

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

XVII НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ КАРДІОЛОГІВ УКРАЇНИ

Президія науково-організаційного комітету:

В.І. Цимбалюк (співголова), В.М. Коваленко (співголова), К.М. Амосова, Ю.В. Вороненко, Г.В. Дзяк, І.М. Ємець, Ю.І. Кундієв, В.В. Лазоришинець, М.І. Лутай, О.М. Пархоменко, О.С. Сичов, Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Б.М. Тодуров

Члени науково-організаційного комітету:

В.В. Братусь, В.І. Волков, О.П. Волосовець, Г.С. Воронков, Л.Г. Воронков, Т.І. Гавриленко, О.С. Гавриш, В.К. Гринь, М.М. Долженко, А.П. Дорогой, В.М. Ждан, Д.Д. Зербіно, М.Г. Ілляш, О.А. Коваль, С.М. Коваль, О.В. Коркушко, В.М. Корнацький, О.І. Мітченко, В.А. Міхньов, Л.С. Мхітарян, О.Г. Несукай, В.З. Нетяженко, О.С. Ніконенко, Н.А. Острополець, А.В. Руденко, В.Ф. Сагач, Є.П. Свіщенко, Н.М. Середюк, І.П. Смирнова, М.Ю. Соколов, Т.В. Талаєва, М.Д. Тронько, М.К. Фуркало, В.Й. Целуйко, В.О. Шумаков

Відповідальний секретар: Л.Л. Вавілова

Секретаріат: М.А. Гуляницька, О.М. Зверев

Генеральні партнери:

SANOFI
(Франція)

BAYER
(Німеччина)

SERVIER
(Франція)

KRKA
(Словенія)

TAKEDA
(Японія)

ДАРНИЦЯ
(Україна)

ARTERIUM
(Україна)

Головні партнери:

PFIZER
(США)

КУСУМ ФАРМ
(Україна)

RICHTER GEDEON
(Угорщина)

OLFA
(Україна)

AstraZeneca
(Велика Британія)

Партнери:

КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД (Україна), **GRINDEX** (Латвія), **STADA CIS** (Німеччина), **NOVO NORDISK** (Данія), **MEDOCHEMI LTD** (Кіпр), **ФАРМАСТАРТ** (Україна), **ПРО ФАРМА** (Україна), **AUROBINDO** (Індія), **АНАНТА МЕДІКЕАР ЛТД.** (Велика Британія), **НВФ МІКРОХІМ** (Україна), **ЮРІЯ-ФАРМ** (Україна), **WOERWAG PHARMA** (Німеччина), **ЗДРАВО** (Україна), **OSYRKA** (Німеччина)

Зміст

Передова стаття

Серцево-судинні хвороби: медично-соціальне значення та стратегія розвитку кардіології в Україні

В.М. Коваленко, А.П. Дорогой..... 5

Гендерные особенности факторов сердечно-сосудистого риска у пациентов Украины и Европы по данным EUROASPIRE IV: общая практика

В.М. Коваленко, М.Н. Долженко, Е.Г. Несукай, Я.С. Дьяченко, А.О. Нудченко, К. Фарадж 15

Артеріальна гіпертензія

Гіперурикемія та артеріальна гіпертензія – чи існує зв'язок?

Л.А. Міщенко 24

Тези наукових доповідей 30

Кардіометаболічний ризик

Рання менопауза як специфічний фактор серцево-судинного ризику в жінок

О.І. Мітченко, Г.Я. Ілюшина 85

Тези наукових доповідей 91

Хронічна ішемічна хвороба серця

Тези наукових доповідей 109

Гострий інфаркт міокарда та невідкладні стани

Рання постгоспитальна кардіореабілітація пацієнтів після інфаркта міокарда – основа ефективної вторичної профілактики

И.Э. Малиновская, В.А. Шумаков, Н.М. Терещенко..... 126

Тези наукових доповідей 132

Інтервенційна кардіологія

Тези наукових доповідей 156

АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

Роль показників тканинної доплерографії в оцінці ефективності терапії у хворих на гіпертонічну хворобу

Т.В. Ащеулова, О.В. Гончарь, С.В. Іванченко

Харківський національний медичний університет

Зважаючи на доведену позитивну прогностичну роль зниження артеріального тиску (АТ), основним критерієм ефективності терапії при гіпертонічній хворобі (ГХ) є досягнення цільового рівня АТ. У той же час, прогноз перебігу ГХ великою мірою залежить від наявності та швидкості розвитку ураження органів-мішеней. Серед загально визнаних маркерів їх ураження достатньо швидкою динамікою для використання при підборі індивідуального режиму терапії характеризується лише мікроальбумінурія. Структурні ж зміни з боку серцево-судинної системи під впливом лікування зазнають зворотного розвитку дуже повільно (протягом не менш як 6–12 міс) або взагалі не піддаються регресу. З огляду на те, що в більшості хворих на ГХ синдром хронічної серцевої недостатності (ХСН) не супроводжується зниженням скоротливої функції ЛШ, використання її маркерів (передусім, фракції викиду) для спостереження в короткостроковому періоді також не є доцільним. У той же час, ретельна оцінка стану діастолічного наповнення ЛШ може бути перспективною з огляду на доведений зв'язок із клінічною симптоматикою у таких пацієнтів, швидку динаміку під впливом терапії (ранньодіастолічна функція, найспецифічніший маркер – швидкість руху ФКМК в ранню діастолу Еа) та високу прогностичну значущість щодо розвитку фіброзу міокарда ЛШ з подальшим зниженням скоротливості (пізньодіастолічна функція, найспецифічніший маркер – відношення Е/Еа на мітральному клапані).

Мета – визначити інформативність параметрів діастолічного наповнення ЛШ за даними тканинної доплерокардіографії (ТДЕхоКГ) в оцінці ефективності терапії у хворих на ГХ та ХСН зі збереженою систолічною функцією ЛШ.

Матеріал і методи. Під спостереженням протягом 3 місяців перебувало 32 хворих із ГХ та ХСН зі збереженою систолічною функцією ЛШ, які проходили стаціонарне лікування на базі Міського центру діагностики та лікування артеріальної гіпертензії м. Харкова. В усіх пацієнтів протягом строку госпіталізації було досягнуто цільового рівню АТ на тлі проведеної в перший день корекції медикаментозної терапії. Діагностику та верифікацію ГХ проводили згідно з національними рекомендаціями з діагностики та лікування АГ (2012), ХСН – згідно з національними рекомендаціями з діагностики та лікування серцевої недостатності (2013). Усім хворим на початку (8–10-та доба госпіталізації) та наприкінці періоду спостереження було проведено поглиблене ультразвукове дослідження серця з визначенням параметрів трансмітрального кровотоку, діастолічного руху фіброзного кільця мітрального клапана (ФКМК) та встановленням типу діастолічної дисфункції (ДД).

Результати. На початку спостереження за даними ТДЕхоКГ серед обстежених пацієнтів 19 мали ДД I типу, 13 – II типу. Після закінчення 3-місячного терміну було проаналізовано відмінності клінічної картини та толерантність до фізичного навантаження (визначалася дистанція 6-хвилинної

ходьби) у підгрупах пацієнтів, які досягли/не досягли приросту значення піку Еа руху ФКМК не менш як на 10% для хворих, які мали ДД I типу (11 та 8 пацієнтів відповідно), та зниження відношення Е/Еа не менш як на 10% для хворих із ДД II типу (5 та 8 хворих відповідно). Для групи хворих, які на тлі терапії досягли покращення показників наповнення ЛШ, було характерним вірогідно більше зниження інтенсивності задишки ((2,7±0,4) бали проти (1,6±0,3), $p<0,05$) та втомлюваності ((3,2±0,5) бали проти (1,8±0,5), $p<0,05$) за візуально-аналоговою шкалою, а також більший приріст дистанції 6-хвилинної ходьби ((112±20) проти (63±13) м, $p<0,05$). Суб'єктивно оцінювали якість лікування як задовільну 14 (87,5%) хворих 1-ї та 9 (56,3%) – 2-ї групи, $p<0,05$.

Висновки. У хворих на ГХ, що ускладнена синдромом ХСН зі збереженою систолічною функцією ЛШ, визначення динаміки змін піку Еа руху ФКМК та відношення Е/Еа надає додаткову інформацію щодо ефективності терапії та сприяє скороченню строків підбору індивідуально ефективної схеми лікування.

Особливості імунного статусу хворих на ХОЗЛ, поєднане з ренопаренхімною артеріальною гіпертензією

Н.Г. Бичкова, С.А. Бичкова, Д.І. Новосад

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ
Українська військово-медична академія, Київ*

Мета – визначити особливості клітинної та гуморальної ланок імунної системи у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) III стадії, поєднане із ренопаренхімною артеріальною гіпертензією (РАГ).

Матеріал і методи. Обстежено 59 хворих на ХОЗЛ III стадії, середній вік яких становив (51,3±4,2) року. Основну групу склали 30 осіб із поєднанням ХОЗЛ та РАГ, які мали хронічну хворобу нирок (ХХН) I–II стадії. У групу порівняння ввійшли 29 пацієнтів із ХОЗЛ без РАГ та ХХН. Пацієнти із ХОЗЛ обстежені у фазу ремісії захворювання. Контрольну групу склали 35 здорових осіб, рандомізованих за віком та статтю.

Результати. У хворих обох груп було виявлено вірогідно нижчий вміст CD3⁺ лімфоцитів порівняно із показником контрольної групи відповідно на 27,62% ($p<0,05$) та 30,65% ($p<0,05$), що обумовлено середньотяжким перебігом основного захворювання – ХОЗЛ III стадії. Процентна кількість CD4⁺ лімфоцитів у периферичній крові не мала вірогідних відмінностей від даних контрольної групи, що обумовлено середньоважким перебігом ХОЗЛ на тлі знижених показників імунної системи, наявності аутоімунних порушень із активацією окремих ланцюгів імунної відповіді. Внаслідок вищенаведених процесів було виявлено зниження відносної кількості CD8⁺ лімфоцитів в основній групі – на 82,20% ($p<0,05$), а в групі порівняння – на 70,49% ($p<0,05$), підвищення рівня В-лімфоцитів незалежно від наявності РАГ та збережений в обох групах вміст NK-клітин.

Суттєві відмінності було виявлено у відносній кількості активованих лімфоцитів із раннім маркером активації CD25⁺ та молекули адгезії ICAM-1. В основній групі відносна кількість

АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК АВТОРІВ ТЕЗ

- Аболмасов 133
 Азаренко 167
 Аль Салама Мухамед Васек 222
 Альмиз 184
 Амбросова 91, 92
 Амеліна 60, 144, 216
 Андреева 67
 Андрусишина 232
 Андрушевська 115, 136
 Аносова 178
 Ареф'єва 216
 Артеменко 175
 Асоян 187
 Ащеулова 30, 91, 92
- Бабаджан 136
 Бабець 229
 Бабий 153, 156
 Бабкіна 123, 259
 Бабляк 64
 Багрій 40
 Базика 44, 80, 97
 Байрамов 250, 253
 Барнетт 99, 136
 Батицька 35
 Бачинський 151
 Бачук-Понич 217
 Бедзай 123, 145
 Безпрозванна 37
 Бек 92
 Белый 143
 Бельмас 177, 178
 Беляєва 217, 218
 Бенів 148, 184
 Беньковська 58
 Березин 132, 188
 Березина 188
 Беш 132, 232
 Бикова 232
 Бильченко А.А. 54
 Бицадзе 150
 Бичков 31, 32, 49
 Бичкова Н.Г. 30, 31
 Бичкова С.А. 30, 31
 Біловол 167, 188
 Більченко 54, 124, 193
 Бірець 229, 236
 Боброва 33
 Бобронникова 167
- Богатирьова 76
 Бодрецька 110
 Боев 39
 Боженко 33
 Бойко В.В. 218
 Бойко О.І. 112, 132, 218
 Большак 219, 247, 251
 Бондаренко 177, 178
 Бондарь 122, 146
 Борзова 201
 Борзова-Коссе 93
 Брек 98
 Брильова 141
 Брік 202
 Брюзгіна 117
 Бугаєнко 117, 119, 245
 Бугерук 76, 168
 Бугро 223
 Будник 173
 Буженко 34
 Бузунов 220
 Бурмак 163, 258
 Буряковская 96
- Вакалюк І.І. 175
 Вакалюк І.П. 63
 Вакуленко 170, 251
 Валігура 35
 Ванчуляк 52
 Василенко 185, 203, 204
 Василечко 175
 Василичук 53
 Васильєва 35
 Витовский 219
 Витриховський 220, 221
 Вишневська 133, 137
 Візір 93
 Вірна 42
 Вічар 153
 Вовченко 96, 97
 Волков В.І. 97
 Волков Д.Є. 157, 221
 Волкова 229
 Волошина І.М. 36
 Волошина О.Б. 36, 76, 168
 Воронков 189, 196, 257
- Габисония 101
 Гавриленко 139, 196, 245
- Гавриш 189, 222
 Гальченко 110
 Галютіна 217
 Гаман 175
 Гарбар 180
 Гвоздик 104
 Герасименко 39
 Герашенко 202
 Герич 125
 Гетьман 182
 Гилева 137
 Гищак 54
 Гідзинська 37, 245
 Гінгуляк М.О. 222
 Гінгуляк О.М. 60, 75, 222
 Гіresh 56
 Глагола 150
 Глінка 203, 204
 Глушко 203
 Гойда 223
 Голікова 118
 Голтвян 115, 224
 Гончарь 30, 133
 Гошовська 194, 241
 Гошовський 194, 241
 Гребеник 133, 134, 168
 Гречаник 224
 Гречко 75, 134, 257
 Грива 37
 Грицай 190
 Грібенюк 243
 Громенко 188
 Губіна 37
 Гук-Лешневська 225
 Гулага 144
 Гуляш 174
 Гуменюк 225
 Гур'єва 110, 252
 Гур'янов 182
 Гуртовенко 225
- Даниленко 46
 Данильчук 256
 Дейнега 36
 Демиденко 94, 95
 Демиденок 174
 Демянчук 150, 161
 Денесюк В.І. 109, 190
 Денесюк О.В. 109