

# УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ



**Додаток 1/2017**

*Ukrainian Journal of Cardiology*

ISSN 1608-635X

Науково-практичний журнал  
Видається із січня 1994 року

Засновник:  
ДУ «Національний науковий центр  
"Інститут кардіології імені академіка  
М.Д. Стражеска" НАМН України»

## Матеріали XVIII Національного конгресу кардіологів України (Київ, 20–22 вересня 2017 р.)

Головний редактор: *В.О. Шумаков*

Наукова редакція випуску: *М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,  
А.П. Дорогой, О.І. Мітченко, О.Г. Несукай, О.М. Пархоменко,  
Є.П. Свіщенко, О.С. Сичов, Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва*

### Редакція журналу

ДУ «Національний науковий центр "Інститут  
кардіології ім. М.Д. Стражеска" НАМН України»  
вул. Народного Ополчення, 5  
м. Київ, Україна, 03680 МСП

Відповідальний секретар:

О. Й. Жарінов (тел. +38 (044) 291-61-30)

Випусковий редактор:

І. М. Чубко (iryna.chubko@gmail.com)

[www.ukrcardio.org](http://www.ukrcardio.org)

### Видавець

ТОВ «Четверта хвиля»  
просп. В. Лобановського, 119, оф. 213  
03039, м. Київ  
Тел.: (44) 221-13-82  
Факс: (44) 501-68-24  
E-mail: [4w@4w.com.ua](mailto:4w@4w.com.ua)  
[www.4w.com.ua](http://www.4w.com.ua)

## Зміст

### Передова стаття

Гендерные и диагностические особенности тревожности и депрессии у пациентов Украины и Европы по данным EUROASPIRE IV: госпитальная линия <b>В.Н. Коваленко, М.Н. Долженко, Е.Г. Несукай, Я.С. Литвиненко, А.О. Нудченко, К. Фарадж</b> от группы исследователей EUROASPIRE IV .....	4
--	---

### Тези наукових доповідей

Артеріальна гіпертензія .....	8
Кардіометаболічний ризик .....	43
Хронічна ішемічна хвороба серця .....	74
Інфаркт міокарда .....	87
Інтервенційна кардіологія та невідкладні стани .....	100
Некоронарогенні захворювання серця .....	118
Аритмії серця .....	131
Серцева недостатність .....	155
Різні проблеми кардіології .....	168
Афавітний показник авторів тез .....	180

- Григорійчук 170  
Гриднева 77  
Гриненко 137  
Грібенюк 59  
Губіна 47, 60, 176  
Гулага 107  
Гуменюк 120, 124  
Гур'єва 121  
Гурський 101  
Гуртовенко 120
- Даниленко 21  
Данілевич 17  
Денесюк В.І. 157  
Денесюк О.В. 135  
Дериенко 18  
Дериземля 158  
Деяк 47, 54  
Дінова 83  
Добрянський 136  
Довганич 47, 54  
Долженко 78  
Дорогой 173  
Доронин 135, 136  
Досенко 78  
Доценко 26  
Дроботько 25  
Дронь 176  
Дудаш 170  
Дудка 136  
Дудник 75  
Дячук 174
- Егудина 148
- Євстратова 25  
Ємець 107, 121  
Єпанчінцева 100, 124, 168  
Єрмак 102, 106  
Єршова 161
- Жадан 20  
Жарінов 100, 124, 150  
Жеков 105, 125  
Жеманюк 35  
Жильчук 50  
Журавльова Л.В. 48, 102, 121  
Журавльова М.І. 109
- Заїкіна 103  
Залюбовская 49  
Заремба 18, 19, 103  
Заремба-Федчишин 19  
Зеленіна 64  
Зеленюк 175  
Земляний 162  
Зербіно 104  
Златкіна (Школьник) 43
- Золотайкина 78  
Золотарьова 136  
Зюков 174
- Іванкова 19  
Іванов 17, 157  
Іванчук 74, 107, 112  
Іващук 26  
Ігнатова 49  
Іжицька 61  
Ілляш 54  
Ільницька 41, 50  
Ілюшина 25  
Іркін 90, 91, 92  
Ісаєва 51
- Казмирчук 149  
Калашнікова 12, 122  
Калугіна 60  
Карпова 96  
Качан 29, 142  
Кедик 64  
Кириченко 123  
Киричок 150  
Кисельов 110  
Кісілевич 90  
Кіцак 150  
Клименко 60, 176  
Климишин 126  
Князькова 20, 137  
Кобыляк 91  
Ковалев 169  
Ковалева 177  
Коваленко 21, 123  
Коваль В.Г. 82  
Коваль С.М. 52, 53, 137  
Ковальова 21  
Ковальчук 169  
Когутич 64  
Кожин 177  
Кожухов 47, 54  
Козловський 138, 139, 149  
Козлюк 55  
Колб 40  
Колесник М.О. 157  
Колесник О.М. 157  
Колеснікова 56  
Коломоєць 79  
Комариця 8, 108  
Кондратюк 22, 23, 158  
Коневич 81  
Конєв 49  
Коновалова 63  
Кононенко 147  
Копчак 114  
Кордунян 30  
Корж 175  
Корнієнко 136
- Корнійчук 53, 68  
Корчинський 57  
Кость 103  
Котелюх 104  
Коцюба 16, 152  
Кочержат 141  
Кравцова 159  
Кравченко А.М. 79  
Кравченко В.І. 105, 106  
Кравченко І.М. 105, 106  
Кравченко О.І. 38  
Кравчун П.Г. 58, 106  
Кравчун П.П. 57  
Крапівко 59  
Кремзер 155  
Кричкєвич 76  
Кротова 130  
Круглова 169  
Крывчун 91  
Ктітарева 33  
Кузнєцова Л.П. 10  
Кузнєцова Т.О. 136  
Кузнєцова-Арабулі 136  
Кузьменко 107  
Кузьміна 24, 139  
Кузьмінова 59, 82  
Кулик 12  
Кулинич 79  
Кулікова 48  
Купновицька 60, 169, 176  
Курган 109  
Курсина 169  
Курята 24, 159  
Куцин 64  
Куцір 170  
Кученко 25, 90  
Кушнір 90, 91, 92
- Лазарев 147  
Лазаренко 24, 139  
Ларіонова 105  
Ласиця 174  
Лашкул 162  
Лебідь 123, 126, 161  
Левицька 115  
Левицький 115  
Левчик 16  
Левчук 140  
Левшова 149  
Либавка 105  
Лизогуб 140, 141  
Лисенко 80, 81, 126  
Лисунець 24  
Лобач 78  
Ломаковський 76, 80, 81  
Лопін 136, 148  
Лопіна 60  
Лутай М.І. 127, 128

## Осложнения радиочастотной катетерной деструкции фибрилляции предсердий

А.В. Доронин<sup>1</sup>, Ю.И. Суслина<sup>2</sup>, А.С. Резник<sup>2</sup>,  
В.А. Ханенова<sup>2</sup>, Е.Ю. Марушко<sup>2</sup>, М.С. Мешкова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Национальная академия последипломного образования  
им. П.Л. Шупика, Киев

<sup>2</sup> ГУ «Научно-практический медицинский центр детской  
кардиологии и кардиохирургии МЗ Украины», Киев

Проанализирован собственный опыт катетерного устранения фибрилляции предсердий (ФП) электродами без функции охлаждения при проведении 500 последовательных процедур в период с 01.2013 г. по 12.2016 г. в ГУ «НПМЦДКК МЗ Украины». Первые и вторые процедуры проводились без применения навигационных систем.

Средний возраст пациентов составил (55,7±10,8) года. При пароксизмальной форме ФП произведено 304 (60,8 %) процедуры, непароксизмальной – 196 (39,2 %). Первичные процедуры проведены у 396 (79,2 %) пациентов, 89 (17,8 %) процедур произведено повторно, 13 (2,6 %) – третий раз, и 2 (0,4 %) – четвертый.

Зафиксировано 8 (1,6 %) существенных осложнений: тампонада перикарда – 2 (0,4 %), аневризма бедренной артерии – 4 (0,8 %), атрио-венозная фистула – 1 (0,2 %), гематома в месте пункции – 1 (0,2 %). Также зафиксированы незначительные осложнения: 5 (1,0 %) случаев выпота в перикарде и 1 (0,2 %) транзиторная АВ-блокада.

Таким образом, за данными литературы, число осложнений при использовании обычных электродов не выше, чем при использовании электродов с функцией охлаждения.

## Йонтранспортина Na/K-АТФаза як біомаркер прогнозування електричної нестабільності міокарда та виникнення порушення серцевого ритму

П.Ф. Дудка, Ю.В. Кузнецова-Арабулі,  
Д.В. Добрянський, І.П. Тарченко, О.В. Можар,  
Т.В. Михайлевська, Т.О. Кузнецова, Т.М. Савченко,  
С.В. Корнієнко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ  
Київська міська клінічна лікарня № 3

**Мета** – встановити зв'язок між рівнем Na/K-АТФази мембран еритроцитів та частотою порушення серцевого ритму при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ) II стадії.

**Матеріал і методи.** В основну групу включено 20 пацієнтів віком від 44 до 62 років з діагнозом ХОЗЛ II ст. у фазі загострення. Контрольну групу склали 20 здорових осіб. Всім обстеженим проводили дослідження функції зовнішнього дихання, добове ЕКГ-моніторування та визначали рівні трансмембранної Na/K-АТФази в мембрані еритроцита.

**Результати.** Серед обстежених основної групи у 15 % випадків були виявлені небезпечні для життя порушення серцевого ритму, зокрема епізоди нестійкої шлуночкової тахикардії та ранньої шлуночкової екstrasистолії. При визначенні у цих пацієнтів рівня йонтранспорту Na/K-АТФази було встановлено достовірне її зниження ((2,01±0,22) проти (3,44±0,12) мкмоль/Ph/год в контрольній групі). Відомо, що зниження рівня Na/K-АТФази негативно впливає на трансмембранний потенціал та електричну стабільність міокарда. Безпосереднім наслідком цього є порушення серцевого ритму, що було підтверджено нами даними добового ЕКГ-моніторування. Так, зниження рівня Na/K – АТФази в 1,4 рази і більше асоціювалось із зареєстрованими небезпечними для життя порушеннями серцевого ритму у 15 % обстежених основної групи.

**Висновки.** Зниження рівня ключової трансмембранної Na/K-АТФази у 1,4 рази і більше асоціюється з небезпечними для життя порушеннями серцевого ритму і може бути прогностичним біомаркером їх виникнення.

## Функціональні класи хронічної серцевої недостатності та особливості пацієнтів з фібриляцією та/або тріпотінням передсердь після радіочастотної абляції

Т.В. Золотарьова<sup>1</sup>, М.С. Бринза<sup>1</sup>, Д.Є. Волков<sup>2</sup>,  
Д.О. Лопін<sup>2</sup>, М.І. Яблучанський<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

<sup>2</sup> ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії  
імені В.Т. Зайцева НАМН України», Харків

Комбінація хронічної серцевої недостатності (ХСН) та фібриляції (тріпотіння) (ФП/ТП) передсердь спостерігаються у багатьох пацієнтів. Це пов'язано зі схожими факторами ризику та спільною патофізіологією. ХСН і ФП/ТП можуть провокувати та загострювати одне одного, потребуючи альтернативних методів лікування.

**Мета** – проаналізувати особливості пацієнтів з ХСН, яким була проведена абляція субстрату аритмії з приводу ФП та/або ТП залежно від функціонального класу СН.

**Матеріал і методи.** Обстежені 70 пацієнтів, віком 62±8 років, які піддавалися різним методикам радіочастотної абляції (РЧА). З них: 19 (27 %) пацієнтів з ізольованою ФП, 14 (20 %) – з ТП, 37 (53 %) – з наявністю ТП та ФП. Показаннями до проведення РЧА були наявність у пацієнтів ФП та/або ТП, що не піддавалися контролю ритму на фоні адекватної медикаментозної терапії. Були проведені такі типи втручань: РЧА кавотрикуспідального істмусу (КТИ) – 12 (17 %) пацієнтам; легеневи вен (ЛВ) – 19 (27 %); комбінована стратегія (КТИ + ЛВ) – 30 (43 %); РЧА повільного шляху АВ-вузла – 9 (13 %). Залежно від функціонального класу (ФК) ХСН оцінювалися частотні характеристики таких показників: стать та вік, стадії ХСН, ступені артеріальної гіпертензії (АГ), наявність цукрового діабету (ЦД).

форми ішемічної хвороби серця (ІХС) (постінфарктний кардіосклероз (ПІКС), стабільна стенокардія (СССт)), форми ФП/ТП. Згідно з рекомендаціями Асоціації кардіологів України пацієнти були розділені на І, ІІ, ІІІ і ІV ФК ХСН. Дані оброблялися непараметричною статистикою.

**Результати.** Пацієнти з ІV ФК виявлені не були. В усіх групах не було знайдено різниці за віком, однак за статтю у групі І та ІІІ ФК переважали чоловіки. У групі пацієнтів І ФК переважали пацієнти з ХСН 1-ї стадії, у групі ІІ та ІІІ ФК – з 2-ю стадією. ІХС була більш розповсюджена у групі ІІІ ФК, в тому числі ПІКС була наявна тільки в цій групі. АГ 3-го ступеня переважала у групі ІІІ ФК. ЦД був наявним тільки у пацієнтів ІІІ ФК. ФП та ТП однаково часто спостерігались в усіх 3 групах. За формами ФП різниці у групах виявлено не було. Персистуюча форма ТП була більш поширена в усіх класах, ніж інші.

**Висновки.** У нашому дослідженні показано, що пацієнтам ІV ФК ХСН РЧА субстрату аритмії не проводиться. Чоловіки І та ІІІ ФК ХСН частіше потребують хірургічного втручання з приводу ФП та/або ТП. ІІІ ФК ХСН асоціюється з наявністю більш тяжкої супутньої серцево-судинної патології, як ІХС, зокрема ПІКС, який провокує прогресування ХСН. ЦД є прогностичним маркером більш тяжкого перебігу ХСН у пацієнтів з РЧА аритмії. Пацієнти з персистуючою формою ТП частіше потребують альтернативних методів лікування, як РЧА субстрату аритмії незалежно від ФК ХСН. Виявлені відмінності повинні враховуватися при виборі типу оперативного втручання у пацієнтів з ХСН. Визначається доцільним вивчати подальший перебіг ХСН в залежності від функціонального класу та особливості медикаментозної терапії пацієнтів з ФП/ТП, яким була проведена РЧА субстрату аритмії.

## Аритмії у вагітних

І.І. Князькова<sup>1</sup>, О.Б. Тверетінов<sup>2</sup>, О.І. Циганков<sup>2</sup>,  
В.В. Мазій<sup>2</sup>, К.В. Гриненко<sup>2</sup>, О.В. Фісенко<sup>2</sup>

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

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

**Мета** – провести аналіз характеру і причин порушень серцевого ритму у вагітних.

**Матеріал і методи.** У дослідження увійшло 117 жінок (середній вік (25,9±3,6) року) у ІІ–ІІІ триместрі вагітності, направлених на консультацію в поліклініку ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України». Всім обстеженим проводили стандартні дослідження, зокрема електроліти (калій, натрій) в сироватці крові і гормони щитовидної залози (тіреотропний гормон, трийодтиронін, тироксин), доплер-ехокардіографію (Logic-5, Німеччина), добовий моніторинг ЕКГ («Кардіосенс», ХАІ МЕДИКА, Україна). Статистичну обробку отриманих даних проводили методами варіаційної статистики з використанням пакета статпрограми Statistica 6.0. Достовірність відмінностей вважалася при величині  $p < 0,05$

**Результати.** Різні порушення серцевого ритму зареєстровані у 97 пацієнток, з яких у 55 на фоні серцево-судинної патології (1-ша група) та 42 з ідіопатичними аритміями (2-га група). У 20 жінок встановлено нормальний синусовий ритм, вони увійшли до контрольної групи. Встановлено, що 40 жінок (34,1 %) курили на момент обстеження. Сімейний анамнез серцево-судинних захворювань виявлено у 65 (55,6 %) жінок. Слід відзначити, що до вагітності не було скарг на перебої в роботі серця або серцебиття. У пацієнток з порушеннями серцевого ритму у ІІ триместрі вагітності з'явилися слабкість, підвищена стомлюваність, періодично перебої в роботі серця, серцебиття, що було причиною додаткового обстеження. При додатковому обстеженні в 1-й групі було встановлено у 38 жінок пролапс мітрального клапана, причому мітральна регургітація І ступеня виявлена у 6 і ІІ ступеня – у 32 осіб; недостатність мітрального клапана ревматичного ґенезу відзначена у 5 пацієнток, постміокардитичний кардіосклероз – в 11 осіб та відкрите овальне вікно – в 1 випадку. За даними добового моніторингу ЕКГ у 1-й групі кількість шлуночкових екстрасистол була на 26 % ( $p < 0,001$ ) більше, ніж у 2-й групі і в 7,6 разу більше, ніж в групі контролю; надшлуночкових екстрасистол – в 2,8 і 7 разів більше, ніж в 2-й і групі контролю (усі  $p < 0,001$ ) відповідно. Встановлено, що надшлуночкові і шлуночкові екстрасистолі реєструвались в обох групах пацієнток з порушеннями серцевого ритму. Причому, у пацієнток з пролапсом мітрального клапана відзначена менша кількість надшлуночкових екстрасистол ( $p < 0,001$ ) і більше шлуночкових екстрасистол ( $p < 0,05$ ) порівняно з особами з іншими серцево-судинними захворюваннями. При порівнянні з пацієнтками з ідіопатичними аритміями у жінок з пролапсом мітрального клапана значно менше було надшлуночкових екстрасистол ( $p < 0,05$ ), а число шлуночкових екстрасистол значно не відрізнялось від хворих 2-ї групи.

**Висновки.** Порушення серцевого ритму у вагітних відзначено на фоні серцево-судинної патології (вроджені і придбані вади серця, постміокардитичний кардіосклероз, пролапс мітрального клапана з незначною мітральною регургітацією), так і без неї і порушень метаболічних процесів. Такі пацієнтки потребують ретельного динамічного спостереження, а при розвитку загрозливих для життя аритмій і гемодинамічної нестабільності – проведенні своєчасної адекватної терапії.

## Проблема профілактики розвитку фібриляції передсердь у хворих на гіпертензивну хворобу серця

С.М. Коваль, І.О. Снігурська, О.М. Савчук

ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», Харків

За сучасними даними гіпертонічна хвороба (ГХ) є найпоширенішим і найбільш значущим із факторів ризику фібриляції передсердь (ФП). У 49–90 % хворих на ФП задовго до її розвитку існувала ГХ. Патогенетичною