

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXIV Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 19–22 вересня 2023 р.)

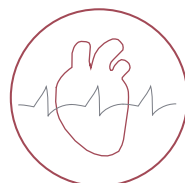
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- гострий інфаркт міокарда
- інтервенційна кардіологія
- дисліпідемії
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія 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 часопис»,
Український кардіологічний журнал портал, www.ukrcardio.org, www.strazhesko.org.ua, <https://www.facebook.com/strazhesko/>

ження рівня прозапальних цитокінів TNF- α на 11,9 % та IL-6 на 39 %.

Висновки. Отримані дані демонструють зниження інтенсивності системного запалення під впливом антигіпертензивної як моно так і комбінованої терапії, що прямо корелює зі ступенем зниження АТ, як за даними офісного, так і добового моніторування.

Особливості кардіоваскулярних факторів ризику в жінок з артеріальною гіпертензією та гострим порушенням мозкового кровообігу

В.В. Бугерук, О.Б. Волошина, О.Р. Дукова, Л.І. Ковальчук, І.В. Балашова

Одеський національний медичний університет

Систематичний аналіз дослідження глобального тягаря захворювань протягом 1990–2019 рр. (Murray S. et al., 2020) констатує, що високий систолічний артеріальний тиск (АТ) є найпоширенішим модифікуючим кардіо-васкулярний прогноз фактором ризику серцево-судинних захворювань і головною причиною смерті. Саме високий систолічний АТ вважають основною причиною смерті в жінок.

Мета – ретроспективна оцінка сукупності можливих факторів ризику в жінок з артеріальною гіпертензією (АГ) та перенесеним гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) за ішемічним типом.

Матеріали та методи. Проаналізована медична документація 274 жінок віком 48–82 роки (середній вік $66,25 \pm 10,07$ років) з АГ, які мали перенесене ГПМК ішемічного генезу в анамнезі та протягом попередніх 3-х років були обстежені в умовах неврологічного або кардіологічного відділення стаціонару.

Результати. Середній вік виявлення АГ в пацієнток складав $56,5 \pm 8,23$ років. Середній вік розвитку ГПМК – $72,1 \pm 9,27$ років. Ожиріння з індексом маси тіла більше 30 кг/м^2 мали 212 (77,37 %) жінок. Рання менопауза з важкими або помірними вазомоторними симптомами була в 74 (27 %) жінок. 42 (15,33 %) пацієнтки мали в анамнезі гістеректомію, 56 (20,44 %) – синдром полікістозних яєчників. Про гіпертензивні розлади під час вагітності повідомляли в анамнезі життя 86 (31,39 %) жінок. 128 (42,72 %) жінок мали цукровий діабет (ЦД). Хронічні запальні автоімунні захворювання (ревматоїдний поліар-

трит, васкуліти, розсіяний склероз тощо) мали 42 (15,33 %) пацієнтки. Хронічну хворобу нирок із швидкістю клубочкової фільтрації за СКД-Ері менше 60 мл/хв/1,73 м² було діагностовано в 87 (31,75 %) жінок. Залізодефіцитну анемію або латентний залізодефіцит мали 48 (17,52 %) жінок. 62 (22,63 %) жінки мали в анамнезі інфаркт міокарду. 224 (81,75 %) пацієнтки мали електрокардіографічні або сонографічні ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Фракцію викиду (ФВ) лівого шлуночка менше 40 % мали 24 (8,76 %) жінки, помірно знижену ФВ 40–49 % – 42 (15,33 %) жінки, збережену ФВ більше 50 % встановлено в 218 (79,56 %) пацієнток. Порушення серцевого ритму у вигляді екстрасистолічної аритмії було діагностовано у 62 (22,63 %) пацієнток, 119 (43,43 %) мали фібриляцію передсердь, 12 (4,38 %) – відновлений синусовий ритм після процедури радіочастотної катетерної абляції. Більшість пацієнток мали кластер факторів ризику. 98 (35,77 %) пацієнток з перенесеним ГПМК ішемічного типу мали АГ, гіпертрофію лівого шлуночка, ожиріння, гіперліпідемію, ЦД та миготливу аритмію. Пацієнтки з АГ, залізодефіцитом, автоімунними захворюваннями, ожирінням, прееклампсією в анамнезі мали серцеву недостатність із збереженою ФВ лівого шлуночка. Отримували планову антигіпертензивну терапію 128 (46,72 %) пацієнток, адекватно контролювали АТ 54 (19,71 %) жінки, 32 (11,68 %) з них мали фібриляцію передсердь. Епізодично приймали гіпотензивну терапію 102 (37,23 %) жінки. Найчастіше приймали фіксовані подвійні комбінації, які містили інгібітор ренін-ангіотензинової системи та тiazидний/тiazидоподібний діуретик або амлодипін (138 – 50,36 % пацієнток), потрійні комбінації вище перерахованих груп препаратів приймали 42 (15,33 %) жінки. 98 (35,77 %) жінок приймали бета-блокатори. Гіперліпідемія з підвищенням рівня ЛПНЩ була діагностована в 202 (73,72 %) пацієнток. Постійно приймали ліпідзнижуючу терапію з досягненням цільового рівня ЛПНЩ 42 (15,33 %) жінки, без досягнення цільового рівня ЛПНЩ – 87 (31,75 %) пацієнток. Епізодично приймали статинотерапію 80 (29,2 %) жінок. Антитромбоцитарну терапію отримували 56 (20,44 %) жінок, антикоагулянтну – 48 (17,52 %).

Висновки. Отже, неадекватно контрольована АГ в поєднанні з кластером інших факторів ризику, найчастіше з ожирінням, гіперліпідемією, ЦД, гіпертензивним ураженням серця та фібриляцією передсердь є найпотужнішим фактором кардіо-васкулярного ризику в пацієнток, що мали ГПМК.