

Український кардіологічний журнал Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXV Національного конгресу кардіологів України (Київ, 24-27 вересня 2024 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





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

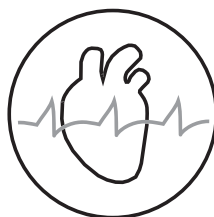
Матеріали XXV Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 24–27 вересня 2024 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 2024



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2024

Науково-організаційний комітет XXV 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, 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, Г.Д. Радченко, А.В. Руденко, К.В. Руденко, Н.М. Середюк,
Ю.М. Сіренко, М.Ю. Соколов, Т.В. Талаєва, В.К. Тащук, 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.В. Срібна,
М.А. Гуляницька, Т.М. Мовчановська, О.С. Солюян

Генеральні партнери Конгресу

AstraZeneca

(Велика Британія)
з розширеним пакетом

КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД

(Україна)

SERVIER

(Франція)

ДАРНИЦЯ

(Україна)

ARTERIUM (Україна)

BOEHRINGER INGELHEIM

(Німеччина)

PFIZER

(США)

МІКРОХІМ

(Україна)

ТОВ «Асіно Україна»

Група компаній «КУСУМ»

(Україна)

NOVARTIS

(Швейцарія)

КРКА Україна (Словенія)

Головні партнери Конгресу

Servier – MEDICAL
department

OlainFarm
(Латвія)

ЮРІЯ-ФАРМ
(Україна)

ABBOTT
(США)

Партнери Конгресу

ТОВ «Санofi-Авентіс Україна», ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» (Україна), ROSTGROUP (Україна), Фармак, ТОВ «РЕКОРДАТІ УКРАЇНА», PRO.MED.CS Praha a.s. (Чехія), САНДОЗ (Німеччина/Швейцарія), ОЗИМУК ФАРМ, WOERWAG PHARMA (Німеччина), EGIS Pharmaceuticals (Угорщина), ПРО-ФАРМА (Україна), ТОВ «ТЕВА УКРАЇНА», СОНА-ФАРМЕКСІМ (Україна), Нутрімед (Україна), Сперко Україна, МедКапіталГруп, Protech Solutions Ukraine, Фармаселект, Сінево

Стендова участь у Конгресі

SCHILLER AG (Україна), ТОВ «МЕД ЕКСІМ», ЕВЕР Нейро Фарма ГмбХ, Canon Medical Systems, RH, IMESC, ТОВ «Медігран», RESORT MEDICAL PARK

Інформаційне забезпечення:

«Український кардіологічний журнал», Видавничий дім «МОРІОН»: «Український медичний часопис», www.strazhesko.org.ua, <https://www.facebook.com/strazhesko/>

Зміст

Тези наукових доповідей

Фундаментальна медицина.....	4
Стабільна ішемічна хвороба серця	29
Інтервенційна кардіологія	38
Гострий коронарний синдром та невідкладні стани	47
Інфаркт міокарда та відновлювальне лікування	67
Аритмії серця	73
Артеріальна гіпертензія	91
Кардіометаболічний ризик	110
Серцева недостатність.....	126
Некоронарогенні захворювання серця	138
Легенева гіпертензія	153
Кардіоонкологія	158
Коморбідні стани	160
Алфавітний покажчик авторів тез	167

ми тяжкості та порівняти з популяційним контролем, а також оцінити його вплив на особливості клінічного перебігу захворювання у пацієнтів відділення інтенсивної терапії.

Матеріали та методи. До дослідження було залучено 117 пацієнтів з тяжким перебігом COVID-19 асоційованої пневмонії, які перебували на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії та 100 пацієнтів з легким перебігом COVID-19. Усім пацієнтам проводили комплексне клінічне та лабораторне обстеження, визначали молекулярно-генетичним методом I/D варіант за геном ACE із застосуванням алейспецифічної полімеразної ланцюгової реакції.

Результати. Частоти генотипів за дослідженням варіантом гена ACE значуще не відрізнялися у групах порівняння (таблиця).

Частоти генотипів гена ACE у групах порівняння

Ген, генотип	Тяжкий перебіг COVID-19 (n=117)	Легкий перебіг COVID-19 (n=100)	Популяційна частота (n=100)
ACE II	27 (23,1%),	20 (20,0%)	18 (18,0%)
I/D ID	59 (50,4%),	52 (52,0%)	51 (51,0%)
DD	31 (26,6%)	28 (28,0%)	31 (31,0%)

При проведенні кореляційного аналізу встановлено, що рівень діурезу у пацієнтів відділення інтенсивної терапії, які були носіями генотипу ID був вірогідно вищим порівняно з пацієнтами із генотипом II ($p=0,009$). Також виявили, що у пацієнтів з DD генотипом, порівняно з пацієнтами, що були носіями II генотипу, було подовжено активованій частковий тромбопластиновий час ($p=0,023$). У пацієнтів відділення інтенсивної терапії інших зв'язків з особливостями клінічного перебігу, у тому числі стану серцево-судинної системи, виявлено не було.

Висновки. Отримані результати вказують на те, що варіант I/D за геном ACE є фактором, який визначає появу дисфункції нирок та порушення гемостазу у пацієнтів із тяжким перебігом COVID-19 асоційованої пневмонії. Подальші дослідження у цьому напрямку сприятимуть розвитку персоналізованих підходів до профілактики ускладнень при лікуванні вірусних пневмоній.

Динаміка рівня асиметричного диметиларгініну у хворих за умов коморбідності

Д.А. Фельдман, Н.Г. Риндіна

Харківський національний медичний університет імені академіка Л.Т. Малої, Харків

Мета – дослідити динаміку рівня асиметричного диметиларгініну при наявності коморбідної патології у вигляді гострого інфаркту міокарда та цукро-

вого діабету 2 типу через 6 місяців після перенесеної коронарної події.

Матеріали та методи. В дослідженні брали участь 120 хворих: 1 група – хворі на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу ($n=70$), 2 група – хворі на гострий інфаркт міокарда ($n=50$). До контрольної групи ввійшло 20 практично здорових осіб.

Обстеження пацієнтів проводилося на базі наступних лікувальних закладів: комунальне некомерційне підприємство «Міська клінічна лікарня №27» Харківської міської ради та Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті №1 філії «Центр охорони здоров'я» Акціонерного товариства «Українська залізниця». Діагнози встановлювали згідно з чинними наказами Міністерства охорони здоров'я України. Усі хворі, які взяли участь в дослідженні, підписали добровільну інформовану згоду на участь в ньому. Учасникам дослідження на першу добу ГІМ та через 6 місяців після нього було визначено рівень асиметричного диметиларгініну (ADMA) з використанням комерційної тест-системи «Human Asymmetrical Dimethylarginine ELISA» (Австрія), проведено загальні клінічні та інструментальні обстеження. Статистична обробка отриманих даних була проведена за допомогою програмного пакету «Statistica 6,0» (StatSoft Inc, США).

Результати. Середній рівень ADMA на першу добу ГІМ: у хворих, які ввійшли до складу 1-ї групи – $1,57 \pm 0,11$ мкмоль/л; 2-ї – $0,61 \pm 0,06$ мкмоль/л; в контрольній групі – $0,17 \pm 0,023$ мкмоль/л ($p < 0,05$).

У хворих 1-ї групи через 6 місяців після ГІМ середній рівень ADMA дорівнював $0,96 \pm 0,05$ мкмоль/мл; 2-ї – $0,44 \pm 0,04$ мкмоль/мл ($p < 0,00001$).

У хворих на ГІМ з супутнім ЦД 2 типу після коронарорентрикулографії (КВГ) рівень ADMA дорівнював $0,92 \pm 0,04$ мкмоль/л; у хворих на ГІМ з супутнім ЦД 2 типу після проведення стандартної антикоагулянтної терапії – $0,99 \pm 0,04$ мкмоль/л; у хворих на ізольований ГІМ після КВГ – $0,4 \pm 0,01$ мкмоль/л; у хворих на ізольований ГІМ після проведення стандартної антикоагулянтної терапії – $0,48 \pm 0,01$ мкмоль/л ($p < 0,05$).

Висновки. Асиметричний диметиларгінін є маркером ендотеліальної дисфункції, що володіє прогностичними властивостями у відношенні коморбідної патології у вигляді гострого інфаркту міокарда та цукрового діабету 2 типу. У хворих за наявності вищезазначеної коморбідної патології відзначався вищий рівень асиметричного диметиларгініну на 1-шу добу коронарної події та через 6 місяців після неї порівняно з хворими на ізольований гострий інфаркт міокарда та особами контрольної групи ($p < 0,05$), що підкреслює роль ендотеліальної дисфункції як ключової ланки патогенезу вищезазначених захворювань. Після проведеної

коронарентрикулографії у хворих рівень досліджуваного показника був достовірно нижчим в порівнянні з даним показником після проведеної стандартної антикоагулянтної терапії незалежно від наявності чи відсутності цукрового діабету 2 типу.

Зміни рівнів sST2 у сироватці крові та лімфоцитах у пацієнтів з кардіоваскулярною патологією

Ю.І. Федевич, О.О. Самчук, О.Є. Склярєва, Л.І. Кобилінська, Є.Я. Склярєв

КПН «Перше територіальне медичне об'єднання м. Львова»
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
КНП «Львівський обласний клінічний діагностичний центр»

Мета – дослідження спрямоване на визначення взаємозв'язку між співвідношенням sST2 в сироватці крові і лімфоцитах та прогнозом стану коморбідних пацієнтів з кардіоваскулярною патологією. Розчинний супресор онкогенності 2 (sST2) – член суперсімейства рецепторів інтерлейкіну 1(IL-1)/Toll-like, приймає участь у проліферації клітин, процесах онкогенезу. sST2 – корисний діагностичний біомаркер кардіального ремоделювання у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ), гіпертрофією лівого шлуночка (ГЛШ), фіброзу міокарда та зниження фракції викиду у пацієнтів із серцевою недостатністю (СН).

Мета – проаналізувати зміни співвідношення рівнів sST2 в сироватці крові і в лімфоцитах в нормі та при кардіоваскулярній патології у пацієнтів з артеріальною гіпертензією на тлі провокуючих факторів (COVID-19) для визначення ймовірності несприятливого прогнозу і ризику смерті, а також оптимізації та покращення діагностики серцево-судинних захворювань.

Матеріали та методи. Обстежено 87 пацієнтів з кардіоваскулярною патологією, зокрема 1 група – 36 пацієнтів з АГ II ст., які поступали до стаціонару з гіпертонічним кризом. 2 група – 35 пацієнтів з АГ та полісегментарною пневмонією на тлі COVID-19. Додатково, була виділена група пацієнтів з зафіксованими високими значеннями sST2 саме в лімфоцитах та погіршенням перебігу захворювання. Група контролю – 16 практично здорових осіб. Усім пацієнтам проводили антропометричне обстеження, біохімічний аналіз крові, ехокардіографію, визначення рівнів sST2 у сироватці крові та лімфоцитах за допомогою імуноферментного аналізу. Забір венозної крові проводили на 5 день після госпіталізації до стаціонару на тлі проведеного лікування згідно з чинними протоколами.

Результати. Як відомо з даних літератури, в нормі співвідношення між рівнями sST2 в сироватці крові та в лімфоцитах складає до 100 разів, тобто в лімфоцитах в нормі знаходять лише залишки продукованого sST2, що в подальшому експресуються лімфоцитами у сироватку. У пацієнтів з АГ та з АГ на тлі COVID-19 це співвідношення становлять 60 і 66 разів відповідно. Проте у хворих з важким перебігом захворювання та вираженою поліорганною недостатністю це співвідношення різко змінюється до 4.4 рази, що свідчить про накопичення синтезованого sST2 всередині лімфоцитів і порушення виділення його у сироватку крові.

Висновки. Рівні sST2 є важливими маркерами важкості ураження серцево-судинної системи. Разом з тим, для об'єктивної оцінки прогнозу стану пацієнтів важливо враховувати співвідношення sST2 в сироватці крові та в лімфоцитах, що дає змогу оптимізувати діагностику несприятливих кардіоваскулярних подій.

Динамічні зміни показників імунного статусу та результати інструментальних досліджень у хворих з гострим міокардитом

С.В. Чернюк, Й.Й. Гіреш

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

Міокардит являє собою запальне ураження серцевого м'яза, що характеризується порушенням структурно-функціонального стану серця внаслідок гіперактивації імунopatологічних реакцій клітинного та гуморального типу. Вивчення динамічних змін імунного статусу та структурно-функціонального стану серця є актуальним завданням для удосконалення діагностики, прогнозування перебігу та оптимізації тактики ведення хворих з тяжким перебігом міокардиту.

Мета – дослідити динамічні зміни імунологічних біомаркерів та показників структурно-функціонального стану серця у хворих з гострим міокардитом зі зниженою фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ).

Матеріали і методи. Результати дослідження ґрунтуються на даних динамічного спостереження 80 пацієнтів з гострим міокардитом (ГМ) зі зниженою ФВ ЛШ, які на момент включення мали II–IV функціональний клас серцевої недостатності (СН) згідно з класифікацією Нью-Йоркської асоціації серця. Діагноз міокардиту встановлювали на основі Рекомендацій з діагностики та лікування міокардиту Всеукраїнської асоціації кардіологів

Саєнко Я.А.	16, 114, 134	Таранухін С.С.	103	Шустицький Р.В.	78
Сало С.В.	40	Тарасюк А.П.	94	Щенявська О.М.	97
Самчук О.О.	22	Тащук В.К.	34, 63	Щугарева Н.В.	74
Сапожниченко Л.В.	157	Терещенко Н.М.	23, 24, 29, 40	Щукіна О.С.	63
Сафонова О.М.	32	Тесленко Ю.В.	67	Ющик Л.В.	111
Свірський М.Д.	78	Тихомиров А.О.	11	Яджин О.В.	64, 124
Світлик Г.В.	76	Тімохова К.О.	13, 18	Яковенко Л.І.	79
Селюк О.В.	92, 103	Тітова Н.С.	135, 136	Якушев А.В.	80
Селюк М.М.	92, 103	Ткач Н.А.	75	Яловенко М.І.	123
Семенов В.В.	11	Ткаченко Л.М.	55, 121	Bilyi D.	45
Семенова Я.-М.О.	16	Ткаченко О.В.	17	Chabanna O.S.	107
Семенових П.С.	13, 14, 15	Топорова О.К.	12	Deryabina O.	24
Середюк В.Н.	84, 103	Торбас О.О.	101, 107	Dovhan O.	65
Середюк Н.М.	40, 41, 84, 103	Третьак І.В.	23, 24, 62, 67	Fushtey I.M.	107, 108
Серік С.А.	17, 123	Тур О.В.	156	Hrechko S.I.	71
Сиволап В.В.	18, 104, 131	Устименко А.М.	19, 20	Irkin O.	45
Сидоренко Г.В.	32	Федевич Ю.І.	22	Khanyukov O.O.	109
Сидорова Н.М.	105	Федорчук А.П.	156	Khomiakov D.	45
Ситенко А.О.	164	Фельдман Д.А.	21	Kolodnitska T.L.	71
Сичик М.М.	80	Фесенко В.І.	82, 87	Konovalov S.	24
Сичов О.С.	85	Фітковська І.П.	119, 129	Kordium V.	24
Сімагіна Т.В.	79	Фіщук Л.	20	Kornatskyi Y.	45
Сіренко О.Ю.	11	Франчук С.В.	126	Kovaleva Yu.O.	27
Сіренко Ю.М.	101	Ханюков О.О.	35, 63, 88, 123, 157	Krokhina T.	24
Сіхневич Р.А.	80	Хомяков Д.В.	33, 56	Krotova O.	25
Скварський Р.О.	148	Хребтій Г.І.	110	Liashenko A.	89
Скибчик Я.В.	86	Цвіренко С.	20	Lutay I.	45
Склярів Є.Я.	22	Циганенко І.В.	67	Melnychuk I.O.	89
Склярів О.Є.	22	Циганков О.І.	153	Moroz V.	24
Сливна А.Б.	161	Чабанна О.С.	81	Nesterenko Yu.A.	25
Смоланка І.І.	52	Чайчук С.О.	43	Nesterenko Y.A.	26
Смольянова О.В.	157	Чеботарьов М.Д.	8, 12	Palamarchuk O.I.	107, 108
Собіров Барно Бобірогли	149	Чендей Т.В.	151	Parkhomenko A.	45, 65
Соколов В.В.	101	Ченчик Т.О.	123	Podsevahina S.L.	108
Соколов М.Ю.	7, 44, 51	Чернишов В.А.	15, 39	Pyvovar S.	25
Соколова А.М.	165	Чернюк С.В.	22, 161	Radchenko O.M.	125, 137
Соколова М.В.	94	Чернявська Ю.	20	Rudyk Ir.	25
Солейко Л.П.	150	Чмир Н.В.	111	Rybachuk O.A.	25, 26
Солейко О.В.	150	Човганюк О.С.	129	Sapozhnychenko L.V.	109
Солов'юк О.О.	158	Чубко Н.Ю.	31, 55, 121		
Солов'ян Г.М.	61, 85	Шаваров Ю.І.	42		
Соломенчук Т.М.	42, 64, 124	Шамшур М.В.	7		
Соломкіна А.Ю.	82	Швидка М.П.	31, 55, 121		
Соломончук А.В.	150	Шевела В.С.	44		
Срібна О.В.	85	Шейко С.О.	36, 37		
Стаднік О.І.	11	Шкапо В.Л.	14, 153		
Старжинська О.Л.	126	Шпак С.С.	40		
Стасишена О.В.	61, 85	Шумаков В.О.	23, 24, 29, 40		
Стахова А.П.	106	Шумаков О.	39		
Степура А.О.	33				
Стецюк І.О.	122				
Сурсаєва Л.М.	135				
Талаєва Т.В.	23, 62, 67				
Тарануха Л.І.	16				