

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXIV Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 19–22 вересня 2023 р.)

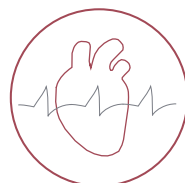
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- гострий інфаркт міокарда
- інтервенційна кардіологія
- дисліпідемії
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія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

Том Додаток

30

1

2023



www.ucardioj.com.ua

ISSN 1608-635X (Print)
ISSN 2664-4479 (Online)



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

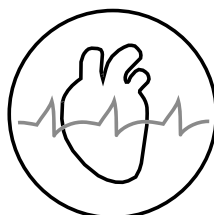
Матеріали XXIV Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 19–22 вересня 2023 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 30 Додаток 1 2023



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2023

Зміст

Тези наукових доповідей

Стабільна ішемічна хвороба серця	4
Інтервенційна кардіологія	19
Гострий коронарний синдром та невідкладні стани	23
Інфаркт міокарда та відновлювальне лікування	53
Аритмії серця	61
Артеріальна гіпертензія	76
Кардіометаболічний ризик	104
Серцева недостатність	123
Некоронарогенні захворювання серця	140
Легенева гіпертензія	146
Фундаментальна кардіологія та регенеративна медицина	152
Алфавітний показчик авторів тез	160

COVID-19, ремоделювання серця та функціональне відновлення після виписки: вплив артеріальної гіпертензії

О.В. Гончарь, Т.В. Ащеулова

Харківський національний медичний університет

Коронавірусна хвороба COVID-19 часто супроводжується довготривалим збереженням симптомів, ризик чого залежить від тривалості гострої фази та наявних коморбідностей. Одним із можливих механізмів порушення функціонального стану пацієнтів є кардіальна дисфункція. У той час як клінічно маніфестна систолічна серцева недостатність є в такій ситуації рідкісним явищем, малі порушення структурно-функціонального стану серця можуть сприяти персистенції загальних симптомів, таких як задишка, втомлюваність та знижена працездатність.

Мета – дослідити вплив артеріальної гіпертензії (АГ) на формування структурно-функціональних змін серця під час госпіталізації з приводу COVID-19, а також динаміку виявлених змін у ранній період після виписки.

Матеріали та методи. 220 госпіталізованим хворим на COVID-19 (вік $53,4 \pm 13,6$ років, 53 % жінок) було проведено комплексне трансторакальне ехокардіографічне дослідження в термін 1–2 дні перед випискою та через 31 день спостереження. Контрольна група включала 88 осіб, яких було підібрано за ознаками віку, статі, зросту, ваги та наявних коморбідностей. Досліджувані показники включали морфометрію камер серця, параметри поздовжньої скоротливості та діастолічного наповнення шлуночків (визначення діастолічної дисфункції проводилося відповідно до рекомендацій EACVI/ASE 2016 року з використанням концепції структурного захворювання серця); також учасникам проводився тест 6-хвилинної ходьби.

Результати. Геометричні зміни серця у госпіталізованих хворих на COVID-19 на момент виписки включали підвищення абсолютної ($10,1 \pm 1,5$ проти $9,1 \pm 0,9$ мм, $p < 0,001$) та відносної товщини стінок ЛШ ($0,45 \pm 0,07$ проти $0,39 \pm 0,04$, $p < 0,001$), показників маси міокарда ЛШ ($38,1 \pm 8,9$ проти $33,9 \pm 5,8$ г/м^{2,7}, $p < 0,001$) та індексу об'єму лівого передсердя ($28,6 \pm 6,6$ проти $25,1 \pm 4,9$ мл/м², $p < 0,001$), а також зниження глобальної поздовжньої деформації ($-17,5 \pm 2,4$ проти $-18,6 \pm 2,2$ %, $p < 0,001$) і параметрів діастолічного наповнення ЛШ ($e' 9,2 \pm 2,2$ проти $11,3 \pm 2,6$ см/с, $p < 0,001$; $E/e' 7,5 \pm 1,8$ проти $6,8 \pm 1,7$, $p = 0,002$). Означені зміни досягали вірогід-

но більшої вираженості в когорті учасників з АГ, але зберігалися також у групі нормотензивних пацієнтів, призводячи до високої поширеності концентричної геометрії ЛШ (відповідно, 78 % та 43 %, $p < 0,001$ між групами та порівняно з контролем), діастолічної дисфункції переважно I типу (51 % та 25 %, $p < 0,001$ між групами та з контролем), а також аномальних значень глобальної поздовжньої деформації (32 % та 19 %, $p = 0,027$ між групами, $p < 0,001$ з контролем), що зберігалися протягом короткого періоду спостереження.

Приріст досягнутого % у тесті 6-хвилинної ходи склав $11,2 \pm 7,5$ за супутньої АГ проти $12,8 \pm 7,6$ без такої, $p > 0,05$. Бінарна класифікаційна модель на основі штучної нейронної мережі, що включала в якості предикторів вік, гіпертензивний статус, потребу в суплементации кисню під час госпіталізації та пікову швидкість осідання еритроцитів, дозволяла з високою точністю (AUROC = 0,99) прогнозувати несприятливу динаміку в тесті 6-хвилинної ходи (низькі вихідні значення + низький приріст) протягом першого місяця після виписки.

Висновки. Хворі на COVID-19 наприкінці періоду госпіталізації характеризувалися високою поширеністю концентричної геометрії та діастолічної дисфункції ЛШ, а також незначним зниженням його поздовжньої скоротливості, що були більш вираженими за наявності супутньої АГ та не покращувалися в короткий термін після виписки. Несприятлива динаміка фізичного функціонального відновлення після виписки була прогнозована за допомогою створеної з використанням методів машинного навчання класифікаційної моделі, що використовувала в якості одного з предикторів наявність АГ

Фізичне функціональне відновлення в ранній період після госпіталізації з приводу COVID-19: вплив гіпертонічної хвороби та модель прогнозування результату

О.В. Гончарь, Т.В. Ащеулова

Харківський національний медичний університет

Синдром довгого COVID-19 постав в якості нової глобальної проблеми для систем охорони здоров'я, ризик розвитку якої залежить від тяжкості перебігу гострої фази, тривалості госпіталізації та наявних супутніх захворювань. Обмеження фізичної працездатності є одним із основних проявів постковідного синдрому, прогнозування персистенції якого може бути корисним в

контексті відбору кандидатів для програм кардіо-пульмональної реабілітації.

Мета – дослідити вплив гіпертонічної хвороби (ГХ) на динаміку природного відновлення фізичного функціонального стану в ранній період після госпіталізації з приводу COVID-19 та розробити метод прогнозування результатів відновлення в термін 1 місяць після виписки.

Матеріали та методи. До дослідження було включено 220 госпіталізованих хворих на COVID-19 (вік $53,4 \pm 13,6$ років, 53 % жінок), 176 з яких був проведений тест 6-хвилинної ходи (6ХХТ) за розширеним протоколом в термін 1–2 дні перед випискою. Повторний візит для оцінки динаміки природного відновлення виконувався в термін 1 місяць після виписки.

Результати. Дистанція 6-хвилинної ходи перед випискою склала 378 ± 57 м у хворих із ГХ та 418 ± 75 м без такої, $p = 0,001$, під час повторного візиту – 440 ± 52 проти 478 ± 68 , $p = 0,002$; досягнутий процент від розрахункової належної відстані – відповідно $67,4 \pm 10,5$ проти $69,5 \pm 13,6$ % та $81,6 \pm 9,9$ проти $81,9 \pm 15,7$ %, $p > 0,05$ для обох візитів. Приріст ЧСС в ході тесту під час першого візиту склав $18,5 \pm 8,3$ проти $30,1 \pm 19,3$ уд./хв., $p < 0,001$, процент використання хронотропного резерву – $21,3 \pm 9,6$ % проти $29,2 \pm 11,4$ %, $p < 0,001$. Під час другого візиту означена залежність спостерігалася у вигляді залишкових проявів із приростом ЧСС $24,0 \pm 9,5$ проти $30,8 \pm 12,1$, $p = 0,003$ та використанням хронотропного резерву $28,1 \pm 10,1$ % проти $33,4 \pm 12,4$ %, відповідно, $p = 0,029$. Створена модель багатовимірної лінійної регресії пояснювала 58,7 % варіабельності досягнутого процента від належної дистанції в 6ХХТ в термін 1 місяць після виписки. Використання машинного навчання дозволило створити регресійну модель на базі штучної нейронної мережі, що використовувала в якості предикторів вік, зріст, використання при лікуванні ремдесивіру та значення САТ і ДАТ на момент виписки, та мала високу точність ($R^2 = 90$ %) при внутрішній валідації.

Висновки. Госпіталізовані хворі на COVID-19 характеризувалися зниженням загального фізичного функціонального стану за даними 6ХХТ на момент виписки та неповним відновленням протягом 1 місяця спостереження. Наявність гіпертонічної хвороби була пов'язана з більш вираженими порушеннями автономної регуляції серцевого ритму, проте не впливала на досягнутий процент від належної пройденої відстані. Запропонована регресійна модель на основі штучної нейронної мережі дозволяє з високою точністю прогнозувати результати тесту 6-хвилинної ходьби в термін 1 місяць після виписки, що може бути використано

при відборі кандидатів для програм кардіо-пульмональної реабілітації.

Концентрація цистатину С та його зв'язок з показниками добового моніторингу АТ у хворих на ГХ і часту екстрасистолію

А.В. Іванкова, Н.В. Кузьміна, В.П. Іванов

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Існують відомості, що такі фактори ризику, як ожиріння, метаболічний синдром, артеріальна гіпертензія, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет 2-го типу, а також механізми розвитку різних варіантів аритмій і дисфункції нирок співпадають. У якості раннього і найбільш інформативного маркера ниркової дисфункції згідно настанов KDIGO 2020 і 2021 виступає цистатин С (ЦисС).

Мета – було оцінити зміни концентрацій цистатину С та його зв'язок з показниками добового моніторингу артеріального тиску у хворих на гіпертонічну хворобу і часту екстрасистолію.

Матеріали та методи. У проведеному дослідженні включено 124 пацієнти з гіпертонічною хворобою (ГХ) II стадії та частою симптомною екстрасистолією віком від 27 до 75 (в середньому $58,2 \pm 0,9$) років, які склали основний клінічний масив дослідження. Також ми обстежили 30 практично здорових осіб, середній вік $53,1 \pm 0,3$ років, які увійшли до групи контролю.

Всім хворим проводилось обстеження, яке включало: 1) загальноклінічне обстеження, вимір артеріального тиску; 2) ЕКГ у 12-ти стандартних відведеннях 3) добове моніторування АТ (ДМ АТ); 3) ХМ ЕКГ; 4) ЕхоКГ-дослідження; 5) лабораторні методи обстеження: рівень глюкози натще, ліпідний спектр сироватки крові, рівень цистатину С та креатиніну крові з розрахунком швидкості клубочкової фільтрації.

Результати. Для формування груп аналізу по рівню цистатину С, умовно було виділено 3 категорії хворих: 1-а – з умовно низьким (ВН) рівнем, 2-а – з проміжним рівнем і 3-я – умовно високим (ВВ) рівнем ЦисС в обстеженій виборці пацієнтів з ГХ ($n=156$). Так, для групи з відносно низьким рівнем значення ЦисС склало $\leq 1,00$ і групи з відносно високим – $\geq 1,37$ мг/л, відповідно для групи з проміжним значенням межі показника знаходились у діапазоні – $1,00–1,37$ мг/л. При цьому в групу з ВН рівнем увійшло 40, проміжним – 76 і ВВ – 40 пацієнтів відповідно.

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	Данильчук А.Є.	44	Кирик В.М.	152
Бондар Т.М.	10	Демиденко А.А.	115	Кириченко Р.М.	140
Бондаренко О.О.	27	Демиденко А.В.	118	Киричко М.Г.	85
Бондаренко О.П.	27	Демиденко М.В.	115	Кисіль О.Ю.	13, 141
Боровик К.М.	124	Деніна Р.В.	66, 148	Кірієнко О.М.	77
Бота Р.А.	23, 46	Деркач Т.В.	19	Князева О.В.	127, 133
Боцюк Ю.А.	146	Дзвонковська В.В.	91	Князькова І.І.	77
Бринза М.С.	61	Діденко Д.В.	40, 41, 62	Кобза І.І.	106
Бронюк Я.І.	41	Діденко О.З.	106	Коваль С.М.	84
Бугаєнко В.В.	156	Діденко О.С.	66	Ковальчук А.В.	111
Бугерук В.В.	80	Дітківський І.О.	20	Ковальчук Л.І.	80
Бутко О.О.	144	Дмитерко У.А.	89	Ковальчук Р.А.	25, 29
Бучарський О.В.	125	Дмитриченко О.В.	140	Ковальчук Ю.Ю.	23, 56, 57, 59
		Довганич Н.В.	153	Кожухов С.М.	153
Вакалюк І.П.	148			Козловський В.І.	33, 48