

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ XIX НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ КАРДІОЛОГІВ УКРАЇНИ

Президія науково-організаційного комітету:

В.М. Коваленко (співголова), В.І. Цимбалюк (співголова), К.М. Амосова, О.М. Біловол, Ю.В. Вороненко, В.В. Лазоришинець, М.І. Лутай, О.М. Пархоменко, Ю.М. Сіренко, О.С. Сичов, Ю.М. Соколов, О.Г. Несукай

Члени науково-організаційного комітету:

В.В. Братусь, Л.Л. Вавілова, О.П. Волосовець, Л.Г. Воронков, Т.І. Гавриленко, М.М. Долженко, І.М. Ємець, В.М. Ждан, О.А. Коваль, С.М. Коваль, С.М. Кожухов, О.В. Коркушко, В.М. Корнацький, О.І. Мітченко, В.А. Міхньов, В.З. Нетяженко, О.С. Ніконенко, Л.А. Міщенко, М.В. Рішко, А.В. Руденко, К.В. Руденко, Н.М. Середюк, М.Ю. Соколов, Т.В. Талаєва, В.К. Тащук, Б.М. Тодуров, М.Д. Тронько, М.К. Фуркало, В.Й. Целуйко, В.О. Шумаков

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

Генеральні партнери:

ТОВ «САНОФІ-АВЕНТИС
Україна»

BAYER
(Німеччина)

SERVIER
(Франція)

ТОВ «КРКА УКРАЇНА»

TAKEDA
(Японія)

ДАРНИЦЯ
(Україна)

BOEHRINGER INGELHEIM
(Німеччина)

ARTERIUM
(Україна)

NOVARTIS
(Швейцарія)

Головні партнери:

КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ
ЗАВОД *(Україна)*

КУСУМ ФАРМ
(Україна)

AstraZeneca
(Велика Британія)

Партнери:

MEDOCHEMIE LTD *(Кіпр)*, **ACINO** *(Швейцарія)*, **ЮРІЯ-ФАРМ** *(Україна)*, **ROSTGROUP** *(Україна)*, **GEDEON RICHTER** *(Угорщина)*, **GRINDEKS** *(Латвія)*, **OLFA** *(Латвія)*, **САНДОЗ** *(Німеччина/Швейцарія)*, **СОНА-ФАРМЕКСІМ** *(Україна)*, **PRO.MED.CS Praha a.s.** *(Чехія)*, **ЗДРАВО** *(Україна)*, **D-r REDDY'S** *(Індія)*, **ЮТАС** *(Україна)*, **Борщагівський ХФЗ** *(Україна)*, **IPCA** *(Індія)*, **ASPEN PHARMA** *(Ірландія)*, **World Medicine** *(Велика Британія)*, **ALVOGEN** *(Україна)*, **WOERWAG PHARMA** *(Німеччина)*, **LLC «FORCE-PHARMA» Distribution** *(Україна)*, **ТОВ «АФС Медцинтехнік»** *(Україна)*

Зміст

Тези наукових доповідей

Артеріальна гіпертензія	4
Кардіометаболічний ризик	42
Хронічна ішемічна хвороба серця	59
Інфаркт міокарда	75
Інтервенційна кардіологія та невідкладні стани	111
Некоронарогенні захворювання серця	120
Аритмії серця	136
Серцева недостатність	160
Різні проблеми кардіології	174
Афавітний покажчик авторів тез	183

28,0 (24,0–33,5), в 3-й групі – 29,0 (27,0–34,0) кг/м² ($p=0,016$). Медіана тривалості АГ складала, відповідно, 3 (квартилі 2–5), во 2-й – 8 (5–11), в 3-й – 9 (6–15) років ($p<0,001$). Рівень офісного систолического АД склав 145 (140–152), 150 (145–160) і 155 (148–164) мм рт. ст. ($p=0,004$). Курення зареєстровано, відповідно, у 7 (20,6 %), 15 (34,1 %) і 15 (46,9 %) пацієнтів ($p=0,07$). Клінічні групи достовірно не відрізнялися за більшістю біохімічних показувачів, в тому числі показувачам ліпідного спектра. Рівень глюкози в 1-й групі склав 5,5 (5,0–5,8), во 2-й групі – 5,8 (5,5–6,5), в 3-й групі – 6,0 (5,7–7,3) ммоль/л ($p=0,0065$); ввиду небагатої кількості пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу тенденція до відмінностей його частоти в різних групах не досягла достовірності. Визначення швидкості клубочкової фільтрації виявило різницю між 1-й групою, де вона склала в середньому 90 (82–98) мл/мин і відсутність відмінностей між пацієнтами 2-й і 3-й груп, де вона склала 73 (52–82) і 77 (63–84) мл/мин відповідно. Атеросклеротичні бляшки в БЦА виявлені, відповідно, у 5 (15 %), 32 (72 %) і 29 (90 %) пацієнтів ($p=0,0152$).

Висновки. Групи пацієнтів молодого і середнього віку з АГ і різною ступенню змін КИМ відрізнялися за рівнем офісного АД, рівнем глюкози, а також наявністю курення. В той же час в клінічних групах не було виявлено достовірних відмінностей рівнів ліпідів, швидкості клубочкової фільтрації. Утолщення КИМ частіше асоціювалося з атеросклеротичними бляшками в БЦА.

Случай выявления легочной артериальной гипертензии у женщины в возрасте 68 лет

Л.И. Васильева, О.С. Калашникова, Л.В. Мелешник, Э.А. Маркова

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
КУ «ДОКЦК ДОС», Днепро

Цель – представить актуальность направления на консультацию в специализированный центр диагностики и лечения легочной гипертензии больных с одышкой с/без синкопальными состояниями и симптомами недостаточности правого желудочка, которые не уменьшаются на фоне назначенного лечения на примере разбора случая выявления легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) у пациентки в возрасте 68 лет.

Материал и методы. Анализ жалоб, анамнеза заболевания, архивов рентгенограмм ОГК и ЭКГ, результатов ЭхоКГ и доплерографического исследования, данных коронароангиографии, ангиопульмонографии и катетеризации правых отделов сердца. Выявление ведущих синдромов и проведение дифференциально-диагностическими с такими заболеваниями, как врожденные пороки сердца, хроническая тромбоэмболическая легочная гипертензия и легочная артериальная гипер-

тензия. Обоснование необходимости проведения дополнительных исследований, таких как КТ ОГК в нативном и ангио-режиме. Проведение повторной катетеризации правых отделов сердца.

Результаты. На кафедру внутренней медицины №3 ГУ «ДМА МЗ Украины» по направлению врача-кардиолога обратилась пациентка 68 лет с установленным диагнозом «Тромбоэмболия легочной артерии. Синкопальное состояние (ноябрь 2016). Спонтанная реканализация тромбов в крупных ветвях легочной артерии. Легочная гипертензия тяжелой степени (среднее давление в легочной артерии 60 мм рт. ст.). Дилатация правых отделов сердца, атриомегалия правого предсердия, дилатация ствола и легочных артерий. Вторичная эритремия. ИБС: стабильная стенокардия II ФК. Стенозирующий коронароатеросклероз (многососудистое поражение коронарных артерий со стенозированием до 40 %). СН II А ст. со сниженной систолической функцией правого желудочка (ФВ 30 %) при сохраненной систолической функции левого желудочка (ФВ 56 %). III ФК по NYHA». Лечение проводилось антикоагулянтами (арикстра), диуретиком (торсид), бета-адреноблокатором (бисопролол), антагонистом минералокортикоидных рецепторов (спиронолактон), статином (аторвастатин), ингибитором протонной помпы (пантосаном).

Выводы. 1) Направление больной с выраженной одышкой и синкопальным состоянием в специализированный центр диагностики и лечения легочной гипертензии способствовало выявлению ЛАГ в возрасте 68 лет. 2) Следование стандартизированному алгоритму диагностического поиска при легочной гипертензии, выявленной по данным эхокардиографического доплерографического исследования, дает возможность исключить широкий спектр заболеваний, клинические проявления которых схожи с ЛАГ. 3) Уровня давления в легочной артерии более 25 мм рт. ст. недостаточно для того, чтобы выставить диагноз ЛАГ. 4) Анализ рентген-архива, КТ ОГК в нативном и ангио-режиме, катетеризация правых отделов сердца (измерение давления в легочной артерии, давления заклинивания в легочных артериях и определение сердечного выброса) позволили исключить врожденные пороки сердца, тромбоэмболию легочной артерии и хроническую тромбоэмболическую легочную гипертензию.

Порушення синтезу кісткової тканини як результат поєднаного перебігу гіпертонічної хвороби та хронічного панкреатиту

Т.І. В'юн¹, О.А. Лазуткіна², Л.М. Пасієшвілі³

¹ Харківський національний медичний університет

² Харківська міська багатопрофільна лікарня №18

Кальцій є необхідним компонентом організму людини: бере участь у формуванні клітинних структур, процесах нервового збудження, скорочення м'язів, синтезу гормонів та процесах згортання крові. Понад 98 % його концентрується в кістковій тканині та разом

з фосфором визначає її міцність, а поєднання кальцію та магнію забезпечує роботу серцево-судинної системи. Окрім того, він бере участь в синтезі низки ферментів, зокрема, підшлункової залози. В разі поєднання гіпертонічної хвороби (ГХ) та хронічного панкреатиту (ХП), які в своєму перебігу потребують участі кальцію, можна припустити наявність конкурентних відношень між цими нозологічними формами за його використання.

Мета – визначення стану кальцієвого обміну у пацієнтів з ГХ та ХП та вплив їх поєднання на розвиток ускладнень.

Матеріал і методи. Обстежено 57 пацієнтів з поєднаним перебігом ГХ та ХП та 31 особа з ХП без артеріальної гіпертензії. Контрольні показники фракцій кальцію крові визначали у 20 практично здорових осіб. Всі групи були зіставні за статтю та віком. Стан кальцієвого обміну визначали біохімічним методом (набор реактивів PLIVA-Lachema, Чеська республіка). Іонізований кальцій (Ca_i) сироватки крові розраховували за формулою Д.И. Міцури; одночасно визначали кальцієвий коефіцієнт КК (відношення загального та іонізованого Са між біологічними рідинами).

Результати. При дослідженні вмісту загального Са сироватки крові було встановлено його зменшення як у пацієнтів основної групи ((2,32±0,01) ммоль/л), так і групи порівняння (2,50±0,01) проти контролю – (2,62±0,03) ммоль/л (p<0,05). Показник Ca_i також був нижче, ніж у контролі ((1,23±0,01) ммоль/л) – (1,16±0,01) та (1,18±0,01) ммоль/л відповідно (p<0,05). Такі зміни в показниках фракцій кальцію крові призводили до збільшення кальцієвого коефіцієнту з (46,9±0,2) % до (49,8±0,2) % у осіб основної групи, за відсутності його коливання у пацієнтів з ізольованою ХП (47,0±0,3 %). Показники кальцієвого обміну не мали залежності від статі, віку та тривалості анамнезу захворювань.

На нашу думку, зміни в обох фракціях кальцію сироватки крові без їх впливу на кальцієвий коефіцієнт у пацієнтів з ізольованим ХП є результатом порушення всмоктування цього макроелементу в тонкому кишечнику, обумовленого порушенням процесів травлення. В такому разі розвиток мальдигестії також зменшує надходження вітаміну D, що посилює гіпокальціємію. Іони кальцію беруть участь в синтезі ферментів підшлункової залози, тобто при розвитку гіпокальціємії можна очікувати формування екзокринної недостатності органу. Однак, у таких хворих зберігаються співвідношення між фракціями Са в біологічних речовинах, що майже не впливає на «функціональні об'язки» цього елемента в організмі.

При поєднанні ГХ та ХП збільшуються кількісні порушення та за даними кальцієвого коефіцієнту відбувається перерозподіл Са між клітинами та міжклітинним простором. При відсутності адекватного надходження Са з їжею, його поповнення для «повсякденної потреби» організму відбувається за рахунок кісткової матриці. Тобто виникають передумови до формування остеопорозних станів.

Висновки. Поєднання ГХ та ХП – кальцій-залежних захворювань – відбувається за рахунок кількісних

та якісних змін основних фракцій кальцію, що провокує надходження кальцію з депо – кісткової тканини. В такому разі, при означених нозологічних формах вже на ранніх етапах спостереження є доцільним визначати стан кісткової тканини з метою попередження формування остеопенічних станів.

Прогностичні маркери у хворих на ідіопатичну легеневу артеріальну гіпертензію

І.О. Живилю, Є.Ю. Тітов, Ю.М. Сіренко

*ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології
імені М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ*

У сучасних рекомендаціях з діагностики легеневої гіпертензії особлива увага приділяється оцінці довготривалого прогнозу з урахуванням анамнестичних, клінічних, лабораторних, інструментальних та гемодинамічних даних.

Мета – вивчити прогностичні маркери у хворих на ідіопатичну легеневу артеріальну гіпертензію (ІЛАГ) у українській популяції.

Матеріали і методи. Обстежено 45 пацієнтів з ІЛАГ, з них 37 (82,2 %) жінок, середній вік – (42,0±1,9) року. Були визначені рівні сечової кислоти, N-термінального фрагмента натрійуретичного пропептиду (NT-proBNP), проведений тест з 6-хвилинною ходьбою, визначений серцево-гомільковий судинний індекс (СГІ), проведена доплер-ехокардіографія (ЕХОКГ) та катетеризація правих відділів серця (КПС). Статистичний аналіз отриманих даних проведено за допомогою програм системи SPSS для Windows, версія 21 (SPSS Inc, США). Відмінності вважали значущими при p<0,05.

Результати. За даними нашого дослідження, при всебічній оцінці прогнозу та визначенні ризиків (оцінка ризику смертності протягом 1 року) у пацієнтів з ІЛАГ: низький ризик (< 5 %) був у 11 хворих (25 %), середній ризик (5–10 %) – у 19 пацієнтів (42 %) та високий ризик (> 10 %) – у 15 пацієнтів (33 %). За 3-річний період спостереження від серцево-легеневих причин померло 10 пацієнтів середнього та високого ризику (22,2 %), з них 3 чоловіка та 7 жінок. Вони сформували першу підгрупу порівняння. Другу підгрупу сформували 35 хворих (78,8 %) з ІЛАГ, які вижили. Середній вік пацієнтів першої підгрупи достовірно не відрізнявся від віку пацієнтів другої підгрупи ((45,2±4,5) року проти (41,2±2,1) року, НД). Рівень NT-proBNP у пацієнтів першої підгрупи був в 23 рази вище нормальних значень та в 4 рази вище, аніж в другій підгрупі ((2835,3±703,8) пг/мл проти (776,9±160,9) пг/мл, p<0,05). Рівень сечової кислоти, як маркер тканинної гіпоксії, в першій підгрупі був достовірно вище, ніж в другій ((424,4±24,5) мкмоль/л проти (338,7±19,5) мкмоль/л, p<0,05). В підгрупі пацієнтів, які померли за період спостереження, гіперурикемія була діагностована у кожного другого, а в другій підгрупі – лише у кожного п'ятого пацієнта. Середні результати тесту з 6-хвилинною ходьбою у пацієнтів пер-

АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК АВТОРІВ ТЕЗ

- Абдурахманов 121
 Абраменко 59
 Азаренко 4
 Алвейс 97
 Альмиз 136
 Амеліна 71, 148
 Амосова 160
 Андрійців 152
 Аніскевич 179
 Аносова 170, 178
 Анохіна 170
 Артеменко 163
- Бабаджан 90, 91
 Бабій 111
 Бабляк 112, 113, 117
 Бабочкіна 150
 Базика 4, 38, 59
 Баранова 144
 Барзак 101, 133
 Башта 176
 Бевзюк 136
 Безродна 5
 Безродний 5, 151, 160
 Бек 42
 Беш 75
 Бикова 174
 Бичко 97
 Бичков 5
 Бичкова Н.Г. 5
 Бичкова С.А. 6
 Білий 59, 93, 94
 Біловол 6
 Білоус 59
 Більченко 137
 Бірець 174
 Богдан І.В. 16
 Богдан Т.В. 31
 Боговіна 62
 Богослав 7
 Боженко 8
 Божко 16, 23, 24
 Бойко В.В. 116
 Бойко О.І. 75
 Большак 120, 131
 Бондар 16, 54, 69
 Бондаренко А.В. 115
- Бондаренко О.О. 75
 Бондаренко О.П. 75
 Бондаренко Ю.М. 143
 Борзова 168
 Борзова-Коссе 76
 Боровик 76, 77
 Бородай А.О. 152
 Бородай Е.С. 152
 Борхаленко 59
 Бринза 137, 143, 156
 Бугаев 75
 Бугаєнко 60, 72
 Будник 77, 87
 Буженко 8
 Була 113
 Булат 42, 43
 Буртняк 9
 Буряк 120
 Буряковская 10, 14
- Вайда 114, 126, 127
 Вакуленко 120, 131
 Варбанець 113, 121
 Василенко А.М. 138
 Василенко В.А. 43, 44
 Василенко О.В. 160
 Василичук 21
 Васильєва Лариса 78, 79
 Васильєва Людмила 78, 79
 Васильєва Л.І. 11, 170
 Васильєва Н.Ю. 10
 Вербовська 152
 Веремеєнко 137
 Витриховський 139
 Вишневська 95
 Вірна 63
 Вітовський 122
 Вовченко 14, 45
 Вознюк 143
 Войтович 99
 Волков В.И. 52
 Волков Д.Є. 137
 Волкова 30
 Волобуєва 37, 54
 Волошина 102
 Воронков 60, 160, 161
 Восух 71
- В'юн 11
- Гавриленко 60, 160, 162
 Галашко 82
 Галушка 181
 Гальчінська 16, 45
 Гаман 51
 Гаркавенко 136
 Гелетюк 34
 Герасимчук 101, 117
 Гетьман 146
 Гилієва 79
 Гінгуляк 61
 Гіреш 126, 130
 Глебова 83
 Голікова 65, 66
 Гончарь 89
 Горб 53, 54
 Горбань 115
 Горбачова 60, 161
 Горда 151, 160
 Гребеник 80
 Гречаник 62
 Гречко 81
 Грібенюк 50
 Гріднева 91
 Гулага 148
 Гуменюк 122
 Гур'єва 113, 121
 Гур'янов 146
 Гуртовенко 123
- Данілевич 140
 Дем'яненко 112, 113, 117
 Денесюк В.І. 81, 141
 Денесюк О.В. 81, 141
 Деяк 4
 Дидусь 136
 Дітківський 114, 147
 Дмитерко 177
 Дмитриченко 126
 Добрянський 143
 Довганич 4, 38
 Довгань 113
 Доронин 142
 Дроботько 21
 Дудка 105, 143