

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

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

Лутай Я.М. 89, 90, 91, 92
Ляшенко 88, 97, 101, 163

Маари 105
Мазій 20, 137
Макар 61
Макаревич 169
Маковійчук 74, 83, 94
Малиновська І.Е. 90, 96, 97
Малиновська О.Я. 26
Маньковський 107
Мартим'янова 151
Мартинюк 150
Мартовицкий 177
Марушко 107, 136
Маслій 134
Матова 25
Медведик 159
Мельниченко 147
Меркулова 141
Мешкова 135, 136
Милославський 52, 62
Мисниченко 52
Мисюра 144, 145
Митрохина 159
Михайлевська 136
Михайловська 63, 64
Михайловський 63
Мищенко 177
Мінняйленко 64
Мітченко 25
Міхалев 79, 100
Міщенко 87
Мнішенко 118
Можар 136
Мозговая 160
Молодан 26
Мороз 27, 171, 178
Мостов'як 25
Мохамед Мохамед Феді 114
Мошківська 141
Музика 157, 160
Мухаммад Мухаммад 159
Муц 152
Мхітарян 25, 75, 90
Мясников 149

Насоненко 27
Настіна 28, 169
Невмержицька 128
Немчина 127, 128
Несен 20
Несукай 15, 21, 123
Нечухаєва 87
Никитина 122
Никула 23
Новичихин 12, 13
Новіков 126

Оврах 94
Оленич 31
Олійник 62
Оринчак 141
Осадовська 105

Павлов 152
Пантась 105, 106
Паращенко 88, 97, 101
Пархоменко 89, 90, 91, 92
Пастернак 93
Пасько 28
Пенькова 52
Перепелюк 105, 106
Петровський 147
Підгайна 76, 80, 81
Підлісна 29, 142
Підлісний 142
Плеш 30
Позняк 161
Поленова 21
Поліщук 88, 93
Половинченко 87
Полянська 107, 112, 164
Понич 124
Пономаренко 14
Пономарьова 75
Попов 120
Потабашний 31, 38, 143
Потапенко 56
Починская 143
Правосудович 144, 145
Пукас 121, 124, 125

Радецька 69, 152
Радченко 31, 32, 108
Распутін 109
Распутіна 109
Распутняк 76
Резнік 51, 136
Рей 14
Решетілов 10
Рижкова 76, 80, 81
Риндіна 45, 100, 109
Рішко 64, 81
Рой 125
Романов 25
Романова 82
Романюк О.М. 126
Романюк П.Б. 146
Руденко Н.М. 107, 126, 161
Руденко О.В. 76, 118
Руденко С.В. 76
Руснак 16, 94

Саблін 147
Савченко І.П. 69

Савченко Т.М. 136
Савчук О.В. 16, 74
Савчук О.М. 137
Садлій 101
Садовая 169
Саламаніна 161
Сапатий 176
Світлик Г.В. 110, 114
Світлик О.М. 110
Світлик Ю.О. 110
Седченко 33
Семенов 33
Сердобінська-Канівець 65
Середюк В.Н. 34
Середюк Н.М. 34, 147
Середюк Р.О. 147
Серік 65, 94
Серкова 82, 87
Сиволап В.В. 35, 66, 126
Сиволап В.Д. 110, 162
Сидоренко 35, 169
Синиця 23, 158
Сипало 58
Сичов 140
Сібірякова 87
Сідь 114
Сімонов 172
Сіренко 24
Скибчик 36, 111
Слаба 114
Слободяник 127, 128
Слюсаревська 87
Смалюх 103
Смолкін 68
Снігурська 52, 137
Соколов М.Ю. 91, 104
Соколов Ю.Н. 91
Сокольнікова 121
Соловій 147
Соломенчук 82, 114
Соломончук 109
Солонович 163
Сосницький 149
Софієнко 149
Соя 130
Стародубцева 66
Старченко 53
Старшова 47, 54
Степура 89, 90, 91, 92
Стецик 74
Стреляна 148
Стрільчук 32
Суслина 136
Сухонос 36
Сущенко 144, 145

Табаченко 67
Тарасенко 106

пи та проявлялись зростанням розвитку фібриляції передсердь (ФП) у 2,9 разу, екстрасистолії (ЕС) – у 1,7 разу, суправентрикулярної тахікардії (СВТ) – у 3,5 разу порівняно з контролем. У хворих першої групи, через 3 місяці лікування частота ФП зменшилась на 30,0 %, ЕС – на 21,1 %, СВТ – на 20,0 % порівняно із вихідними даними, тоді як у осіб другої групи описані вище прояви знижувались відповідно на 44,8, на 36,4 та на 35,3 %. У пацієнтів першої групи через 6 місяців лікування частота ФП зменшилась у 2 рази, ЕС – у 1,7 разу, СВТ – у 2,5 разу порівняно із вихідними результатами, тоді як у хворих другої групи описані вище прояви знижувались відповідно у 4; 2,4 та у 3,4 разу.

Висновок. 1. В пацієнтів із стабільною стенокардією та субклінічним гіпотиреозом прояви порушень ритму діагностуються у 1,5 разу частіше порівняно із хворими, у яких наявна стабільна стенокардія та збережена функція щитоподібної залози.

2. З метою досягнення оптимального лікування порушень ритму в пацієнтів із стабільною стенокардією та субклінічним гіпотиреозом рекомендовано комплексне застосування антиаритмічної, антиішемічної терапії та субтерапевтичних доз L-тироксину.

Частотные распределения и клинические особенности фибрилляции и трепетания предсердий у пациентов с артериальной гипертензией после радиочастотной абляции

В.А. Штельмах

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

Тактика ведения пациентов с такими нарушениями ритма, как фибрилляция предсердий (ФП) и трепетание предсердий (ТП), остается актуальной и зависит от их форм. Наиболее часто данные виды аритмий у пациентов старшего возраста сочетаются с артериальной гипертензией (АГ). При неэффективности медикаментозной терапии, а также высоких классов EHRA пациентам рекомендовано проведение катетерной радиочастотной абляции (РЧА).

Цель – оценить частотные распределения и клинические особенности фибрилляции и трепетания предсердий у пациентов с артериальной гипертензией, подвергшихся радиочастотной абляции.

Материал и методы. На базе отделения ультразвуковой и инструментальной диагностики с малоинвазивными вмешательствами Института общей и неотложной хирургии обследовано 180 пациентов в возрасте $59 \pm 10,0$ (M $\pm$ sd) лет (99 мужчин и 81 женщина). Пациенты были распределены на две группы: основную группу составили пациенты, подвергшиеся РЧА, группу контроля – пациенты, не подвергшиеся РЧА. Каждая группа была разделена на две подгруппы – пациенты с АГ и пациенты без АГ. В обеих группах пациентов оценивались частоты встречаемости форм фибрилляции и трепетания предсердий; форм хронической

ишемической болезни сердца (ХИБС); АГ и хронической сердечной недостаточности (ХСН); форм сахарного диабета (СД) и острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Данные обрабатывали после формирования базы данных в Microsoft Excel. Для статистической оценки результатов использовали параметрические критерии (среднее значение – M, стандартное отклонение sd) и непараметрические критерии (абсолютные n, количество), а также относительные (p, процент (%)) и средняя ошибка процента (sP) единицы. Достоверность результатов обсчитывали на основании оценки доверительного интервала для доли. При отсутствии наложения доверительных интервалов, различия считались достоверными.

Результаты. В исследуемых группах пациентов достоверных различий по возрасту не выявлено. В основной группе и группе контроля наиболее часто встречалась ФП (41 и 35 %), а также сочетание фибрилляции и трепетания предсердий (32 и 39 %) с преобладанием персистирующей формы в обеих группах. Кроме того, в подгруппах пациентов с АГ встречаются постоянные формы аритмий, чего не было выявлено в подгруппах пациентов без АГ. У большинства пациентов с АГ преобладала II стадия (76 %) и 3-я степень (51 %). При исследовании частоты форм ХИБС – ПИКС (8 %) и стабильная стенокардия (32 %) преобладают в основной, а атеросклероз (51 %) и коронарный синдром X (6 %) – в группе контроля. В основной группе более часто встречался III ФК стабильной стенокардии в обеих подгруппах, а в группе контроля I и II ФК с преобладанием II ФК в подгруппе пациентов с АГ. У пациентов основной группы достоверно преобладание I стадии ХСН (60 %), а в контрольной группе – IIA стадии (52 %), однако в подгруппах пациентов с АГ достоверно чаще встречалась IIA стадия. ОНМК (12 %) и СД (14 %) достоверно чаще встречались в подгруппах пациентов с АГ.

Выводы. Артериальная гипертензия в сочетании с такими коморбидными состояниями, как ХИБС, ХСН и СД, утяжеляет течение фибрилляции и трепетания предсердий и приводит к ОНМК, в связи с чем требует усиленной фармакотерапии в данной группе пациентов.

Частотні форми персистуючої та постійної фібриляції передсердь у дзеркалі загального кардіоваскулярного ризику

М.І. Яблучанський, Л.О. Мартин'янова

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

Персистуюча фібриляція передсердь (ФП) більше несприятлива, ніж постійна, тому цікаво порівняти їх у площині загального кардіоваскулярного ризику (ЗКВР).

Один з найголовніших показників персистуючої та постійної ФП є їх частотні форми, які оцінюються за частотою шлуночкових скорочень (ЧШС).

Оцінка ЗКВР має ключове значення для вибору профілактичної стратегії і конкретних втручань у пацієнтів з серцево-судинними станами, до яких відноситься і ФП.

Проте ЗКВР у пацієнтів з персистуючою та постійною ФП не вивчений не лише у відповідності до її частотних форм, але навіть в цілому.

Мета – порівняння ЗКВР у пацієнтів з персистуючою та постійною ФП з урахуванням частотних форм для розробки пропозицій щодо підвищення ефективності їх діагностики і терапії.

Матеріал і методи. Обстежено 216 пацієнтів (137 чоловіків і 79 жінок) у віці (63 ± 10) років з ФП. Давність ФП – від 3 місяців до 21 року. Частоти персистуючої та постійної ФП співвідносилися як 1:4. Артеріальна гіпертензія (АГ) виявлена у 2/3 пацієнтів, ішемічна хвороба серця (ІХС) – у 1/2 пацієнтів, післяінфарктний кардіосклероз (ПІКС) – у 1/6 пацієнтів, серцева недостатність (СН) – у кожного пацієнта.

Критеріями виключення з дослідження були стабільна стенокардія напруги IV функціонального класу (ФК), гострий коронарний синдром, клапанні вади і СН IV ФК.

У кожного пацієнта оцінювали ЧШС при записі стандартної ЕКГ на комп'ютерному електрокардіографі CardioLab 2000, за якою їх відносили до груп бради-, нормо- та тахісistolічної ФП.

Усіх пацієнтів з персистуючою та постійною ФП класифікували окремо на 4 групи ЗКВР: I – низький; II – помірний; III – високий і IV – дуже високий ризик.

Дані занесли в базу Microsoft Excel 2010.

Статистична оцінка результатів проводилася параметричними (з оцінкою середнього (М) і стандартного відхилення (sd)) і непараметричних (t-критерію Стюдента та критерію Манна – Уїтні) методами.

Результати. Результати показали певні відмінності в розподілі частотних форм персистуючої та постійної ФП у групах ЗКВР.

У пацієнтів з персистуючою ФП та ЗКВР з I, II і IV ступенями ризику переважала нормосистолічна ФП. Тахісistolічна ФП була найчастішою в групі III ЗКВР. Пацієнти з брадисистолічною ФП в усіх групах ЗКВР зустрічалися рідко.

У пацієнтів з постійною ФП ЗКВР з I, II і III ступенями ризику переважала тахісistolічна форма постійної ФП з тенденцією зростання її процентного вкладу при підвищенні ступеня ЗКВР. Відповідно, частота нормосистолічної постійної ФП у цих групах знижувалася зі збільшенням ступеня ЗКВР. У пацієнтів з ЗКВР IV ступеня ризику відбувався перерозподіл частот виявлення форм постійної ФП у бік підвищення частоти нормосистолічної постійної ФП за рахунок зниження частоти тахісistolічної постійної ФП. Частота виявлення брадисистолічної ФП була також низькою.

Висновки. Персистуючу, на відміну від постійної, ФП відрізняє значно вища частота тахісistolічної форми при ЗКВР III ступеня ризику, що може пояснювати її більш тяжкий прогноз. У оцінці стану та лікування пацієнтів з персистуючою та постійною ФП важливо враховувати ЗКВР.

Дослідження С-реактивного протеїну, ліпідного спектра крові, ліпопероксидації та антиоксидантної системи у хворих на ішемічну хворобу серця з фібриляцією передсердь

Н.І. Ярема, О.С. Муц, О.І. Коцюба, Л.В. Радецька, В.Т. Павлов

ДВНЗУ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

У розвитку фібриляції передсердь (ФП) відзначають значну роль процесів запалення та метаболічних порушень. Виявилось, що С-реактивний протеїн (СРП) відіграє важливу патофізіологічну роль при ФП, тому визначення його вмісту у сироватці крові хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) з різними формами ФП потребує подальшого вивчення. При розвитку багатьох серцево-судинних захворювань активуються процеси перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ), що призводить до зміни структурно-функціонального стану мембран. Це обумовлює необхідність дослідження значення ПОЛ і антиоксидантної системи (АОС) в розвитку аритмій, зокрема ФП.

Мета – дослідити рівень СРП, показники ліпідограма, ПОЛ та АОС у хворих на хронічну ІХС з персистуючою формою ФП.

Матеріал і методи. Нами було обстежено 54 хворих на хронічну ІХС з персистуючою формою фібриляції передсердь, вік яких становив 46–73 років, в середньому ($57,05 \pm 1,96$) року. У групі порівняння було 27 хворих на хронічну ІХС без ФП. До контрольної групи увійшло 20 практично здорових осіб. Всі групи були подібні за віковим та статевим складом. Усім обстеженим проводилась оцінка рівня СРП, показників ліпідограма, визначались коефіцієнт атерогенності (КА), рівень малонового альдегіду (МА), SH-груп, активність супероксиддисмутази (СОД) та каталази (КТ). Статистична обробка отриманих даних виконувалась за допомогою пакету статистичних програм Statistica 6.0 та Microsoft Excel.

Результати. Дослідження рівня СРП у хворих на ІХС з персистуючою ФП виявило, що даний показник був достовірно вищим у 2,4 разу від такого у групі контролю та на 18,3 % ($p < 0,05$) вищим відносно рівня СРП у групі порівняння, тобто при ІХС без ФП, що може вказувати на ймовірну роль цього маркера запалення у патогенетичних механізмах виникнення пароксизмів ФП при ІХС. Оцінюючи результати ліпідограма, нами було виявлено, що у пацієнтів з персистуючою формою ФП рівні загального холестерину (ХС) і ХС ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) були вищими порівняно з пацієнтами без ФП, відповідно на 6,5 % ($p < 0,05$) та на 8,8 % ($p < 0,05$), а показник ХС ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ) був дещо нижчим, ніж у групі порівняння, проте ця різниця не була достовірною. Значення КА у хворих на хронічну ІХС з ФП було вищим на 9,8 % ($p < 0,05$)