

ISSN 1608-635X (Print)
ISSN 2664-4479 (Online)

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали ХХІІІ Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 20–23 вересня 2022 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

Том Додаток

29

1

2022



www.ucardioj.com.ua

ISSN 1608-635X (Print)
ISSN 2664-4479 (Online)



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 XXIII Національного конгресу
кардіологів України**

(Київ, 20–23 вересня 2022 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 29 Додаток 1 2022



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2022

Організаційний комітет XXIII Національного конгресу кардіологів України

Президія науково-організаційного комітету

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

Члени науково-організаційного комітету

Л.Л. Вавілова, Л.Г. Воронков, Т.І. Гавриленко, М.М. Долженко, І.М. Ємець,
О.А. Коваль, С.М. Коваль, С.М. Кожухов, В.М. Корнацький, О.І. Мітченко,
Л.А. Міщенко, В.З. Нетяженко, А.В. Руденко, К.В. Руденко, Н.М. Середюк,
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.М. Романова, Т.В. Гетьман, О.В. Срібна, М.А. Гуляницька, Т.М. Мовчановська,
М.П. Мостов'як, В.М. Мельникова

Генеральні партнери

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| BAYER (Німеччина) | AstraZeneca (Велика Британія) | ДАРНИЦЯ (Україна) |
| BOEHRINGER INGELHEIM (Німеччина) | ARTERIUM (Україна) | SERVIER (Франція) |
| САНДОЗ (Німеччина/Швейцарія) | КРКА УКРАЇНА | ТОВ «Асіно Україна» |

Головні партнери

| | |
|--------------------------------|---|
| КУСУМ ФАРМ (Україна) | КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД (Україна) |
| PFIZER (США) | NOVARTIS (Швейцарія) |

Партнери

ABBOTT (США), BERLIN-CHEMIE (Німеччина), ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» (Україна),
ТОВ «Санофі-Авентіс Україна», Servier – MEDICAL department, ROSTGROUP (Україна),
WOERWAG PHARMA (Німеччина), EGIS Pharmaceuticals (Угорщина), ТОВ «БІОМЕДІНВЕСТ» (Україна),
Лабораторія Сну доктора Погорецького

ту лейкоцитів крові ($16,85 \pm 5,25$) $\cdot 10^9$ /л, на відміну від хворих групи I, що були виписані з одужанням ($5,81 \pm 1,75$) $\cdot 10^9$ /л ($p < 0,05$), та зростанням відсоткового вмісту нейтрофілів ($88,09 \pm 2,99$) % проти ($67,71 \pm 9,85$) % ($p < 0,05$), при зниженні відсоткового вмісту лімфоцитів периферичної крові ($6,25 \pm 1,42$) % у хворих групи II проти ($18,13 \pm 4,25$) % групи I. У пацієнтів II клінічної групи спостерігалось зростання ряду гематологічних індексів – ІЗЛ: ($9,28 \pm 2,16$) проти групи I ($2,47 \pm 0,95$) ($p < 0,05$), Н/Лі: ($26,99 \pm 11,11$) проти ($4,01 \pm 2,36$) та підвищення індексу Н/Мо у групі II ($14,81 \pm 3,49$) порівняно з групою I ($6,22 \pm 2,18$) ($p < 0,05$). Аналіз отриманих результатів розподілу гематологічних індексів у пацієнтів підгрупи I А та I Б при додаванні до базисної терапії кверцетину та аргініну на стаціонарному етапі лікування показав, що достовірної різниці між показниками не спостерігається. Кверцетин може бути корисним у хворих на COVID-19 із ІХС завдяки його імуномодулювальному впливу та пригніченню медіаторів запалення, що може сприяти зменшенню «цитокінового шторму». Аргінін діє як субстрат для продукції NO ендотеліальними клітинами, таким чином регулюючи судинний тонус і, в цілому, серцево-судинний гомеостаз, а також запобігає активації й адгезії лімфоцитів і тромбоцитів. Пошук ефективних стратегій боротьби з COVID-19 продовжує розвиватися. Клінічний досвід і дані підкреслюють роль надмірного запалення в патології захворювання і припускають потенційну роль колхіцину, препарату з плейотропною дією.

Висновки. Отже, результати власного дослідження не лише пропонують нові маркери смертності від тяжкого перебігу COVID-19, але також виявляють потенційні напрямки лікування хворих на COVID-19 із ІХС.

Оцінка факторів ризику та стану надання медичної допомоги жителям гірської зони Закарпаття, хворим на ішемічну хворобу серця

М.В. Рішко, М.В. Бичко, О.В. Устич, А.В. Кедик,
О.О. Куцин

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Мета – виявлення факторів ризику та особливостей клінічного перебігу різних форм ішемічної хвороби серця у гірських та рівнинних жителів Карпатського регіону та ефективності та обсягу медичної допомоги цим хворим.

Матеріали і методи. Були проведені загальноклінічне обстеження хворих із дослідженням трофологічного статусу (вимірювання індексу маси тіла та окружності талії), визначення загального серцево-судинного ризику та ризику за шкалою SCORE, вимірювання офісного артеріального тиску, реєстрація електрокардіограми, біохімічні

методи (визначення показників вуглеводного обміну, ліпідного та жирнокислотного обміну), проведено аналіз даних та ретроспективний огляд «Медичних карт амбулаторного хворого» (Ф.025/о), «Медичних карт стаціонарного хворого» (Ф.003/о) пацієнтів з діагнозом гострий коронарний синдром, які знаходилися на лікуванні в ЗОККД та даних журналу коронароангіографій, аналітико-статистичний аналіз. Статистична обробка даних проводилася за допомогою програми Microsoft Excel.

Результати. Ми порівняли дві групи пацієнтів: 1) хворі з ІХС, що проживають у гірській місцевості (72 %); 2) хворі з ІХС що проживають у рівнинній місцевості (28 %). Частка обстежених, які проживали у селах та містах у порівнюваних групах статистично не відрізнялися.

Такі фактори ризику як надлишкова вага (13,4 % горян проти 30,6 % рівнинних мешканців, $p < 0,05$), рівень загального холестерину ($4,92$ проти $5,36$ ммоль/л, $p = 0,01$), цукровий діабет 2-го типу (9,1 проти 18,7 %, $p < 0,01$), достовірно відрізняються у порівнюваних групах пацієнтів.

При порівнянні жирнокислотного складу крові виявлено суттєві відмінності серед мешканців рівнинних та гірських населених пунктів. Рівень насиченої міристинової вільної жирної кислоти (ВЖК) серед рівнинних жителів становив ($29,80 \pm 1,70$) проти ($55,00 \pm 6,10$) мг/мл серед гірських жителів ($p < 0,01$), пальмітинової ЖК ($16:0$) – відповідно ($723,0 \pm 31,1$) проти (898 ± 58) мг/мл ($p = 0,05$) та стеаринової ЖК – відповідно ($184,00 \pm 5,50$) проти ($225,10 \pm 12,50$) мг/мл ($p = 0,02$). Якщо порівнювати жирнокислотні профілі у жителів гірської та низинної зон, що мають ІХС, то горяни з ІХС мали вищі рівні двох насичених ЖК (міристинової та стеаринової), та трьох ω₆ ПНЖК (гама-ліноленової, дигомогамаліноленової та арахідонової ЖК), в той же час у них виявляли знижений рівень ω₃-докозагексаєнової ЖК, а рівень іншої важливої ω₃-ейкозапентаєнової ЖК статистично не відрізнявся ($16,5 \pm 1,6$) проти ($14,1 \pm 1,3$) мг/мл, $p > 0,05$).

Якщо порівнювати вік коли у хворих фіксують STEMI та NSTEMI то у жителів гірської зони вони настають на 8,3 років скоріше ніж у рівнинних мешканців. Проаналізувавши кратність консультацій цих пацієнтів у лікарів до виникнення гострих форм ІХС, виявляється, що жителі гір на порядок менше мали консультацій з лікарем перед інфарктом міокарда (35,8 %), ніж жителі рівнинної зони (75,3 %). Кратність консультацій лікарів до моменту виникнення ІМ була в горян – ($0,39 \pm 0,14$) разу, в мешканців рівнини – ($3,85 \pm 0,41$) разу ($p < 0,05$).

Висновки. У популяції обстежених хворих з ІХС, що мешкали у гірській місцевості, рідше виявлялася надлишкова вага та цукровий діабет, був нижчим рівень загального холестерину та були виявлені певні особливості складу жирних кислот, порівняно з мешканцями рівнинних регіонів. Жителі гірських населених пунктів менше зверталися за медичною допомогою до розвитку інфаркту міокарда та кратність консультацій лікарів у мешканців рівнини була вищою, ніж у жителів гірської місцевості. Чим далі по відстані від катетеризаційного

центру, тим менше хворим виконується ургентне первинне ЧКВ, що пов'язано з запізною діагностикою ГКС, а відповідно і несвоєчасним транспортуванням населення до катетеризаційної лабораторії.

Оцінка стану тканин пародонта у хворих на генералізований пародонтит та ішемічну хворобу серця

О.В. Скибчик, Т.М. Соломенчук,
О.І. Мартовлос (Годована)

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького

Генералізований пародонтит (ГП) належить до переліку захворювань, які несприятливо впливають на стан серцево-судинної системи. Зокрема, ГП розглядають як один із факторів ризику, які спричиняють розвиток та ускладнюють перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС).

Мета – провести оцінку стану тканин пародонта у хворих на ГП та ІХС за допомогою пародонтальних індексів.

Матеріали і методи. У дослідження було включено 114 пацієнтів із хронічним генералізованим пародонтитом (ХГП) та ІХС (середній вік – $(58,01 \pm 0,78)$ року) основної групи та 35 пацієнтів із ХГП (середній вік – $(46,05 \pm 2,14)$ року) без загально-соматичної патології групи порівняння. Визначення ступеня запалення ясен здійснювали за допомогою пародонтального індексу РМА (папілярно-маргінально-альвеолярний індекс за М. Massler, у модифікації С. Parma, 1960). Ступінь кровоточивості встановлювали за індексом кровоточивості сосочків РВІ (Papilla bleeding index, Mühlemann & Saxer, 1977). Визначення заходів пародонтологічного лікування, у тому числі потреби у проведенні консервативних чи хірургічних методів, здійснювали за допомогою скринінг-тесту PSR (Periodontal Screening and Recording, AAP and ADA, 1992).

Результати. Середнє значення індексу РМА у хворих на ХГП та ІХС становило $(63,27 \pm 1,92)$ %, що відповідало тяжкому ступеню запального процесу. У той час у групі порівняння в осіб із ХГП без ІХС значення індексу РМА вказувало на середній ступінь запального процесу в яснах $(43,32 \pm 2,18)$ % та було вірогідно нижчим, ніж в основній групі ($p < 0,001$). Рівень кровоточивості ясен був вищий в основній групі, ніж у групі порівняння. Відповідно, середнє значення індексу РВІ у хворих на ХГП та ІХС становило $(2,06 \pm 0,08)$ бала та вірогідно відрізнялося від $(1,20 \pm 0,08)$ бала – показника у хворих на ХГП без ІХС в анамнезі ($p < 0,001$). Про більш тяжкий ступінь ушкодження тканин пародонта свідчив також індекс PSR, який в основній групі становив $(3,30 \pm 0,06)$ бала та статистично відрізнявся від показника PSR групи порівняння $(3,01 \pm 0,09)$ бала; $p < 0,01$.

Висновки. Результати проведеного дослідження вказують на достовірно вищі показники РМА, РВІ та PSR у

хворих на ХГП та ІХС, ніж у групі пацієнтів із ХГП без ІХС. Отримані показники свідчать про більш виражену активність дистрофічно-запальних змін в тканинах пародонта у даної категорії кардіологічних хворих. З огляду на виражені патологічні зміни в тканинах пародонта у хворих на ІХС, що можуть бути причиною розвитку системного запалення, для підвищення ефективності профілактичних та лікувальних заходів слід враховувати пародонтальний статус поряд із загальноприйнятими факторами ризику ІХС.

Оцінювання фракційного резерву кровотоку в пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця у клінічній практиці

М.В. Стан^{1,2}, А.В. Хохлов^{1,2}, К.О. Міхалев³,
О.Й. Жарінов², Б.М. Годуров^{1,2}

¹ ДУ «Інститут серця МОЗ України», Київ

² Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ

³ ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ

Мета – оцінити роль оцінювання фракційного резерву кровотоку (ФРК) для вибору тактики ревааскуляризаційних ендоваскулярних утручань у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця (ІХС) у клінічній практиці.

Матеріали і методи. У когортне дослідження включили 120 пацієнтів зі стабільною ІХС (середній вік $(64 \pm 8,3)$ року; 88 (73,3 %) чоловіків, 32 (26,7 %) жінки), в яких, за даними селективної коронароангіографії (КАГ), були виявлені стенотичні ураження субепікардіальних коронарних артерій із зменшенням просвіту ≥ 50 % і < 80 %. Індекс маси тіла (ІМТ) становив $(29,1 \pm 4,23)$ кг/м²; ожиріння виявлене у 47 (39,2 %) осіб. Інфаркт міокарда (ІМ) в анамнезі був у 55 (45,8 %) пацієнтів. Цукровий діабет 2-го типу верифіковано у 24 (20,0 %) випадках. Усім пацієнтам проводили трансторакальну ехокардіографію. Фракція викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) становила $(57 \pm 7,5)$ %, і у досліджуваній вибірці переважали пацієнти зі збереженою ФВ ЛШ (≥ 50 %) ($n=103$ [85,8 %]). В основній групі пацієнтів ($n=70$) під час КАГ визначали ФРК, і при його значенні $< 0,8$ проводили стентування стенозованих судин. У контрольній групі ($n=50$) рішення про ревааскуляризацію або продовження оптимальної медикаментозної терапії приймали лише на підставі анатомічних даних про ураження коронарних артерій.

Результати. Групи порівняння були зіставні за віком, ІМТ, частотою виявлення цукрового діабету та ФВ ЛШ. Частка жінок була більшою в основній групі, порівняно з контрольною (34 проти 7 %, відповідно; $p=0,026$). Відмінність щодо частки пацієнтів з перенесеним раніше ІМ була незначущою (54 проти 40 %, $p=0,141$). Односудинні