

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

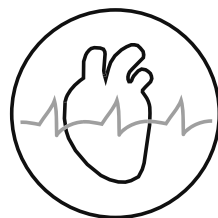
Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 25–27 вересня 2019 р.)

Головний редактор: О.М. Пархоменко

Наукова редакція випуску: М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,
С.М. Кожухов, О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов,
Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва, В.О. Шумаков

Том 26 Додаток 1 2019



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2019

Організаційний комітет XX 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, Ю.М. Соколов, О.Г. Несукай

Члени науково-організаційного комітету

Л.Л. Вавілова, О.П. Волосовець, Л.Г. Воронков, Т.І. Гавриленко, М.М. Долженко, І.М. Ємець, В.М. Ждан, О.А. Коваль, С.М. Коваль, С.М. Кожухов, О.В. Коркушко, В.М. Корнацький, О.І. Мітченко, В.А. Міхньов, В.З. Нетяженко, Л.А. Міщенко, М.В. Рішко, А.В. Руденко, К.В. Руденко, Н.М. Середюк, М.Ю. Соколов, Т.В. Талаєва, В.К. Тащук, Б.М. Тодуров, М.Д. Тронько, М.К. Фуркало, О.О. Ханюков, В.Й. Целуйко, В.О. Шумаков

Секретаріат: 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

Генеральні партнери

SERVIER
(Франція)

BAYER
(Німеччина)

КРКА, д. д., Ново место,
(Словенія)

NOVARTIS
(Швейцарія)

ДАРНИЦЯ
(Україна)

PFIZER
(США)

ARTERIUM
(Україна)

BOEHRINGER INGELHEIM
(Німеччина)

Головні партнери

**КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ
ЗАВОД** (Україна)

КУСУМ ФАРМ
(Україна)

AstraZeneca
(Велика Британія)

TAKEDA
(Японія)

**ТОВ «САНОФІ-АВЕНТИС
Україна»**

Партнери

MEDOCHEMIE LTD (Кіпр), **МІКРОХІМ** (Україна), **ACINO** (Швейцарія), **ЮРІЯ-ФАРМ** (Україна),
BERLIN-CHEMIE (Німеччина), **ROSTGROUP** (Україна), **GEDEON RICHTER** (Угорщина), **GRINDEKS** (Латвія),
ТОВ «Ново Нордіск Україна» (Данія), **OLFA** (Латвія), **САНДОЗ** (Німеччина/Швейцарія),
PRO.MED.CS Praha a.s. (Чехія), **ЗДРАВО** (Україна), **D-r REDDY'S** (Індія), **Борщагівський ХФЗ** (Україна),
ASPEN PHARMA (Ірландія), **WOERWAG PHARMA** (Німеччина), **EGIS Pharmaceuticals** (Угорщина),
ТОВ «Шайер Україна» (частина компанії TAKEDA), **SCHILLER AG** (Україна)

Зміст

ТЕЗИ НАУКОВИХ ДОПОВІДЕЙ

Артеріальна гіпертензія	5
Симптоматичні артеріальні гіпертензії	26
Хронічна ішемічна хвороба серця	39
Кардіометаболічний ризик	65
Гострий коронарний синдром та невідкладні стани	95
Інфаркт міокарда та відновлювальне лікування	112
Інтервенційна кардіологія	124
Некоронарогенні захворювання серця	128
Аритмії серця	138
Серцева недостатність	159
Різні проблеми кардіології	171
Алфавітний покажчик авторів тез	182

Результати. Усі пацієнти у дослідженні мали гіпертонічну хворобу (ГХ), у більшості пацієнтів (81 %) була діагностована III стадія ГХ. Частота ішемічної хвороби серця (ІХС) (стабільна стенокардія, постінфарктний кардіосклероз) у пацієнтів у дослідженні була 79,3 %, серцевої недостатності – 75,8 %, інфаркт міокарда в анамнезі мали 13,7 %. Цукровий діабет 2-го типу було виявлено у 22,4 % пацієнтів. За результатами визначення ЕЗВД усі хворі мали порушення ендотеліальної функції (приріст діаметра артерії менше 10 %). У 74 % хворих було зареєстровано підвищення рівня С-реактивного протеїну, при цьому середній рівень був 6,8 (5,8; 7,8).

Висновки. У всіх пацієнтів з фібриляцією передсердь та гострим порушенням мозкового кровообігу виявлено порушення ендотеліальної функції. У 74 % хворих встановлено підвищення рівня С-реактивного протеїну, що може свідчити про несприятливий прогноз за рахунок розвитку системної запальної реакції, а також пошкодження тканин при ГПМК у хворих з ФП. Встановлені вищезазначені зміни обумовлюють пошук нових медикаментозних препаратів впливу у цієї категорії пацієнтів.

Питання допуску до занять спортом осіб із синусовою брадикардією та АВ-блокадою I ступеня

Є.Л. Михалюк, В.В. Сиволап

Запорізький державний медичний університет

Мета – аналіз виявлення синусової брадикардії та АВ-блокади I-го ступеня в осіб, що займаються груповими та індивідуальними видами спорту, допуск їх до занять спортом.

Огляд наукових досліджень показує, що загальноприйнята думка про наявність синусової брадикардії у великого відсотка спортсменів не завжди відповідає дійсності. Згідно з даними О.Н. Котцовой та співавторів [2017], у лижників високого класу, тренувальна та змагальна діяльність яких спрямована на розвиток витривалості, синусову брадикардію реєструють в 29,0 % випадків, а у плавців – в 37,3 %. Проте найбільший відсоток осіб з синусовою брадикардією реєструють серед бігунів на 400 метрів I-го розряду-майстрів спорту міжнародного класу (МСМК) – 62,2 % [Михалюк Є.Л., 2017] та серед гандболістів рівня майстра спорту (МС)-МСМК – 69,4 % [Михалюк Є.Л., Гуніна Л.М., 2018]. У групових видах спорту (від 6 до 19), за даними М.Ю. Чичкова та співавт. (2017), серед 140 спортсменів-кандидатів у майстри спорту (КМС)-МС 12,9 % мали синусову брадикардію, серед 375 елітних спортсменів – 50,5 % [Макаров Л.М. та співавт., 2015], а серед 73 елітних спортсменів Польщі – 75,3 % [Swiatowiec A. et al., 2009]. Такі дані свідчать про те, що не завжди синусова брадикардія у спортсменів високого класу розвивається внаслідок виснажливих тренувань на витривалість. Можна припустити, що будь-які багаторічні фізичні сприяють розвитку економізації фі-

зіологічних функцій, що виявляється розвитком синусової брадикардії.

Синусову брадикардію у спортсменів необхідно відрізнити від синдрому слабкості синусового вузла. Останній виявляється скаргами на запаморочення і непритомність, низькою збудливістю пульсу при проведенні проби з фізичним навантаженням і підтверджується результатами функціональних і медикаментозних проб.

Диференційна діагностика між варіаціями нормального серцевого ритму, що часто набуває межових значень у спортсменів на піку «спортивної форми», і патологічними аритміями, які нерідко супроводжуються несприятливими симптомами або навіть становлять загрозу для життя, може бути доволі важкою проблемою.

У спортсменів з АВ-блокадою I-го ступеня при проведенні навантажувального тестування на ЕКГ відзначається скорочення інтервалу PQ. Однак, при виявленні порушень комплексу QRS або значного подовження інтервалу PQ (>300 мс) показано проведення поглибленого обстеження, що включає тестове навантаження, холтеровське моніторування ЕКГ і ехокардіографію. Спортсмени з АВ-блокадою I-го ступеня та структурно незмінним міокардом допускаються до занять спортом при відсутності ознак прогресування ступеня блокади. Порушення АВ-провідності зустрічається досить рідко і не має конкретного відношення до певного виду спорту. Частота реєстрації АВ-блокади I-го ступеня в групах різних видів спорту серед спортсменів високого класу становить 1,6 % серед 252 спортсменів рівня КМС-МСМК обох статей [Бучина Е.В. та співавт., 2012], 2,5 % за даними обстеження 7970 спортсменів рівня КМС-ЗМС [Светлична С.Е. та співавт., 1990] та 4,7 % серед 3000 спортсменів від III розряду до МСМК [Філявіч О.Е., 1982]. Серед індивідуальних видів спорту серед 135 боксерів рівня I розряду-МСМК спортсменів з АВ-блокадою 0,7 % [Михалюк Є.Л., 2016], серед 49 гандболістів рівня МС-МСМК – 2,05 % [Михалюк Є.Л., Гуніна Л.М., 2018] і найбільший відсоток (3,6 %) отримано серед 83 плавців рівня I розряду-МС [Котцова О.Н., Крайнова И.Н., 2017].

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать про те, що синусова брадикардія та АВ-блокада I ступеня є ЕКГ особливістю у спортсменів високого рівня і дозволяє займатися спортом.

Предиктори раннього рецидиву аритмії в пацієнтів з неклапанною персистентною фібриляцією і тріпотінням передсердь після кардіоверсії

Н.С. Павлик, У.П. Черняга-Ройко, С.С. Павлик, В.Ю. Черкавський

Львівський обласний кардіологічний центр

Чинні узгоджені рекомендації і стандарти не містять чіткого алгоритму визначення предикторів рецидиву