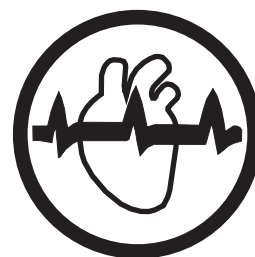


УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ



Додаток 4/2014

Ukrainian Journal of Cardiology

Науково-практичний журнал
Видається із січня 1994 року

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

Матеріали XV Національного конгресу кардіологів України (Київ, 23–25 вересня 2014 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*

Адреса редакції журналу

Національний науковий центр «Інститут
кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України
вул. Народного Ополчення, 5
03680 МСП м. Київ-151
Випускаючий редактор:
Н.П. Строганова (тел.: (044) 249-70-20)
Відповідальний секретар:
О.Й. Жарінов (тел./факс: (044) 291-61-30)
E-mail: 4w@4w.com.ua
www.ukrcardio.org

Адреса видавництва

ТОВ «Четверта хвиля»
проспект Червонозоряний, 119, оф. 213
03039, м. Київ
Тел.: (044) 221-13-82
Факс: (044) 501-68-24
E-mail: 4w@4w.com.ua
www.4w.com.ua

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ XV НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ КАРДІОЛОГІВ УКРАЇНИ

Співголови конгресу:

Президент
Національної
академії наук України
Б. Є. Патон

Міністр
охорони здоров'я
України
О. С. Мусій

Президент
Національної академії
медичних наук України
А. М. Сердюк

Президія науково-організаційного комітету:

В.М. Коваленко (голова), К.М. Амосова, Ю.В. Вороненко, В.К. Гринь, Г.В. Дзяк, Г.В. Книшов, М.І. Лутай, В.Ф. Москаленко, О.М. Пархоменко, О.С. Сичов, Ю.М. Сіренко, М.Д. Тронько

Науково-організаційний комітет:

В.О. Бобров, В.В. Братусь, В.І. Волков, О.П. Волосовець, Г.С. Воронков, Л.Г. Воронков, Т.І. Гавриленко, О.С. Гавриш, І.М. Горбась, М.М. Долженко, А.П. Дорогой, В.М. Ждан, Д.Д. Зербіно, М.Г. Ілляш, С.М. Коваль, О.В. Коркушко, В.М. Корнацький, В.Г. Майданник, О.І. Мітченко, В.А. Міхньов, О.О. Мойбенко, Л.С. Мхітарян, О.Г. Несукай, В.З. Нетяженко, О.С. Ніконенко, А.В. Руденко, В.Ф. Сагач, Є.П. Свіщенко, Н.М. Середюк, І.К. Следзевська, І.П. Смирнова, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва, Б.М. Тодуров, М.К. Фуркало, В.Й. Целуйко, В.О. Шумаков

Відповідальний секретар: Л.Л. Вавілова

Секретаріат: О.М. Зверев, М.А. Гуляницька

Генеральні партнери:

SERVIER
(Франція)

SANOFI
(Франція)

KRKA
(Словенія)

BAYER HEALTH CARE
(Німеччина)

ACTAVIS

ARTERIUM
(Україна)

TAKEDA
(Японія)

BOEHRINGER INGELHEIM
(Німеччина)

PFIZER
(США)

Головні партнери:

ABBOTT
(США)

RICHTER GEDEON
(Угорщина)

ПРО ФАРМА
(Україна)

КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ 3-Д
(Україна)

RECORDATI GROUP
(Італія)

КУСУМ ФАРМ
(Україна)

Партнери: HOMVIOIRA (Німеччина), ASTRA ZENECA (Велика Британія)

Зміст

Европейское исследование профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета EUROASPIRE IV: результаты госпитального этапа в Украине

В.Н. Коваленко, М.Н. Долженко, Е.Г. Несукай

от группы исследователей..... 4

Тези наукових доповідей / Abstracts of scientific reports

Артеріальна гіпертензія / Arterial hypertension	15
Метаболічні порушення / Metabolic disorders	44
Хронічна ішемічна хвороба серця / Chronic ischemic heart disease.....	70
Гострий інфаркт міокарда та невідкладні стани / Acute coronary syndrome.....	91
Інтервенційна кардіологія / Interventional cardiology	110
Некоронарогенні захворювання серця / Non-coronarogenic heart disease	121
Аритмії серця / Cardiac arrhythmias	127
Серцева недостатність / Heart failure	145
Різні проблеми кардіології / Others problems of cardiology	161
Алфавітний показчик авторів тез.....	196

функционального класса, у 36 больных в анамнезе инфаркт миокарда) и атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей (III стадия по классификации Фонтейна – Покровского – появление боли в нижних конечностях в состоянии покоя). У 122 пациентов выявлена артериальная гипертензия 1–3-й степени тяжести, у 60 – сахарный диабет 2-го типа.

Пациенты были разделены на две группы. В I группу вошли 100 больных с мультифокальным атеросклерозом, во II группу – 60 больных с мультифокальным атеросклерозом и сахарным диабетом 2-го типа. 20 практически здоровых лиц составили контрольную группу.

Для оценки функции эндотелия включенным в исследование пациентам определяли эндотелийзависимую вазодилатацию плечевой артерии (ЭЗВДПА) по стандартной методике.

Результаты. У обследованных пациентов выявлена дисфункция эндотелия – показатель ЭЗВДПА у больных I и II групп был достоверно ниже, чем у лиц контрольной группы ($3,54 \pm 0,25$ % у пациентов I группы и $15,23 \pm 1,43$ % у практически здоровых людей ($P < 0,05$); $2,67 \pm 0,18$ % у пациентов II группы и $15,23 \pm 1,43$ % у практически здоровых людей ($P < 0,05$)), причем эндотелиальная дисфункция была более выражена у больных с мультифокальным атеросклерозом и сахарным диабетом 2-го типа.

За 10–14 дней до планируемого оперативного вмешательства и на протяжении всего послеоперационного периода пациентам было рекомендовано комплексное лечение: двойная антитромбоцитарная терапия (ацетилсалициловая кислота 75 мг в сутки + клопидогрель 75 мг в сутки), бета-адреноблокатор (бисопролол 5–10 мг в сутки), ингибитор АПФ (периндоприл или рамиприл 5–10 мг в сутки) и статин (аторвастатин 40 мг в сутки). Период наблюдения составил 12 месяцев.

На фоне проведенной терапии функция эндотелия достоверно улучшилась – показатель ЭЗВДПА увеличился с $3,54 \pm 0,25$ до $5,89 \pm 0,41$ % ($P < 0,05$) у больных I группы и с $2,67 \pm 0,18$ до $4,75 \pm 0,32$ % ($P < 0,05$) у больных II группы, соответственно.

Выводы. У пациентов с мультифокальным атеросклерозом (хронической ишемической болезнью сердца и атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей), которым планировалось проведение реконструктивных оперативных вмешательств на сосудах нижних конечностей, выявлена эндотелиальная дисфункция, выраженность которой была более существенной у больных, страдающих сахарным диабетом 2-го типа. Комплексная медикаментозная терапия больных с мультифокальным атеросклерозом, нуждающихся в проведении реконструктивных оперативных вмешательств на сосудах нижних конечностей,

приводит к достоверному улучшению функции эндотелия этой категории пациентов.

Класс продолжительности комплекса QRS и клинические особенности пациентов с постоянной электрокардиостимуляцией

И.В. Шанина

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина
ГУ «Харьковский национальный институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины»

Продолжительность стимулированного QRS комплекса пациентов с постоянной электрокардиостимуляцией (ЭК) используется в оценке ее эффективности.

Цель – провести анализ клинических особенностей пациентов с ЭКС в классах продолжительности комплекса QRS для разработки предложений повышения ее эффективности.

Материал и методы. Обследовано 125 пациентов (57 женщин, 68 мужчин) с установленными ЭКС в возрасте 69 ± 8 лет. Показаниями для установки ЭКС были атриовентрикулярная блокада (АВ-блокада), синдром слабости синусового узла (СССУ), брадисистолическая форма фибрилляции предсердий (ФП), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) с ремоделированием левого желудочка (ЛЖ).

Из клинических признаков учитывались возраст и пол пациентов, хроническая ишемическая болезнь сердца (ХИБС) и ее формы – постинфарктный кардиосклероз, стабильная стенокардия напряжения (I–IV функциональный класс (ФК)), артериальная гипертензия (АГ) 1–3-й степени и 1–4 стадия ФП (пароксизмальная, персистирующая и постоянная), ХСН I–III стадии, I–IV функциональные классы (ФК).

Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) осуществлялась на компьютерном электрокардиографе Cardiolab+2000. Продолжительность QRS-комплекса измерялась в отведениях II, V5, V6 (среднее значение трех последовательных комплексов) с выбором максимального значения. Выделено 2 класса продолжительности комплекса QRS: до 119 мс (группа 1) и более 120 мс (группа 2), в каждом из которой оценивались значения и/или частоты и их стандартные отклонения для учитываемых клинических признаков.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 69 ± 8 лет в группе с продолжительностью комплекса QRS до 119 мс и 68 ± 8 – более 120 мс. В группе 1 на женщин было 65 ± 9 %, мужчин – 35 ± 9 %; в группе 2 – 40 ± 5 % (60 ± 5 %), соответственно. В структуре ХИБС постинфарктный кардиосклероз имел место у 3 ± 1 % пациентов в группе с продолжительностью комплекса QRS до 119 мс, 14 ± 4 % – более 120 мс, и стабильная стенокардия – в

группе 1 у (38±9) % пацієнтів і в групі 2 – у (31±8) %. Атеросклеротична гіпертензія в групах 1 і 2 мала у (83±7) % (81±4) %, відповідно. ХСН в групі 1 мали (70±5) %, в групі 2 – (78±4) % пацієнтів. ФП в групі 1 складала (2±8) %, в групі 2 – (34±5) %. Пароксизмальна і персистируюча ФП спостерігалися у (10±6) % пацієнтів групи 1 і (17±4) % групи 2, і постійна форма ФП, відповідно – у (14±6) і (17±4) %.

Висновки. В класі тривалості комплексу QRS до 119 мс переважають пацієнти жіночої статі, стабільна стенокардія напруження, в класі тривалості комплексу QRS більше 120 мс – пацієнти чоловічої статі, постінфарктний кардіосклероз, ХСН, ФП.

Вік пацієнтів і частота зустрічальності АГ в обох класах тривалості комплексу QRS виявилися однаковими.