю.А.	146	Деркач Т.В.	19	Князькова І.І.	77
Бринза М.С.	61	Дзвонковська В.В.	91	Кобза І.І.	106
Бронюк Я.І.	41	Діденко Д.В.	40, 41, 62	Коваль С.М.	84
Бугаєнко В.В.	156	Діденко О.З.	106	Ковальчук А.В.	111
Бугерук В.В.	80	Діденко О.С.	66	Ковальчук Л.І.	80
Бутко О.О.	144	Дітківський І.О.	20	Ковальчук Р.А.	25, 29
Бучарський О.В.	125	Дмитерко У.А.	89	Ковальчук Ю.Ю.	23, 56, 57, 59
		Дмитриченко О.В.	140	Кожухов С.М.	153
Вакалюк І.П.	148	Довганич Н.В.	153	Козловський В.І.	33, 48

Мета – дослідити ймовірний вплив рівня контролю глюкози на профіль міокінів у пацієнтів із ЦД 2 типу у поєднанні з хронічною СН.

Матеріали та методи. У дослідження було залучено 372 хворих з СН у поєднанні з ЦД2, яких було розподілено у групи з рівнем гліколізованого гемоглобіну (HbA_{1c}) < 6.9 % and ≥ 7.0 %. Усі пацієнти дали добровільну письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. На початковому етапі дослідження було опрацьовано демографічну та антропометричну інформацію, дані анамнезу, а також клінічні та гемодинамічні показники. Ехокардіографії в В-режимі, доплерографія у режимах імпульсно-волнового дослідження та тканнна доплерографія були виконані на початку дослідження. Концентрації іризину, апеліну, міостатину, адропіну, а також N-термінальний мозковий натрійуретичний пропептид (NT-proBNP) вимірювалися за допомогою ELISA.

Результати. Результати показали, що рівні іризину були значно нижчими у пацієнтів з HbA_{1c} ≥ 7,0 %, ніж у тих, у кого HbA_{1c} < 6,9 %, тоді як концентрації апеліну, міостатину та адропіну істотно не відрізняли ці дві групи. Ми також ідентифікували численні предиктори поганого глікемічного контролю (вік > 65 років, фібриляція передсердь, абдомінальне ожиріння, фракція викиду лівого шлуночка < 40 %), але лише NT-proBNP (співвідношення шансів [ВШ] = 1,07; 95 % довірчий інтервал [ДІ] = 1,02–1,10, p = 0,04) та іризин (ВШ = 1,09; 95 % ДІ = 1,04–1,17, p = 0,001) залишалися незалежними предикторами залежної змінної (HbA_{1c} < 6,9 %).

Висновки. Ми встановили, що зниження рівня іризину було пов'язане з поганим глікемічним контролем у пацієнтів із ЦД 2 типу з СН незалежно від клінічних умов та інших біомаркерів.

Роль сироваткового несфатину-1 у хворих з хронічною серцевою недостатністю ішемічного походження на тлі цукрового діабету 2-го типу та ожиріння

К.М. Боровик, О.І. Кадикова, Н.Г. Риндіна

Харківський національний медичний університет

Мета – проаналізувати активність несфатину-1 у сироватці крові хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) ішемічного генезу на тлі цукрового діабету (ЦД) 2 типу та ожиріння.

Матеріали та методи. Обстежено 154 хворих з ХСН, розподілених на 4 групи за наявністю

метаболических порушень. До 1 групи увійшли хворі на ХСН на тлі ішемічної хвороби серця (ІХС) та ЦД 2 типу та ожиріння (n=42). Другу групу склали пацієнти з серцевою недостатністю на тлі ІХС із супутнім ЦД 2 типу (n=46), третю групу – з супутнім ожирінням (n=36), четверту групу сформували хворі з ознаками серцевої недостатності ішемічного походження без метаболических порушень (n=30). До контрольної групи (КГ) увійшли 30 практично здорових осіб співставних за віком.

Для визначення рівня несфатину-1 (нг/мл) використовували імуноферментний метод з використанням набору реагентів Human Nesfatin-1 ELISA Kit згідно інструкції, що додається до набору, на імуноферментному аналізаторі «Labline-90» (Австрія). Статистичну обробку даних проводили методами параметричної та непараметричної статистики. Комп'ютерну математичну обробку результатів проводили за допомогою пакету програм «Statistica 6.0» (StatSoft Inc, США).

Результати. У даному дослідженні рівень несфатину-1 у сироватці крові натщесерце вимірювали у всіх групах, що склалися з контрольної групи, ХСН, ХСН + ЦД2, ХСН + ожиріння, ХСН + ЦД2 + ожиріння. Середній рівень несфатину-1 у сироватці крові становив 1,64±0,27 нг/мл у групі хворих з ХСН, 0,342±0,19 нг/мл у групі ХСН + ЦД 2 типу + ожиріння, 1,06±0,36 нг/мл у групі ХСН + ожиріння, 0,96±0,96± 0,27 нг/мл у групі ХСН + ЦД 2 типу та 2,98±0,38 нг/мл у контрольній групі. Згідно з отриманими результатами, середній рівень сироваткового несфатину-1 був достовірно вищим у групі хворих з ХСН, ніж у групах ХСН + ЦД2, ХСН + ожиріння, ХСН + ЦД2 + ожиріння, але значно нижчий, ніж у групі КГ. У той же час не виявлено істотної різниці між групами хворих на ожиріння та діабет. Це може свідчити про анорексигенні властивості несфатину-1, описані раніше науковцями.

При аналізі ROC кривих рівнів несфатину-1 у сироватці крові в досліджуваних групах виявлені відповідні площі під кривою для контрольної групи та груп хворих з ХСН, ХСН + ЦД 2 типу, ХСН + ожиріння, ХСН + ЦД 2 типу + ожиріння становили 0,79 (95 % ДІ, 0,73–0,85, p<0,001), 0,81 (95 % ДІ, 0,70–0,92, p<0,001), 0,814 (95 % ДІ, 0,71–0,94, p<0,001), 0,89 (95 % ДІ, 0,83–0,95, p <0,001) і 0,92 (95 % ДІ, 0,86–0,98, p<0,001) відповідно.

Також виявлено значущу кореляцію між рівнем несфатину-1 у сироватці крові та ІМТ (r=-0,34, p<0,05), індексом НОМА (r=-0,54, p<0,05) та інсуліном (r=-0,41, p<0,05). Між рівнем

несфатину-1 у сироватці крові та рівнем глюкози в крові не виявлено значущої кореляції ($r=0,13$, $p=0,65$).

Висновки. Таким чином, несфатин-1 може відігравати значну роль у патогенезі як аномалій ваги, так і цукрового діабету 2 типу у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю ішемічного походження.

Вплив андрогенного статусу на важкість перебігу хронічної серцевої недостатності в чоловіків, хворих на ішемічну хворобу серця

О.В. Бучарський

Дніпровський державний медичний університет

Серцево-судинні захворювання, зокрема ішемічна хвороба серця, залишаються провідною причиною інвалідизації та смертності серед населення. Незважаючи на наявні алгоритми лікування серцевої недостатності, прогноз хворих з даною патологією залишається несприятливим, саме тому пошук нових шляхів діагностики, лікування та оцінки прогнозу у таких хворих залишається дуже актуальним. Одним з показників, що впливає на функціональну здатність серцево-судинної системи у чоловіків, може бути показники андрогенного статусу, і хоча існують деякі дослідження, що показали вплив загального тестостерону на перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС), та серцевої недостатності (СН), дане питання потребує додаткових досліджень.

Мета – вивчення взаємозв'язку між рівнем загального тестостерону та толерантністю до фізичних навантажень у чоловіків з хронічною серцевою недостатністю на тлі ішемічної хвороби серця.

Матеріали та методи. У дослідженні було залучено 55 чоловіків віком 45–65 років, середній вік склав 57,2 років [54,5; 62,3] (Me, [25 %; 75 %]) з хронічними формами ішемічної хвороби серця (атеросклеротичний та постінфарктний кардіосклероз, стабільна стенокардія напруження) та хронічною серцевою недостатністю. Пацієнтам, окрім обов'язкових клінічних та параклінічних методів обстеження згідно відчизняних та європейських рекомендацій з ведення даних захворювань, визначався рівень загального тестостерону та проводився тест з 6 хвилинною ходьбою. Для аналізу зв'язку між рівнями тестостерону та відстанню, пройденою під час тесту з шестихвилинною ходьбою використовував-

ся ранговий кореляційний тест Спірмена використовувався.

Результати. Середній рівень тестостерону у обстежуваних хворих становив 11,36 [9,15; 14,25] (норма 8,20–21,30 нмоль/л). Середня відстань, пройдена під час тесту з 6-хвилинною ходьбою становила 363м (344,85м; 378,77м) Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена між рівнем загального тестостерону та відстанню, пройденою під час тесту 6-хвилинною ходьбою склав 0,54 ($p<0.05$), що вказує на прямий кореляційний взаємозв'язок середньої сили між даними показниками

Висновки. Виявлено позитивний кореляційний взаємозв'язок середньої сили між рівнем загального тестостерону та відстанню, пройденою під час тесту з 6-хвилинною ходьбою у чоловіків, що страждають на хронічну серцеву недостатність на тлі ішемічної хвороби серця, що вказує на можливий взаємозв'язок між показниками андрогенного статусу та важкістю перебігу хронічної серцевої недостатності у цієї категорії хворих.

Вживаність пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю та зниженою фракцією викиду лівого шлуночка впродовж 3 років залежно від наявності коморбідних станів, віку та статі

Л. Воронков, А. Ляшенко, Н. Ткач

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

За даними літератури, наявність коморбідних станів, таких як цукровий діабет (ЦД), ниркова дисфункція (НД), анемія/залізодефіцит (А/З), хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), а також вік та наявність фібриляції передсердь (ФП) погіршують вживаність пацієнтів з серцевою недостатністю та зниженою фракцією викиду (СНзНФВ) лівого шлуночка. Вплив статі на довгостроковий прогноз пацієнтів з СН, що належать до фенотипу СНзНФВ, залишається контроверсійним.

Мета – оцінити вплив наведених вище факторних ознак на 3-річний прогноз пацієнтів з СНзНФВ.

Матеріали та методи. Побудова багатфакторних логістичних моделей прогнозування вживання впродовж 36 місяців у 490 пацієнтів з СНзНФВ.