

# **УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ**



Додаток **1** 2017

**Матеріали XVIII Національного  
конгресу кардіологів України  
(Київ, 20–22 вересня 2017 р.)**

Журнал внесено до Переліку наукових фахових видань України  
і зареєстровано в наукометричних базах Google Scholar, «Наукова періодика України» та РІНЦ

Національна академія медичних наук України • Асоціація кардіологів України

# УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ

*Ukrainian Journal of Cardiology*



**Додаток 1/2017**

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](http://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](mailto:4w@4w.com.ua)  
[www.4w.com.ua](http://www.4w.com.ua)

Київ • 2017

## 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 покажчик авторів тез.....	180

В 2-й групі прийом дабігатрану 5 (20,8 %) пацієнтів припинили через дисконфорт, пов'язаний з ПР препарату, 2 (8 %) – з економічних міркувань.

**Висновки.** Зручність застосування, відсутність необхідності регулярного контролю параметрів згорання, ефективність та сприятливий профіль користі/ризиків дабігатрану етексилату (Прадакса, «Берінгер Інгельхайм Фарма ГмБХ і Ко. КГ, Німеччина») суттєво підвищує рівень комплайенсу до тривалої антикоагулянтної терапії порівняно з варфарином у пацієнтів з постійною формою ФП.

### Тактика застосування антитромботичної терапії у пацієнтів з фібриляцією передсердь та ішемічною хворобою серця, які перенесли геморагічні ускладнення

**В.А. Потабашній, В.І. Фесенко**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
Кривий Ріг*

Використання антитромботичних препаратів та їх комбінації у пацієнтів, у яких виникли геморагічні ускладнення, є актуальною проблемою, особливо у випадках фібриляції передсердь (ФП) та ішемічної хвороби серця (ІХС). Встановлено, що після кровотеч зростає ризик ішемічних і тромботичних подій. Це потребує прийняття рішення щодо продовження або відновлення антитромботичної терапії. Для вирішення цього питання необхідні докази з рандомізованих клінічних досліджень, але, на жаль, до них майже не включали пацієнтів з геморагічними ускладненнями. Тому прийняття рішення на практиці здійснюється емпірично. Заслугує на увагу консенсус робочої групи з тромбозів Європейського кардіологічного товариства, запропонований наприкінці 2016 року.

Антитромботична терапія. Пацієнтам високого або надто високого тромботичного ризику (гострий коронарний синдром [ГКС] або стентування до 30 діб) рекомендується продовження лікування низькими дозами аспірину без перерви, а повторно включення другого антитромботичного препарату (АТП) після стабілізації стану. При помірному тромботичному ризику у пацієнтів з ГКС або ПКІ другою генерацією DES те ж рекомендується прийом аспірину, а відновлення застосування другого АТП розглядається, якщо ризик тромбозу перевищує ризик рецидиву кровотечі. Якщо на тлі подвійної АТ-терапії (ПАТТ) кровотеча виникла у межах 3 місяців після стентування, тоді ПАТТ обмежується даним терміном. У випадку, коли кровотеча з'явилася після 3 місяців і залишається ризик її рецидиву, призначається один АТП (аспирин або клопидогрел). У випадку ГКС, якщо кровотеча виникла на тлі застосування прасугрелю або тікагрелору для відновлення АТТ слід призначити клопидогрел, оскільки ризик геморагії менший, але час його старту визначається тривалістю дії прасугрелю (7–10 діб) чи тікагрелору (3–5 діб).

Антикоагулянтна терапія після екстракраніальної геморагії. Рестарт оральних антикоагулянтів (ОАК) призначається, якщо тромботичний ризик перевищує ризик рецидиву геморагії, у більшості випадків у межах одного тижня. При рестарті нових ОАК (НОАК) слід ретельно оцінити і моніторувати стан ниркової функції для запобігання акумуляції препарату. Якщо для нейтралізації антикоагулянтного ефекту НОАК застосовувався антидот (ідаруцикумаб), відновлення прийому НОАК здійснюється у межах 3–4 діб, якщо дозволяє індивідуальний ризик геморагії. У пацієнтів з механічними протезами клапанів серця (особливо мітрального клапана) відміна варфарину асоціюється з високим ризиком тромбозу. На сьогодні НОАК протипоказані пацієнтам з механічними протезами.

Комбінація антитромботичних препаратів з антикоагулянтами. У пацієнтів з ІХС, яким проведено стентування, у поєднанні з неклапанною ФП, у яких виникла геморагія під час триплетної терапії, рекомендується відмінити аспирин або клопидогрел (останній не в межах першого місяця після стентування). Для варфарину МНВ підтримується у межах 2,0–2,5, а для НОАК призначається найменша ефективна доза з метою попередження інсульту. У пацієнтів з великою геморагією, яка виникла на тлі комбінації ОАК з одним із антитромботичних препаратів, слід розглянути відміну останнього. Якщо геморагія виникла під час подвійної або триплетної антитромботичної терапії до 1 року після ГКС або стентування у пацієнтів з неклапанною ФП і низьким ризиком інсульту можлива ПАТТ без ОАК.

### Классы пульсового артериального давления и эффективность медикаментозной терапии у пациентов на годовом этапе после имплантации электрокардиостимуляторов

**М.В. Починская**

*Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина*

**Цель** – оценить частоту назначения и изменение коэффициента доз основных групп кардиологических препаратов в различных классах пульсового артериального давления (ПАД) у пациентов на годовом периоде наблюдения после имплантации электрокардиостимуляторов (ЭКС).

**Материал и методы.** Обследованы 220 пациентов (110 мужчин и 110 женщин) в возрасте 70±9 лет до, в ранний период (3–5 дней), через 6 и 12 месяцев после имплантации ЭКС в режимах DDD(R), VVI(R) и CRT(P/D). Медикаментозная терапия была представлена такими препаратами со среднетерапевтическими дозами: антикоагулянты (варфарин 5, прадакса 300, ксарелто 20 мг); антиагреганты (клопидогрель и ацетилсалициловая кислота 75 мг); антиаритмические препараты (амиодарон 200 мг и бета-адреноблокаторы (БАБ) – метопролол 100, бисопролол 5, небиволол 5, карведилол 6,25, бетаксоллол 5, атенолол 50 мг); диуретики (гидрохлортиазид 12,5,

фуросемид 40, торасемид 5, индапамид 2,5, спиронолактон 50 мг); антагонисты кальция (Ca) (амлодипин 10, нифедипин 90, верапамил 80 мг); ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) (эналаприл 10, лизиноприл 10, рамиприл 5, фозиноприл 10 мг); блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) (лозартан 50, кандесартан 8 мг); статины (симвастатин 20, аторвастатин 20, розувастатин 10 мг). Для каждой группы препаратов был рассчитан коэффициент дозы как среднее значение терапевтической дозы для данного препарата, принятого за 1,0.

Пациенты были отнесены к пяти классам ПАД: I – очень низкое ПАД: менее 20 мм рт. ст., II – низкое: более 20 – менее 40 мм рт. ст., III – норма: 40–60 мм рт. ст., IV – высокое: более 60 – менее 80 мм рт. ст., V – очень высокое: более 80 мм рт. ст. В каждом классе ПАД определялся коэффициент дозы и частота назначения перечисленных медикаментозных препаратов на этапах исследования. Для обработки данных использовались стандартные статистические процедуры с помощью Microsoft Excel.

**Результаты.** На годовом этапе наблюдения после имплантации ЭКС в III классе ПАД повысилась частота назначения антикоагулянтов – на 1 %, диуретиков – на 5 %, БАБ – на 16 %, антагонистов Ca – на 3 %, иАПФ – на 5 %, статинов – на 14 %; в IV классе: антикоагулянтов – на 2 %, амиодарона – на 15 %, диуретиков – на 5 %, БАБ – на 23 %, антагонистов Ca – на 4 %, иАПФ – на 6 %, БРА II – на 13 % и статинов – на 19 %; в V классе: антикоагулянтов – на 6 %, амиодарона – на 21 %, диуретиков – на 9 %, БАБ – на 20 %, антагонистов Ca – на 11 %, иАПФ – на 6 %, БРА II – на 15 % и статинов – на 23 %.

К годовому периоду наблюдения после имплантации ЭКС во II классе ПАД повысился коэффициент доз диуретиков и БАБ – на 0,1 относительную единицу (о.е.), в III классе БАБ – на 0,1 о.е., в IV и V классах: диуретиков – на 0,3 о.е. и БАБ – на 0,1 о.е.

Имплантация ЭКС во II классе ПАД в отдаленных сроках способствовала снижению коэффициента дозы амиодарона на 0,1 о.е., в III классе: амиодарона и антагонистов Ca – на 0,1 о.е., в IV классе: антагонистов Ca – на 0,1 о.е. и иАПФ – на 0,2 о.е., в V классе: антагонистов Ca – на 0,3 о.е., во II, III, IV и V классах: иАПФ – на 0,2 о.е.

Коэффициент дозы антикоагулянтов, антиагрегантов, БРА и статинов не зависел от класса ПАД и не изменялся на годовом периоде наблюдения.

**Выводы.** У пациентов после имплантации ЭКС частота назначения и коэффициент дозы основных групп кардиологических препаратов соотносились с классами ПАД, причем, чем больше класс ПАД, тем больше частота назначения и коэффициент дозы препаратов были необходимы. Пациенты с имплантированными ЭКС во II, IV и V классах ПАД требовали большего внимания в титровании медикаментозных препаратов.

## Опыт применения метода радиочастотной катетерной абляции при лечении нарушений ритма сердца у детей

**С.А. Правосудович, О.Б. Бондаренко, Л.Л. Бельмас, Д.А. Мисюра, Л.Д. Сущенко**

*КУ «Днепропетровский областной клинический центр кардиологии и кардиохирургии» ДООС», Днепр*

**Цель** – на основе ретроспективного анализа оценить эффективность и безопасность лечения нарушенного ритма сердца (НРС) у детей методом радиочастотной катетерной абляции (РЧКА).

**Материал и методы.** Проведен анализ 175 процедур РЧКА у 156 детей за период 1995–2016 гг. По возрастному критерию выделено 3 группы: 1-я – до 1 года, 2-я – от 1 до 5 лет, 3-я – старше 5 лет. Отдельно анализирована группа с весом менее 15 кг. Использовались деструкционные электроды с конвекционным и ирригационным (внешним) охлаждением 5F, 6F, 7F, с дистальным полюсом 3,5 и 4 мм. Воздействие осуществлялось радиочастотной энергией 20–40 Вт, продолжительностью 30–60 секунд, ирригация 5–10 мл/мин. Процедура проводилась на фоне общего обезболивания с местной анестезией. Учитывались вид НРС, класс показаний, параметры РЧКА эффективность первичной и эффективность лечения с учетом повторных процедур, осложнения. Сроки наблюдения от 2 до 10 лет.

**Результаты.** В 1-ю группу вошло 9 пациентов (средний возраст  $(5,5 \pm 3,9)$  мес, минимальный возраст 22 дня), 2-ю – 39 (средний возраст  $(2,9 \pm 2,1)$  лет), в 3-ю 108 (средний возраст  $(13,1 \pm 3,7)$  лет). Вес менее 15 кг имело 19 пациентов ( $13,7 \pm 9,8$  мес.). НРС в 1-й группе: атриовентрикулярная узловатая тахикардия (АВУТ) – 1, атриовентрикулярная тахикардия с участием дополнительных путей проведения (АВТдпп) – 6, предсердная тахикардия (ПТ) – 2; во 2-й группе: АВУТ – 6, АВТдпп – 30, ПТ – 1, желудочковая аритмия (ЖА) – 2; в 3-й группе: АВУТ – 39, АВТдпп – 35, ПТ – 11, ЖА – 23; вес < 15 кг: АВУТ – 2, АВТдпп – 11, ПТ – 2, ЖА – 1. Класс показаний в группе 1: I – 2, IIb – 7; в группе 2: I – 3, IIa – 4, IIb – 32; в группе 3: I – 30, IIa – 22, IIb – 52, III – 4; ; вес < 15 кг: I – 3, IIa – 4, IIb – 12. Усредненные параметры РЧКА между 1-й, 2-й группами и при весе менее 15 кг достоверно не отличались: длительность процедуры –  $2,0 \pm 1,3$  часа, рентгенвремя –  $(17,0 \pm 16,4)$  минут, количество аппликаций –  $4,4 \pm 3,2$ , энергия воздействия  $(27,0 \pm 5,5)$  Вт/с; достоверно выше параметры в группе 3: длительность процедуры –  $(2,8 \pm 2,0)$  часа ( $p < 0,04$ ), рентгенвремя –  $(26,4 \pm 27,8)$  минут ( $p = 0,05$ ), количество аппликаций –  $9,2 \pm 11,2$  ( $p < 0,002$ ), энергия воздействия –  $(34,0 \pm 4,5)$  Вт/с ( $p < 0,0003$ ). Количество РЧКА в группе 1 – 12 (повторных 3–25 %), в группе 2 – 43 (повторных 4–9,3 %), в группе 3 – 120 (повторных 12–10 %), при весе < 15 кг – 22 (повторных 3–13,6 %). Эффективность первичной РЧКА (89,1 %) в группе 1 –

- 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  
Мартовицький 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  
Міняйленко 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  
Потабашній 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