

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXIV Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 19–22 вересня 2023 р.)

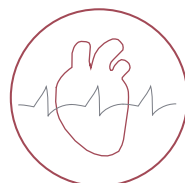
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- гострий інфаркт міокарда
- інтервенційна кардіологія
- дисліпідемії
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія та реабілітація
- фундаментальна кардіологія та регенеративна медицина
- медико-соціальні аспекти кардіології в умовах війни

Том Додаток

30

1

2023



www.ucardioj.com.ua

Організаційний комітет XXIV Національного конгресу кардіологів України

Президія науково-організаційного комітету

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

Члени науково-організаційного комітету

Л.Л. Вавілова, Л.Г. Воронков, Ю.М. Сіренко, М.Ю. Соколов, Т.І. Гавриленко,
М.М. Долженко, І.М. Ємець, О.А. Коваль, С.М. Коваль, С.М. Кожухов,
В.М. Корнацький, М.І. Лутай, О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, В.З. Нетяженко,
А.В. Руденко, К.В. Руденко, М.В. Рішко, Н.М. Середюк, Т.В. Талаєва, В.К. Ташук,
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, О.В. Срібна, М.А. Гуляницька, Т.М. Мовчановська,
М.П. Мостов'як, В.М. Мельникова

Генеральні партнери Конгресу

AstraZeneca

(Велика Британія)
з розширеним пакетом

ТОВ «Асіно Україна»

SERVIER (Франція)

ARTERIUM (Україна)

BOEHRINGER INGELHEIM (Німеччина)

BAYER (Німеччина)

ДАРНИЦЯ (Україна)

САНДОЗ (Німеччина/Швейцарія)

NOVARTIS (Швейцарія)

PFIZER (США)

ТОВ «Санofi-Авентіс Україна»

КУСУМ (Україна)

КРКА Україна (Словенія)

КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД (Україна)

Головні партнери Конгресу

МІКРОХІМ (Україна)

OlainFarm (Латвія)

Партнери Конгресу

ЮРІЯ-ФАРМ (Україна), АББОТТ (США), BERLIN-CHEMIE (Німеччина), ПАТ НВЦ
«Борщагівський ХФЗ» (Україна), Servier – MEDICAL department, ROSTGROUP (Україна),
WOERWAG PHARMA (Німеччина), EGIS Pharmaceuticals (Угорщина), ПРО-ФАРМА (Україна),
СОНА-ФАРМЕКСІМ (Україна), ЗДРАВО (Україна), SCHILLER AG (Україна), Cor-Medical, Protech
Solutions Ukraine, Recordati (Україна), Нутримед (Україна), Sparrow Acoustics Inc.

Стенова участь у Конгресі

PRO.MED.CS Praha a.s, RESORT MEDICAL PARK

Інформаційне забезпечення:

Український кардіологічний журнал, Видавничий дім «МОРІОН»: «Український медичний часо-
пис», Український кардіологічний журнал портал, www.ukrcardio.org, www.strazhesko.org.ua, <https://www.facebook.com/strazhesko/>

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

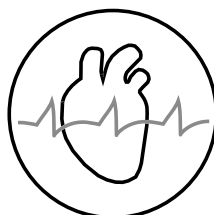
Матеріали XXIV Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 19–22 вересня 2023 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 30 Додаток 1 2023



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2023

зміни визначалися і за параметрами індексу ММЛШ (іММЛШ), що мав максимальні значення в осіб з ДН – $(184,37 \pm 5,68)$ г/м², тоді як в осіб без ДН – $(132,96 \pm 4,07)$ г/м², ($p < 0,001$), у пацієнтів референтної групи $(110,92 \pm 2,04)$ г/м², ($p < 0,001$). Значення іММЛШ2 (відносно росту у ступені 2,7) при наявності ДН були максимальними $(88,47 \pm 3,39)$ г/м³. У пацієнтів з ДН домінувала концентрична ГЛШ (91,67 %), що вірогідно перевищувало частоту у пацієнтів 2-ої підгрупи (59,52 %), ($p < 0,001$). Аналіз стану фібропластичних процесів за параметром ОФІК показав, що при ДН його концентрація дорівнювала $(34,22 \pm 1,73)$ ум. од., за відсутності ДН – $(24,04 \pm 1,34)$ ум. од., ($p < 0,001$). Проведений кореляційний аналіз підтвердив наявність взаємозв'язку між ММЛШ (її індексами) і мікроальбумінурією (МАУ) $(0,614, p < 0,001)$; швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ) $(-0,501, p < 0,001)$; антропометричними показниками (індекс маси тіла – $0,393, p < 0,01$); параметрами вуглеводного обміну (глюкоза – $0,405, p < 0,001$; глікозильований гемоглобін – $0,438, p < 0,001$); ліпідного обміну (тригліцериди – $0,363, p < 0,01$); гіперінсулінемією $(0,453, p < 0,001)$; інсулінорезистентністю (індексом НОМА – $0,353, p < 0,01$) і фібропластичними процесами $(0,444, p < 0,001)$ в УЛНА на ЧАЕС, хворих на ЦД 2 типу з ДН. МАУ і ШКФ також мають тісні зв'язки з показниками гормонального (гіперінсулінемія) і метаболічного характеру (гіперглікемія, інсулінорезистентність, атерогенна діабетична ліпопротеїдемія) та ОФІК.

Висновки. Такі співвідношення структурно-функціональних змін міокарда і наявності діабетичної нефропатії свідчать про розвиток кардіоренального синдрому в УЛНА на ЧАЕС, хворих на ЦД 2 типу. Розвитку кардіоренального синдрому (поєданого порушення структурно-функціонального стану міокарда лівого шлуночка і розвитку діабетичної нефропатії) сприяли процеси гормонального (гіперінсулінемія) і метаболічного характеру (гіперглікемія, інсулінорезистентність, атерогенна діабетична ліпопротеїдемія із можливим залученням фібропластичних процесів).

Оцінка ремоделювання магістральних артерій у пацієнтів молодого віку з есенціальною гіпертензією залежно від наявності абдомінального ожиріння

Т.А. Іваницька, Ю.М. Казаков

Полтавський державний медичний університет

Мета – вивчення і аналіз показників ремоделювання та ригідності магістральних судин у

хворих молодого віку на есенціальну гіпертензію (ЕГ) із абдомінальним ожирінням та визначення виявлених змін як можливого критерію їх ремоделювання.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 98 осіб середній вік становив $34,0 \pm 5,7$ років) з есенціальною гіпертензією та ожирінням. І групу, яку склали 37 хворих на ЕГ та ІІ групу, яку склали хворі на ЕГ із аліментарно-конституційним ожирінням ($n=31$). Групу контролю склали 30 здорових осіб, гендерно-вікова структура яких не відрізнялась від обстежених хворих. Дослідження проводилося із дотриманням усіх вимог Гельсінкської декларації, згідно з якою усі хворі дали інформовану згоду на участь у дослідженні. Артеріальний тиск та антропометричні параметри (зріст, вага, окружність талії та стегон) вимірювали за стандартними процедурами. Структуру сонної артерії та її жорсткість оцінювали ультразвуковим методом, рівень абдомінального жиру визначали за допомогою двоенергетичної рентгенівської абсорбціометрії

Результати. Товщина інтима-медіа сонної артерії у хворих з есенціальною гіпертензією вірогідно перевищувала відповідний показник контрольної групи ($p=0,01, p=0,001$ відповідно по групах). При аналізі показника швидкості поширення пульсової хвилі (ШППХ) виявлено, що у хворих І групи його значення було в межах фізіологічних коливань $(8,6$ м/с $(7,4 - 9,2$ м/с), проте спостерігалось вірогідне ($p=0,03$) його підвищення порівняно з показником групи контролю. У хворих ІІ групи з ожирінням значення цього показника було ще більш високим $(10,1 \pm 0,8$ м/с; $p=0,001$ порівняно з групою контролю) та вірогідно високим у порівнянні з хворими на ЕГ ($p=0,01$). Індекс артеріальної жорсткості (ІЖ), що в контрольній групі зберігався в межах $5,8 \pm 1,9$, в досліджуваних групах виявився достовірно вищим $(9,2 \pm 1,2$ та $9,0 \pm 2,1$ у І та ІІ групах відповідно; $p=0,001$). В ході проведення кореляційного аналізу було констатовано, що зв'язки між індексом маси тіла та показниками еластичності судинної стінки були прямими і слабкими (ШППХ $r=0,28, p=0,02, ІЖ r=0,31, p=0,03$), а зв'язки між рівнем абдомінального жиру, визначеного за допомогою двоенергетичної рентгенівської абсорбціометрії та показниками еластичності судинної стінки (ШППХ $r=0,68, p=0,03, ІЖ r=0,70, p=0,001$) були позитивними і сильними, що свідчило про домінуючу роль абдомінального типу ожиріння в ремоделюванні судинної стінки у молодих пацієнтів, хворих на есенціальну гіпертензію у поєднанні з ожирінням.

Висновки. У хворих молодого віку на ранній стадії формування есенціальної гіпертензії спостерігаються ознаки зниження пружно-еластичних властивостей та ремоделювання магістраль-

них судин, вираженість яких є суттєво більшою у поєднанні з абдомінальним ожирінням.

Результати скринінгу та оцінка порушень жирового обміну у внутрішньо переміщених осіб у місті Чернівці

Т.Л. Колодніцька, С.І. Гречко, П.Р. Іванчук

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

У Чернівцях наразі офіційно зареєстровано близько 40 тисяч внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Згідно із законодавством, дана категорія людей знаходиться під захистом держави але залишається особливо вразливою до будь-яких несприятливих подій. Відомо, що на рівні первинної медичної допомоги жодних перешкод для ВПО не повинно було бути. Проте, за даними проведених опитувань, третині осіб даної категорії нелегко було знайти необхідного вузького фахівця. Скринінгові обстеження порушень ліпідного обміну даній групі осіб проводились не завжди.

Мета – провести аналіз порушень жирового обміну у ВПО в залежності від наявності інших факторів ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ).

Матеріали та методи. В рамках благодійного проекту на базі однієї з приватних клінік м. Чернівці упродовж 1,5 місяця (квітень-травень 2023 р.) було обстежено 167 пацієнтів з числа ВПО, віком від 30 до 84 років (середній вік $(57,78 \pm 5,9)$ року). Серед них 28 (16,77 %) чоловіків та 139 (83,23 %) жінок. Проводили визначення показників ліпідного та вуглеводного обмінів, коагулограми, рівня сечової кислоти, NT-proBNP, вимірювання артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень, запис електрокардіограми, консультацію кардіолога тощо.

Результати. Проведений аналіз скринінгу порушень жирового обміну показав, що середній рівень загального холестерину та ЛПНЩ був $(5,56 \pm 0,53)$ та $(3,63 \pm 0,36)$ ммоль/л відповідно. Водночас у 69 (41,3 %) осіб виявлено підвищення рівня загального холестерину вище 5,0 ммоль/л, проте підвищений рівень ЛПНЩ вище 3,0 ммоль/л спостерігався у 80 (47,9 %) пацієнтів. Постійно приймали статини лише 12 (7,1 %) осіб. Серед пацієнтів з гіперхолестеринемією більшість (53 особи – 66,25 %) мали 4 і більше факторів ризику ССЗ, в тому числі порушення вуглеводного обміну. Також було виявлено 50 (29,9 %) осіб з артеріальною гіпертензією, що приймали

гіпотензивні засоби, проте цільових рівнів АТ досягнуто лише у 10 (20 %) із них, незважаючи на постійне постачання ліків волонтерськими організаціями. Істотних відхилень в показниках коагулограми не було знайдено, безсимптомна гіперурикемія – 6 пацієнтів, підвищення рівня NT-proBNP – 2 особи. З кожним пацієнтом було намічено план конкретних дій на найближчий час щодо оздоровлення або лікування.

Висновки. За результатами скринінгу жировий обмін був порушений у майже половини із обстежених ВПО. Незважаючи на постійну увагу з боку держави та волонтерів до організації медичної допомоги ВПО, скринінгові обстеження порушень ліпідного обміну проводяться вкрай рідко. На тлі пошуку науковцями нових маркерів для діагностики захворювань, такі вразливі верстви населення як ВПО потребують визначення давно відомих базових показників. Наявність великої кількості факторів ризику ССЗ в умовах постійного стресу та неналежний контроль АТ та рівня холестерину прогнозовано призведе до збільшення кількості гострих судинних подій.

Стан цитокінового балансу в крові у хворих з метаболічним синдромом

О.І. Кочержат, М.А. Оринчак, І.О. Гаман, О.С. Човганюк, М.М. Василечко, Н.Р. Артеменко

Івано-Франківський національний медичний університет

Мета – оцінити стан цитокінового профілю у хворих із метаболічним синдромом (МС) залежно від типу інсулінемії та ступеня ожиріння.

Матеріали та методи. Обстежено 105 хворих із МС. Діагноз МС встановлювали за критеріями АТР III (2001) на основі наявності будь-яких трьох або більше із наступних критеріїв: 1) абдомінальне ожиріння за величиною обводу талії (ОТ) > 102 см у чоловіків, > 88 см у жінок; 2) рівень тригліцеридів в сироватці крові $\geq 1,7$ ммоль/л; 3) рівень АТ $\geq 130/85$ мм рт.ст.; 4) рівень ліпопротеїдів високої щільності $< 1,04$ ммоль/л у чоловіків $< 1,29$ ммоль/л у жінок; 5) рівень глюкози в сироватці крові $\geq 6,1$ ммоль/л. Проводили загальноклінічне обстеження, глюкозо-толерантний тест (ГТТ): рівні глюкози натще і через 2 години після навантаження глюкозою (глюкозооксидазний метод) та ендогенного інсуліну (ЕІ), а також β_2 -рецепторів інсуліну, прозапального цитокіна ФНП- α , адипоцитокінів лептину та адипонектину (імуноферментний метод); розраховували індекс НОМА-IR (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance). Залежно від рівня ЕІ та ступеня ожиріння, хворих розпо-