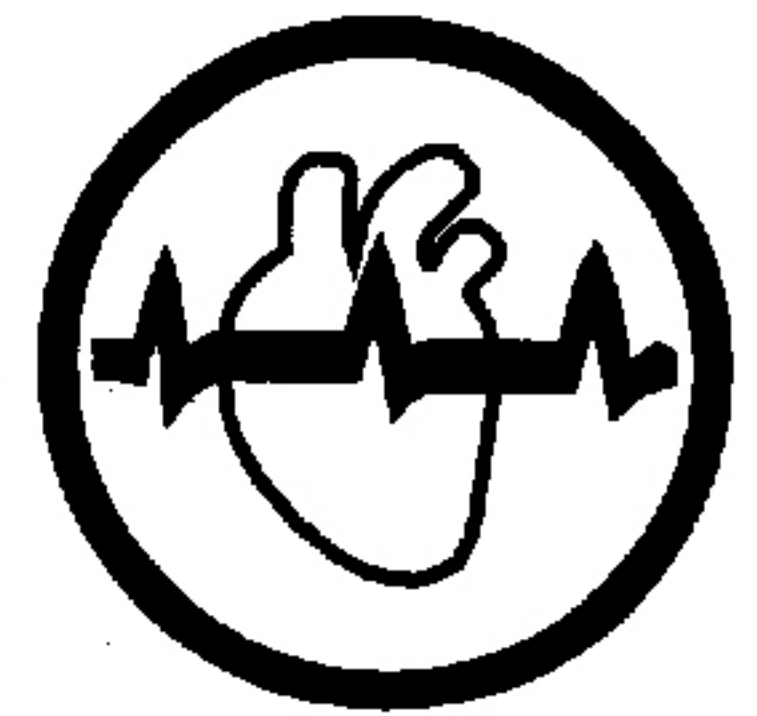


УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ



Додаток 1/2010

Ukrainian Journal of Cardiology

Науково-практичний журнал
Видається із січня 1994 року

**Матеріали Всеукраїнської науково-практичної
конференції
«Профілактика і лікування
артеріальної гіпертензії в Україні
(в рамках виконання Програми профілактики
і лікування артеріальної гіпертензії в Україні)»
(Київ, 17–19 травня 2010 р.)**

Наукові редактори випуску: Є. П. Свіщенко, Ю. М. Сіренко

Головний редактор: В. О. Шумаков

Адреса редакції журналу

Національний науковий центр «Інститут
кардіології ім. М.Д. Стражеска» АМН України
вул. Народного Ополчення, 5
03680 МСП м. Київ-151
Випускаючий редактор:
Н.П. Строганова (тел.: 0(44) 249-70-20)
Відповідальний секретар:
О.Й. Жарінов (тел./факс: 0(44) 291-61-30)
E-mail: 4w@4w.com.ua
www.ukrcardio.org

Адреса видавництва

ТОВ «Четверта хвиля»
бульвар Дружби Народів, 19, оф. 509
01042 м. Київ
Тел.: 0(44) 221-13-82
Факс: 0(44) 529-14-02
E-mail: 4w@4w.com.ua
www.4w.com.ua

Досвід використання карведилолу при лікуванні хворих на артеріальну гіпертензію похилого та старечого віку

І.В. Куделя, К.Г. Карапетян, І.Л. Караванська,
В.М. Ключко, О.С. Мітрохіна

Дніпропетровська державна медична академія

Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним із найбільш ширених захворювань серцево-судинної системи реєструється у 52–55 % пацієнтів старших вікових груп, що в кінцевому підсумку сприяє розвитку виникнення багатьох патологічних станів, зокрема ішемічної хвороби серця (ІХС).

Мета – вивчення гіпотензивного ефекту монотерапії карведилолом при лікуванні АГ у хворих похилого старечого віку.

Матеріал і методи. В науково-практичне дослідження були включені 43 хворих (39 чоловіків та 4 жінки) у віці від 68 до 82 років, що страждали на есенціальну АГ 2-го ступеня (за класифікацією ВООЗ, 99) протягом від 16 до 22 років, з початковим рівнем артеріального тиску (АТ) у межах від 160/100 до 180/110 мм рт. ст. Усім пацієнтам, окрім фізикального стеження, були проведені лабораторні (аналізи крові та сечі), інструментальні (електрокардіографія, ехокардіографія, добове моніторування АТ) дослідження. Дослідження тривало протягом 21 доби. Карведилол (CARVEDILOLUM-LUGAL) у вигляді монопрепарату призначався в дозі 12,5 мг на добу. Клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження виконували перед початком лікування і через 3 тижні після призначення препарату. Достовірність результатів дослідження визначали за допомогою t-критерію Стьюдента.

Результати. Повною мірою антигіпертензивний ефект на тлі монотерапії карведилолом відзначався у 39 (79,1 %) хворих. У них зберігався добовий ритм АТ з тлі значного зниження систолічного АТ (САТ) до середнього рівня ($142,3 \pm 6,7$) мм рт. ст. ($P < 0,05$). Також відзначалася тенденція щодо зниження діастолічного АТ (ДАТ) до середніх показників ($92,8 \pm 4,3$) мм рт. ст. ($P > 0,05$). У 3 хворих (6,9 %) внаслідок використання карведилолу виникла побічна реакція у вигляді помірних проявів бронхоспазму, внаслідок чого цей препарат був змінений на бісопролол.

Висновки. Монотерапія карведилолом у дозі 12,5 мг на добу ефективно знижує рівень САТ та має тенденцію щодо поліпшення рівня ДАТ при наявності значних побічних реакцій у хворих на АГ старших вікових груп.

Зависимость продолжительности корригированного интервала QT от уровня артериального давления у пациентов с фибрилляцией предсердий и АГ

В.Л. Кулик

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

Несмотря на то, что фибрилляция предсердий (ФП) более чем в половине случаев ассоциирована с артериальной гипертензией (АГ), продолжительность корригированного интервала QT (QTc) в зависимости от степени АГ у таких пациентов не изучалась.

Цель – оценка зависимости продолжительности QTc от уровня артериального давления (АД) у пациентов с ФП и сопутствующей АГ.

Материал и методы. Исследовано 132 пациента (83 мужчин и 49 женщин) в возрасте (65 ± 10) лет. Критерии включения: ФП и сопутствующая АГ, возраст – 20–90 лет. Критерии исключения: стабильная стенокардия напряжения IV функционального класса, острый инфаркт миокарда, сердечная недостаточность IV функционального класса, возраст до 20 и более 90 лет. Средняя продолжительность ФП на момент обследования – (7 ± 6) лет. Для измерения QT и диагностирования ФП проводилась регистрация ЭКГ на компьютерном электрокардиографе Cardio-lab+ («ХАИ-Медика»). QTc вычисляли по формуле $QTc = QT + 0,154 \cdot (1000 - RR)$ Фремингемского исследования. Систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) артериальное давление измеряли по методу Короткова тонометром Microlife BP AG1-20.

Согласно классификации АГ по уровню АД ассоциации кардиологов Украины (2008) пациенты разделены на 3 группы: с мягкой АГ (САД 140–159 мм рт. ст., ДАД 90–99 мм рт. ст.); с умеренной АГ (САД 160–179 мм рт. ст., ДАД 100–109 мм рт. ст.); с тяжелой АГ (САД ≥ 180 мм рт. ст., ДАД ≥ 110 мм рт. ст.).

Полученные данные обрабатывали после формирования базы данных в Microsoft Excel. Статистическую обработку проводили с помощью Microsoft Excel (для параметрических данных – среднее значение – M, стандартное отклонение – SD). Для определения статистических различий количественных показателей в выделенных группах пациентов применялись непараметрические критерии (критерий знаков и U-критерий Манна-Уитни). Достоверными данные считались при уровнях значимости $P < 0,05$ и $P < 0,01$. Расчет показателей проводился с помощью SPSS 15.0.

С увеличением стадии АГ продолжительность QTc возрастала. В группе с мягкой АГ QTc составил – (419 ± 28) мс, с умеренной АГ – (415 ± 52) мс, с тяжелой АГ – (435 ± 34) мс; $P > 0,05$.

Выводы. Продолжительность QTс у пациентов с ФП связана со степенью АГ. Более длинный интервал QTс ассоциируется с высокой степенью артериальной гипертензии, что необходимо учитывать в диагностике и терапии таких пациентов.

Ранні маркери несприятливого перебігу гіпертонічної хвороби

Н.В. Кузьміна, В.К. Серкова

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Одним із проявів порушення ендотеліальної функції та ранніх клінічних маркерів ураження нирок при артеріальній гіпертензії (АГ) є мікроальбумінурія (МАУ). Доведено, що МАУ і протеїнурія є незалежними факторами ризику не тільки ниркової недостатності, а й появи серцево-судинних (СС) ускладнень і зростання кардіоваскулярної смертності. Проте дані літератури про частоту наявності МАУ у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) без супутнього цукрового діабету нечисленні і досить суперечливі.

Метою дослідження було визначення наявності і ступеня виразності мікроальбумінурії у хворих на ГХ та оцінка прогностичної значущості МАУ в залежності від рівня екскреції альбумінів із сечею.

Обстежено 381 хворого на ГХ: 212 чоловіків і 169 жінок у віці від 35 до 70 років (середній вік $(53,3 \pm 0,4)$ року). ГХ II стадії діагностовано у 231 (60,6 %) пацієнта, III стадії – у 150 (39,4 %). Поєднання ГХ з ішемічною хворобою серця (ІХС) мали 259 (68,0 %) хворих: стабільну стенокардію напруження II–III функціональних класів (ФК) – 252 (66,1 %), інфаркт міокарда (ІМ) в анамнезі – 88 (23,1 %), мозковий інсульт (МІ) – 45 (11,8 %), поєднання ІМ та МІ – 17 (4,5 %). Хронічну серцеву недостатність (ХСН) I–IIA стадії I–III ФК верифіковано у 338 (88,7 %) пацієнтів. Середня тривалість АГ – $(10,1 \pm 0,32)$ року. Діагноз ГХ та ІХС встановлювали згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів (2008) і Європейського товариства гіпертензії та Європейського товариства кардіологів (2007). У дослідження не включали хворих на ГХ, які перенесли ІМ або МІ менше 6 міс тому, у яких на момент обстеження були виявлені захворювання печінки або нирок з порушенням функції, цукровий діабет, вади серця, ХСН IIБ–III стадії. Контрольна група включала 26 практично здорових донорів аналогічного віку і статі. Для коректності проведення дослідження нами було створено групу порівняння, у яку увійшли 23 практично здорові особи без ознак АГ або ІХС, але з обтяженою спадковістю по АГ: близькі родичі (першої лінії) мали ускладнення ГХ – доведений ІМ внаслідок ГХ або МІ в анам-

незі. Рівень МАУ в сечі хворих досліджували імуноферментним (ІФА) методом за допомогою набору реактивів «Альбумін-ІФА», виробництва ТОВ НВЛ «Гранум» (Україна). Статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel, Statistica for Windows 6.0.

Проведене дослідження свідчить про різний рівень екскреції альбумінів із сечею у хворих на ГХ. МАУ (> 30 мг/добу) була виявлена у 8,6 % хворих. У решти пацієнтів значення екскреції альбумінів із сечею були різні в межах «нормоальбумінурії» і коливалися від 1,85 до 28,22 мг. Показники екскреції альбумінів в контрольній групі не перевищували 10 мг і дорівнювали в середньому 4,88 (2,94; 7,02) мкг/мл. Екскреція альбумінів з сечею в групі порівняння становила 11,95 (5,63; 20,16) мкг/мл, у хворих на ГХ II стадії – 8,00 (4,18; 15,44) мкг/мл, у пацієнтів з ГХ III стадії – 8,57 (4,79; 20,46) мкг/мл, що достовірно перевищувало показники контрольної групи ($P < 0,0001$), але без суттєвої різниці між собою. Виділено три рівні «нормоальбумінурії» для визначення найбільш ранніх предикторів ураження нирок при АГ: рівень від 0 до 10 мг/добу – низька «нормоальбумінурія»; від 11 до 20 мг/добу – середня «нормоальбумінурія»; від 21 до 30 мг/добу – висока «нормоальбумінурія». Виявлено прямий позитивний кореляційний зв'язок ($r = 0,35$, $P = 0,0001$) між рівнем «нормоальбумінурії» у діапазоні від 11 до 20 мг/добу і рівнем пульсового артеріального тиску (ПАТ), підвищення якого є несприятливим чинником щодо прогресування ГХ та розвитку СС ускладнень. Крім того, виявлені прямі кореляційні зв'язки між середнім рівнем «нормоальбумінурії» (11–20 мг/добу) та ремоделюванням екстракраніальних судин: наявністю атеросклеротичних бляшок в правій і лівій сонних артеріях ($r = 0,30$ і $r = 0,31$ відповідно, $P < 0,05$) та стенозом лівої сонної артерії ($r = 0,39$, $P = 0,003$). Наявність атеросклеротичного ушкодження сонних артерій є одним з найважливіших чинників для оцінки сумарного ризику розвитку ускладнень АГ. Про несприятливу прогностичну значущість рівня «нормоальбумінурії» від 21 до 30 мг/добу свідчили достовірні прямі кореляційні зв'язки з перенесеним в анамнезі інфарктом міокарда ($r = 0,20$, $P = 0,007$), стадією ГХ ($r = 0,26$, $P < 0,0001$), рівнем С-реактивного білка ($r = 0,41$, $P < 0,0001$).

Таким чином, прямий зв'язок вищезазначених показників, що є визнаними чинниками несприятливого перебігу захворювання і незалежними факторами ризику виникнення СС ускладнень, з величинами екскреції альбумінів с сечею в діапазоні «нормоальбумінурії» свідчить про прогностичну значущість «середнього» і «високого» рівня «нормоальбумінурії» як ранніх маркерів несприятливого перебігу захворювання у хворих на ГХ.

Алфавітний покажчик авторів тез

- Авраменко 90
Антонюк 110
Ахназарянц 119
- Бабій 90
Бабов 91
Бази́ка 110, 111
Байдужая 150
Бардаченко 92
Барнетт 116
Бачинська 111
Белый 136
Беркало 112
Беш 116
Богмат 119
Боев 106
Боженко 91, 100
Божко 93, 114, 131
Бондаренко 93
Борзых 112
Братусь 154
Бугерук 94
Будник 115
Булат 94
Бурда 95
- Вакалюк 96
Василькова 120
Вату́тин 96, 97
Веснина 112
Вівчар 153
Власенко 102
Волинський 97
Волянская 100
Волянский 100
Воронков 134
- Гавриленко 130
Гейченко 98
Гельмедова 99
Герасименко 106
Глушко 100
Гоженко 91, 100
Горзов 136
- Готенко 130, 149, 154
Гребеник 153
Гречко 148
Грушевська 108
Губанова 93, 114
Губіна 127
Гударенко 108
Гудименко 132
Гутман 132
- Данилова 101
Деміхова 102
Денісенко 121
Деяк 111
Довганич 111
Дорогой 102, 104, 105
Доценко 106
Дрибина 94
Дроздова 106
Дунаєвська 93
Духовенко 98
- Егорова А.Ю. 107
Егорова М.С. 107
Єна 107, 108, 118
- Жарінов 109
Журавльова 109
- Замазій 93, 114
Зелененька 110
Зубкова 94
- Іванчук 148
Іванюк 91
Ілащук 111
Ілляш 110, 111
Измайлова 112
- Казарова 111
Кайдашев 112
Калинкина 96
Караванська 125
Карапетян 125
- Киселев 113
Киселева 113
Кияк 116
Кісілевич 149
Клименко А.Ю. 94
Клименко В.І. 120, 121
Клюйко 125
Ковалишин 116
Коваль Д.С. 144
Коваль С.М. 113, 114
Кожухов 136
Козловский 115
Коломійченко 90
Коморовський 153
Кондратюк 117, 118
Конькова 148
Коренев 119
Корнацький 120, 121
Короткова 94
Корчинський 122
Кочержат 122
Крамарева 123
Кривенко 124
Куделя 125
Кудіна 129
Кузнецова 107
Кузьмінова 126, 127
Кулик 125
Купновицька 127, 128
Купраш Л.П. 108
Купраш О.В. 108
Купчинська 110
Курята 92, 128
Куценко 112
Кушнір 129, 138, 143
- Лапатьяко 124
Лашкул 113
Липовецький 90
Ломаковський 130
Лутай 130
- Мазій 148
Мазур 153