

# 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](http://www.ucardioj.com.ua)

# Організаційний комітет XXIV Національного конгресу кардіологів України

## Президія науково-організаційного комітету

В.М. Коваленко (співголова), В.І. Цимбалюк (співголова), В.В. Лазоришинець,  
О.М. Пархоменко, О.С. Сичов, О.Г. Несукай

## Члени науково-організаційного комітету

Л.Л. Вавілова, Л.Г. Воронков, Ю.М. Сіренко, М.Ю. Соколов, Т.І. Гавриленко,  
М.М. Долженко, І.М. Ємець, О.А. Коваль, С.М. Коваль, С.М. Кожухов,  
В.М. Корнацький, М.І. Лутай, О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, В.З. Нетяженко,  
А.В. Руденко, К.В. Руденко, М.В. Рішко, Н.М. Середюк, Т.В. Талаєва, В.К. Ташук,  
Б.М. Тодуров, О.О. Ханюков, В.Й. Целуйко, В.О. Шумаков

## Програмний комітет

Л.Л. Вавілова (голова), Р.Г. Іванець, В.М. Корженко, В.Е. Пілецький,  
О.М. Романова, О.В. Срібна, М.А. Гуляницька, Т.М. Мовчановська,  
М.П. Мостов'як, В.М. Мельникова

---

## Генеральні партнери Конгресу

### AstraZeneca

(Велика Британія)  
з розширеним пакетом

ТОВ «Асіно Україна»

SERVIER (Франція)

ARTERIUM (Україна)

BOEHRINGER INGELHEIM (Німеччина)

BAYER (Німеччина)

ДАРНИЦЯ (Україна)

САНДОЗ (Німеччина/Швейцарія)

NOVARTIS (Швейцарія)

PFIZER (США)

ТОВ «Санofi-Авентіс Україна»

КУСУМ (Україна)

КРКА Україна (Словенія)

КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД (Україна)

## Головні партнери Конгресу

МІКРОХІМ (Україна)

OlainFarm (Латвія)

## Партнери Конгресу

ЮРІЯ-ФАРМ (Україна), АББОТТ (США), BERLIN-CHEMIE (Німеччина), ПАТ НВЦ  
«Борщагівський ХФЗ» (Україна), Servier – MEDICAL department, ROSTGROUP (Україна),  
WOERWAG PHARMA (Німеччина), EGIS Pharmaceuticals (Угорщина), ПРО-ФАРМА (Україна),  
СОНА-ФАРМЕКСІМ (Україна), ЗДРАВО (Україна), SCHILLER AG (Україна), Cor-Medical, Protech  
Solutions Ukraine, Recordati (Україна), Нутримед (Україна), Sparrow Acoustics Inc.

### Стенова участь у Конгресі

PRO.MED.CS Praha a.s, RESORT MEDICAL PARK

### Інформаційне забезпечення:

Український кардіологічний журнал, Видавничий дім «МОРІОН»: «Український медичний часо-  
пис», Український кардіологічний журнал портал, [www.ukrcardio.org](http://www.ukrcardio.org), [www.strazhesko.org.ua](http://www.strazhesko.org.ua), <https://www.facebook.com/strazhesko/>



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

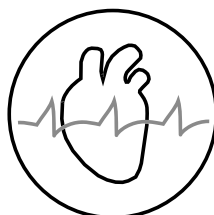
### Матеріали XXIV Національного конгресу кардіологів України

(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](http://www.ucardioj.com.ua)

Київ • 2023

**Результати.** Пацієнти першої та другої групи не мали істотної різниці між значеннями систолічної функції ПШ, оціненими за допомогою зміни фракційної площі ПШ та Tei index. У той же час ми спостерігали вірогідно нижчі значення TAPSE та швидкості латерального трикуспідального кільця S' ( $p < 0,05$  в обох випадках) у хворих першої групи. У пацієнтів із ХХН спостерігалось високостовірне зниження GLS ПШ порівняно з пацієнтами другої групи ( $p < 0,01$ ).

В однофакторному кореляційному аналізі ШКФ була більш тісно пов'язана з GLS ПШ ( $r = 0,523$ ,  $p < 0,01$ ), аніж швидкість латерального трикуспідального кільця S' та TAPSE ( $r = 0,371$ ,  $p < 0,01$  та  $r = 0,293$ ,  $p < 0,05$  відповідно).

**Висновки.** Пацієнти з гіпертензивною нефропатією мають раннє порушення систолічної функції ПШ, що виявляється значно нижчими швидкістю латерального трикуспідального кільця S' та TAPSE, а також суттєвим зниженням GLS ПШ порівняно з хворими на гіпертонічну хворобу без гіпертензивного ураження нирок. Спостерігається більш суттєвий зв'язок швидкості клубочкової фільтрації з GLS ПШ, ніж зі швидкістю латерального трикуспідального кільця S' та TAPSE.

### **Добова динаміка показників варіабельності серцевого ритму в пацієнтів з артеріальною гіпертензією: гендерні особливості**

Н.С. Бек

Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького

**Мета** – дослідити та порівняти гендерні особливості добової динаміки показників автономної кардіорегуляції у пацієнтів з есенціальною артеріальною гіпертензією (ЕАГ) на тлі надлишкової маси тіла (НМТ) або ожиріння (ОЖ).

**Матеріали та методи.** Обстежено 103 пацієнти з ЕАГ, 55 чоловіків, віком  $47,1 \pm 1,7$  років та 48 жінок, віком  $52,9 \pm 1,8$  років. У 34 пацієнтів ЕАГ поєднувалась з НМТ (14 чоловіків та 20 жінок), у 69 пацієнтів – з ОЖ I ступеня (41 чоловік, 28 жінок). Обстеження проведено згідно Наказу МОЗ України № 436, з антропометрією, розрахунком індексу маси тіла (ІМТ). Добове моніторування ЕКГ за N.J. Holter, включено з параметрами варіабельності серцевого ритму (ВСР), проводилось з використанням системи «Кардіотехніка-04». Опрацювання результатів проводили за програмою Statistica for Windows 6.0 (Statsoft, США). Показники

порівнювали за критерієм Манн–Вітні (рівень істотності  $p < 0,05$ ) та подавали як медіану [нижній–верхній кuartилі].

**Результати.** У жінок з НМТ були нижчими, ніж у чоловіків з НМТ, показники загальної потужності спектру за величинами SDNN index загального та нічного ( $47,0$  [39,0; 54,0] проти  $58,5$  [54,0;78,0] мс,  $p = 0,04$  та  $58,0$  [38,0;65,0] проти  $69,0$  [48,0;86,0] мс,  $p = 0,04$ ) та потужність хвиль дуже низької частоти VLF денних та нічних ( $1134,0$  [987,0;1689,0] проти  $1961,0$  [1358,0;2367,0] мс<sup>2</sup>,  $p = 0,03$  та  $2132,0$  [865,0;3274,0] проти  $3453,0$  [2686,0;4780,0] мс<sup>2</sup>,  $p = 0,04$ ).

У жінок з ОЖ були нижчими, ніж у чоловіків з ОЖ, нічні показники SDNN index ( $52,0$  [42,5;60,0] проти  $62,0$  [49,0;74,0] мс,  $p = 0,04$ ) та VLF ( $1880,0$  [1143,0;2593,0] проти  $2833,0$  [1854,0;3727,0] мс<sup>2</sup>,  $p = 0,03$ ). Хвилі низької частоти LF вночі у жінок також були нижчими ( $957,0$  [544,0;1264,0] проти  $1355,0$  [552,0;1935,0] мс<sup>2</sup>,  $p = 0,03$ ). Коефіцієнт симпато-парасимпатичного балансу LF/HF денний у жінок був нижчим, ніж у чоловіків ( $3,9$  [2,8;4,8] проти  $5,6$  [4,4;6,7] ум. од.,  $p = 0,04$ ).

**Висновки.** При порівнянні показників ВСР одночасно за статтю та масою тіла встановлено, що незалежно від ІМТ, у жінок з ЕАГ показники загальної потужності спектру та гуморально-метаболичні впливи за VLF-хвилями були нижчими, ніж у чоловіків впродовж доби. Зростання ІМТ асоціюється з автономним дисбалансом, симпатичною активацією у чоловіків.

### **Вплив комбінованої терапії з додаванням еплеренону та триметазидину на діастолічну функцію, вміст SST2 та NT-proBNP у пацієнтів з ГХ та ЦД 2-го типу**

О.М. Біловол<sup>1</sup>, І.І. Князькова<sup>1</sup>, О.М. Кірієнко<sup>1</sup>,  
О.І. Циганков<sup>2</sup>, Л.П. Абрамова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Харківський національний медичний університет

<sup>2</sup> ДУ «Національний інститут терапії  
імені Л.Т. Малої НАМН України», Харків

**Мета** – вивчити вплив комплексної терапії з додаванням еплеренону та триметазидину на вміст розчинного рецептор стимулюючого чинника зростання, що експресується геном 2 (sST2) та N-термінального фрагмента мозкового натрійуретичного пропептиду (NT-proBNP) в крові, а також стан діастолічної функції лівого шлуночка (ЛШ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД) 2 типу

**Матеріали та методи.** Обстежено 80 пацієнтів (54 чоловіків та 26 жінок), середній вік  $52,5 \pm 2,5$  років з ГХ 2 ступеня, які не приймали регулярну антигіпертензивну терапію та ЦД 2 типу середнього ступеня тяжкості, субкомпенсований. До контрольної групи увійшли 20 практично здорових осіб (середній вік  $51,9 \pm 2,3$  роки).

Усім обстеженим проведено клініко-лабораторне обстеження, у т.ч. вимірювання артеріального тиску (АТ), ехокардіографія з оцінкою трансмітрального доплерівського кровотоку, визначення рівня sST2 та NT-proBNP в крові. Після реєстрації вихідних даних 42 пацієнтам (група 1) призначалась базисна антигіпертензивна терапія (комбінація лізиноприлу з амлодипіном в середньотерапевтичних дозах) та 38 пацієнтам (2 група) додатково до антигіпертензивної терапії призначали еплеренон (25–50 мг/добу) та триметазидин (80 мг/день) протягом 3 місяців. Пацієнти обох груп також отримували статини, антитромбоцитарну терапію. Для корекції глікемії була призначена комбінація препаратів метформіна та гліклазиду. Математичне комп'ютерне опрацювання результатів дослідження проведено за допомогою програмного пакета «Statistica 9,0» (Statsoft Inc, США).

**Результати.** Після курсового лікування відмічено достовірне зменшення співвідношення  $E/e'$  на 9,1 % ( $p < 0,05$ ) та на 17,2 % ( $p < 0,05$ ) у хворих груп 1 та 2 відповідно. Встановлено зростання  $E/A$  на 43,8 % та 35,6 % в 1 та 2 групах відповідно, яке носило характер тенденції. В групі 1 сироватковий рівень sST2 суттєво знижувався на 50 % у порівнянні з вихідними даними, але залишались вірогідно вищими за показники контрольної групи, тоді як у групі 2 відмічено зниження цього показника до рівня контрольної групи. Після проведеного лікування рівень NT-proBNP знижувався у 1,3 рази в групі 1 та в 1,6 разів у групі 2 у порівнянні з вихідними даними, але і через 3 місяці лікування концентрація його зоставалась суттєво вище групи контролю.

Усі пацієнти успішно завершили дослідження згідно з протоколом. Побічні ефекти і небажані явища за цей період не зареєстровані.

**Висновки.** Таким чином, включення комбінації еплеренону з триметазидином в комплексну терапію хворих на ГХ з ЦД 2 типу протягом 3 місяців сприяло покращенню показників діастолічної функції, а також позитивно впливало на біомаркер міокардіального стресу і фіброзу – вміст sST2 та дисфункції міокарда – концентрацію NT-proBNP в сироватці крові, поряд з безпечністю і хорошою переносимістю.

## Вплив антигіпертензивної моно- та фіксованої комбінованої терапії на добовий профіль АТ

Г.М. Боженко, Л.В. Безродна, В.Б. Безродний

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

**Мета** – вивчити вплив моно- та комбінованої терапії на профіль добового ритму артеріального тиску.

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено 94 пацієнти високого ступеня ризику з встановленим діагнозом ГХ I та II стадії, 1-го-2-го ступеня. Серед обстежених пацієнтів було 54 жінки, що становило 57,4 %, віком від 33 до 75 (у середньому  $57,66 \pm 1,18$ ) та 40 чоловіків (42,5 %) віком від 35 до 76 років, у середньому  $54,62 \pm 1,81$  роки. Групи достовірно не різнились.

У всіх трьох групах терапії відбулось зниження середньодобового АТ, це відбулось за рахунок впливу на рівень АТ як у денний, так і в нічний періоди. Найбільший виражений ефект зниження рівня САТ відбулось саме у денний період, для всіх груп препаратів.

Лікування монотерапією телмісартану та S-амлодипіну протягом 6-ти місяців сприяло зниженню показників добового ритму АТ, як офісного, так і середньодобового. Так, середньодобовий САТ у групі телмісартану знизився на 10,7 %, ДАТ на 11,2 %; зниження САТ офісного на 11,8 % та ДАТ оф. на 9,8 %.

У групі S-амлодипіну САТ середньодобовий знизився на 12,9 % та ДАТ 14,36 %, зниження офісного САТ на 13,9 % та ДАТ на 14,36 %.

У групі фіксованої комбінованої терапії, як нами і очікувалось відбулось більш значне зниження показників, як офісного САТ на 15,9 %, ДАТ на 13,3 % так і середньодобового САТ на 14,8 % та ДАТ на 15,1 %.

Під впливом терапії у всіх трьох групах відбулось достовірне зменшення варіабельності САТ та ДАТ, як у денний, так і в нічний періоди, про це вказує зниження ранкового приросту систолічного і діастолічного тиску.

Порівняльний співставний аналіз динаміки офісного АТ щодо монотерапії телмісартаном та S-амлодипіном протягом 6-ти місяців виявив ідентичне зниження рівня як САТ на 13,2 % а так і для ДАТ на 12,9 % під впливом телмісартану, так і на тлі лікування S-амлодипіном САТ знизився на 10,7 % та ДАТ на 10,6 % ( $p < 0,001$  для всіх показників). Як і варто було очікувати антигіпер-