

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



Національна академія медичних наук України

Всеукраїнська асоціація кардіологів України

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

# Український кардіологічний журнал

## Ukrainian Journal of Cardiology

### Матеріали XXII Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 21–24 вересня 2021 р.)

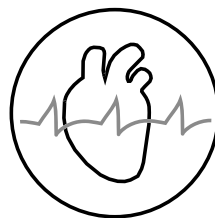
Головний редактор: О.М. Пархоменко

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  
28

Додаток  
1

2021



[www.ucardioj.com.ua](http://www.ucardioj.com.ua)

Київ • 2021

# Організаційний комітет XXII 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, М.Ю. Соколов, О.Г. Несукай

## Члени науково-організаційного комітету

С.О. Андрієвська, Л.Л. Вавілова, Л.Г. Воронков, Т.І. Гавриленко, М.М. Долженко, І.М. Ємець, І.П. Катеренчук, О.А. Коваль, С.М. Коваль, С.М. Кожухов, В.М. Корнацький, О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, В.З. Нетяженко, В.А. Потабашній, Л.В. Распутіна, М.В. Рішко, 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, А.В. Ягенський

## 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, О.С. Солюян, О.І. Мельник

---

## Генеральні партнери

**BAYER**  
(Німеччина)

**SERVIER**  
(Франція)

**BOEHRINGER INGELHEIM**  
(Німеччина)

**AstraZeneca**  
(Велика Британія)

**КРКА, д. д., Ново место**  
(Словенія)

**ТОВ «Асіно Україна»**

**ДАРНИЦЯ**  
(Україна)

**ARTERIUM**  
(Україна)

**NOVARTIS**  
(Швейцарія)

**PFIZER**  
(США)

## Головні партнери

**КУСУМ ФАРМ**  
(Україна)

**КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ  
ЗАВОД** (Україна)

**ТОВ «САНОФІ-АВЕНТИС**  
**Україна»**

**Борщагівський ХФЗ**  
(Україна)

**ASPEN PHARMA**  
(Ірландія)

**САНДОЗ**  
(Німеччина/Швейцарія)

## Партнери

**MEDOCHEMIE LTD** (Кіпр), **ABBOTT** (США), **BERLIN-CHEMIE** (Німеччина), **Orion** (Фінляндія), **ROSTGROUP** (Україна), **WOERWAG PHARMA** (Німеччина), **EGIS Pharmaceuticals** (Угорщина), **СОНА-ФАРМЕКСІМ** (Україна), **ЗДРАВО** (Україна), **PRO.MED.CS Praha a.s.** (Чехія), **WORLD MEDICINE** (Туреччина), **ПРО-ФАРМА** (Україна), **ТОВ «Ново Нордіск Україна»**, **SCHILLER AG** (Україна), **OleinFarm** (Латвія)

## Зміст

### ТЕЗИ НАУКОВИХ ДОПОВІДЕЙ

Стабільна ішемічна хвороба серця .....	4
Інтервенційна кардіологія .....	21
Гострий коронарний синдром та невідкладні стани .....	26
Інфаркт міокарда та відновлювальне лікування .....	45
Аритмії серця .....	57
Артеріальна гіпертензія .....	75
Кардіометаболічний ризик .....	92
Серцева недостатність .....	105
Некоронарогенні захворювання серця .....	116
Фундаментальна кардіологія .....	119
Медико-соціальні питання кардіології .....	137
Алфавітний покажчик авторів тез .....	140

від 1373,2 до 2976,3 ккал на добу, в 3-й (n=42) групі суб'єкти приймали більше 2977,5 ккал на день. Індекс маси тіла у групах 1, 2 та 3 відповідає (30,34±5,1); (35,1±8,9) та (34,3±6,9) кг/м<sup>2</sup>, тест ANOVA F=2,3, p=0,10. Відношення ризику денного САТ вище цільового рівня у 2-й групі становило 1,21 (95 % ДІ, 0,42–4,51), в 3-й групі – 2,67 (95 % ДІ, 0,67 – 11,70). Відношення ризику денного ДАТ вище цільового рівня було у 2-й групі 1,19 (95 % ДІ, 0,33–3,50) та у 3-й групі 2,12 (95% ДІ, 0,61–7,79). Відношення ризику нічного САТ вище цільового рівня становило 2,81 (95 % ДІ, 0,33–10,51), а для ДАТ 2,88 (95 % ДІ, 0,37–9,43). Було виявлено позитивну кореляцію між кількістю тваринного білка в денному раціоні харчування та: добовим САТ 0,496 (p=0,01) та ДАТ 0,283 (p=0,01); денним САТ 0,505 (p=0,01) та ДАТ 0,299 (p=0,01); нічним САТ 0,371 (p=0,01) та ДАТ 0,149 (p>0,05).

**Висновки.** Встановлено негативний вплив на показники артеріального тиску високого споживання калорій на добу і тваринного білка.

### **Показники добового моніторингу артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензію в динаміці фіксованої комбінації лерканідипіну та еналаприлу**

М.Ю. Пенькова, О.В. Мисниченко,  
Т.Г. Старченко, Л.А. Резнік, С.М. Коваль  
ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої  
НАМН України», Харків

**Мета** – вивчення параметрів добового моніторингу артеріального тиску (АТ) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) в динаміці фіксованої комбінації лерканідипіну і еналаприлу.

**Матеріали і методи.** Обстежено 36 хворих на АГ II стадії, 2-го ступеня. Всім пацієнтам призначали фіксовану комбінацію препаратів: дигідропіридинового антагоністу кальцію III покоління лерканідипіну та інгібітору АПФ еналаприлу. Препарат призначали один раз на добу в дозі 10/10–10/20 мг. До включення в дослідження всі пацієнти отримували двокомпонентну нефіксовану комбінацію блокаторів ренін-ангіотензинової системи (інгібіторів АПФ або блокаторів рецепторів ангіотензину II) в поєднанні з тiazидними/тiazидоподібними діуретиками або дигідропіридиновим антагоністом кальцію амлодипіном. Однак у вказаних хворих не були досягнуті цільові рівні АТ. Обстеження хворих включало загальноприйняті клінічні, інструментальні та лабораторні методи. Добове моніторування АТ (ДМАТ) проводили за стандартною методикою до початку лікування та після 3 місяців лікування.

**Результати.** Встановлено достовірне зниження середньодобового систолічного (САТ(24)) (p<0,001) та діастолічного АТ (ДАТ(24)) (p<0,001), а також середньоденного

систолічного (САТ(Д)) (p <0,001) та середньоденного діастолічного АТ (ДАТ(Д)) (p<0,001) і середньонічного систолічного АТ (САТ(Н)) (p<0,001) та середньонічного діастолічного АТ (ДАТ(Н)) (p<0,001). В динаміці терапії виявлено також достовірне підвищення ступеня нічного зниження САТ (СНЗСАТ) (p<0,05) і ступеня нічного зниження ДАТ (СНЗДАТ) (p<0,05), що асоціювалось з зниженням середньодобової варіабельності САТ (ВСАТ(24)) (p<0,05) і середньодобової варіабельності ДАТ (ВДАТ(24)) (p<0,05). В результаті застосування апробованої фіксованої комбінації кількість пацієнтів із патологічним профілем АТ зменшилась з 47 % до 19 % (p<0,05). Підвищений ступінь ранкового підйому АТ на початку дослідження виявлявся у 39 % пацієнтів, а в кінці спостереження – тільки у 14 % (p<0,05). Динаміка розподілу пацієнтів за типами добового профілю АТ показала таке: на початку дослідження тип «dipper» реєструвався у 53 % пацієнтів, тип «over-dipper» – у 17 % пацієнтів, тип «non-dipper» – у 22 % пацієнтів, а тип «night-peaker» – у 8 % пацієнтів. Через 3 місяця лікування встановлено достовірне підвищення кількості пацієнтів із профілем «dipper» – до 81 % (p<0,01) та достовірне зниження кількості пацієнтів із типами добового профілю АТ «over-dipper» – до 8 % (p<0,01) та «non-dipper» – до 6 % (p<0,05). В результаті дослідження також було встановлено, що апробована фіксована двокомпонентна антигіпертензивна терапія у обстежених хворих не викликала побічних ефектів, які б потребували припинення лікування, та погіршення таких метаболічних параметрів, як показники ліпідного, вуглеводного і пуринового обміну.

**Висновки.** У хворих на АГ II стадії та 2-го ступеня з неконтрольованим АТ до включення в дослідження застосування фіксованої комбінації лерканідипіну та еналаприлу вже через 3 місяці терапії призвело до достовірних позитивних змін основних параметрів добового профілю АТ та не супроводжувалось порушенням метаболічних параметрів.

### **Досвід застосування бісопрололу фумарату в пацієнтів з артеріальною гіпертензією та синдромом вегетативної дисфункції**

В.С. Підлісна, Л.Л. Верещук, О.В. Качан,  
С.С. Підлісний

КП «Обласна клінічна лікарня імені Юрія Семенюка»  
Рівненської обласної ради

**Мета** – вивчення фармакотерапевтичної ефективності бісопрололу фумарату при його клінічному застосуванні у пацієнтів із м'якою та помірною артеріальною гіпертензією (АГ) та синдромом вегетативної дисфункції (ВСД).

**Матеріали і методи.** Дослідження проведено у 48 пацієнтів із м'якою та помірною АГ, САТ ((148±2,4) мм рт. ст.), ДАТ ((88,2±7,3) мм рт. ст.) у поєднанні із син-

дромом ВСД та клінічними проявами гіперсимпатикотонії. Середній вік хворих становив  $(36 \pm 2,8)$  років, з них 28 (58 %) жінки та 20 (42 %) чоловіки. Тривалість захворювання становила  $(6,2 \pm 1,3)$  роки. Вегетативна дисфункція оцінювалась в балах за допомогою анкети, розробленої А.М. Вейном (Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін). Анкету пацієнт заповнював самостійно. Сума балів, що перевищувала 15, свідчила про наявність вегетативної дисфункції. Для оцінки порушення серцевого ритму використовували добове холтерівське моніторування ЕКГ (визначали середню добову ЧСС, загальну кількість надшлуночкових екстрасистол (НШЕ) на 1000 серцевих скорочень, загальну кількість шлуночкових екстрасистол (ШЕ), наявність епізодів пароксизмальної суправентрикулярної тахікардії (СВПТ), епізодів стійкої синусової тахікардії (СТ)). У дослідження не включали пацієнтів з ІХС, симптоматичною артеріальною гіпертензією. В якості фармакотерапії використовувався селективний бета-адреноблокатор – бісопрололу фумарат (конкор, Асіно, Швейцарія) у добовій дозі 5–10 мг на добу. Термін лікування цим лікарським засобом (ЛЗ) становив 3 місяці.

**Результати.** Початкова оцінка вегетативного балансу за допомогою анкети опитувальника виявила значне підвищення симптоадреналової активності в обстежених пацієнтів порівняно з віковими нормативами: до лікування – у 3,6 рази  $(52,6 \pm 1,1)$  ( $p < 0,05$ ), після лікування – у 1,2 рази  $(26,2 \pm 1,2)$  бали. При поступленні 38 (79,2 %) хворих відзначали часті та інтенсивні цефалгії, напади серцебиття та кардіалгії були у всіх пацієнтів (100 %), респіраторний синдром (відчуття «нестачі» повітря) відзначався у 16 (33,3 %) хворих, розлади травної системи мали місце у 12 (25 %) пацієнтів, дратівливість, порушення сну – у 28 (58 %), раптові напади пітливості, різкої загальної слабкості у 32 (66,7 %) хворих. На час виписки прояви гіперсимпатикотонії значно зменшились, а саме: частота цефалгій – на 60 %, кардіалгій та серцебиття – на 70 %, респіраторних скарг – на 55%, абдомінального синдрому – на 80 %, невротичних скарг – на 65 %.

Аналіз порушень серцевого ритму до початку лікування виявив домінування надшлуночкових аритмій, які реєструвалися переважно в активний період доби. Так у 35 (72 %) пацієнтів зафіксована часта НШЕ, епізоди стійкої СТ у 33 (68 %). У 6 (12 %) хворих реєструвалися короткочасні епізоди СВПТ, у 2 (5 %) – ізольовані ШЕ. В результаті застосування препарату конкор спостерігався значущий антиаритмічний ефект цього ЛЗ, про що свідчить зменшення кількості НШЕС на 74,8 %, епізодів СТ – на 75,3 %, а їх тривалості – на 82,8 %. Напади СВПТ та ШЕ не спостерігалися. Середньодобова ЧСС достовірно знизилася на 26,1 % і наприкінці лікування досягла  $(68,2 \pm 1,2)$  за 1 хвилину (проти  $(92,2 \pm 0,9)$  за 1 хвилину при поступленні) ( $p < 0,01$ ). В результаті 3-місячного клінічного застосування Конкору цільового рівня офісного АТ було досягнуто у (83,3 %) пацієнтів, рівень САТ і ДАТ

становив у середньому  $(127,2 \pm 2,4)$  та  $(82,2 \pm 2,6)$  мм рт. ст. відповідно ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Фармакотерапія оригінальним препаратом конкор (Асіно, Швейцарія) дозволяє знизити ступінь вегетативного дисбалансу, як за даними шкали вегетативного тону, так і за результатами добового холтерівського моніторування. Цей ЛЗ має стійкі антигіпертензивні та антиаритмічні ефекти, а також забезпечує надійний контроль ЧСС внаслідок покращення стану вегетативної та нейрогуморальної регуляції серцево-судинної системи. Це дозволяє використовувати його як основний засіб для лікування хворих на м'яку та помірну артеріальну гіпертензію у поєднанні із синдромом ВСД та клінічними проявами гіперсимпатикотонії.

### **Предиктори стабілізації функціонального стану нирок у пацієнтів з резистентною артеріальною гіпертензією за даними тривалого спостереження**

К.І. Сербенюк, О.О. Матова

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

**Мета** – вивчити вплив показників активності системного запалення та гуморальних показників на динаміку функції нирок в пацієнтів з резистентною артеріальною гіпертензією (РАГ) за даними тривалого спостереження.

**Матеріали і методи.** В дослідження включено 117 пацієнтів з істинною РАГ, середній вік становив –  $(52,5 \pm 1,0)$  років. Залежно від динаміки швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) (розраховано за формулою СКД-ЕПІ), через 36 міс. спостереження для порівняльного аналізу було сформовано дві групи. До групи 1 увійшли 83 пацієнта, у яких ШКФ протягом вказаного періоду демонструвала позитивну динаміку (її зниження становило  $< 6$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> протягом 36 міс), до групи 2 – 34 пацієнти, у яких через 36 міс спостерігали негативну динаміку функції нирок (зниження ШКФ становило  $> 6$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>). Обстеження включало оцінку офісного та амбулаторного артеріального тиску (АТ), визначення вмісту в крові креатиніну, цистатину С, С-реактивного протеїну (СРП), ФНП-α, ІЛ-6, активного реніну, альдостерону та добової екскреції альбуміну із сечею (ЕАС) та загальних метанефринів. Протягом 3 років пацієнти отримували терапію на основі фіксованої комбінації блокатор РААС / тіазидний або тіазидоподібний діуретик / блокатор кальцієвих каналів з додаванням антагоністів мінералокортикоїдних рецепторів або β-адреноблокатора або петлевого діуретика.

**Результати.** За період спостереження у пацієнтів групи 1 ШКФ в середньому зросла на  $(7,4 \pm 1,5)$  мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> ( $p = 0,001$ ). Значне покращання функції нирок відбулось протягом перших 6 міс. лікування з