

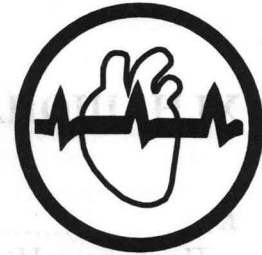
УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ



Додаток **2** 2010

**Матеріали XI Національного конгресу
кардіологів України
(Київ, 28–30 вересня 2010 р.)**

УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ



Додаток 2/2010

Ukrainian Journal of Cardiology

**Науково-практичний журнал
Видається із січня 1994 року**

Матеріали XI Національного конгресу кардіологів України (Київ, 28–30 вересня 2010 р.)

Головний редактор: В.О. Шумаков

**Наукова редакція випуску: М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,
А.П. Дорогой, О.І. Мітченко, 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

чи 20 мг та гідрохлоротіазиду у дозі 12,5 мг (лізоретик, ІРСА, Індія) у пацієнтів із м'якою та помірно артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріал і методи. У дослідження було включено 60 пацієнтів з АГ. Протягом 60 днів контролювали офісний артеріальний тиск (АТ) та частоту серцевих скорочень (ЧСС), оцінювали ефективність терапії, реєстрували випадки розвитку побічних реакцій. На початку та в кінці дослідження проводились амбулаторне моніторування АТ, контроль біохімічних показників сироватки крові, загальний аналіз крові та сечі. Фіксовану комбінацію лізиноприлу та гідрохлоротіазиду призначали у початковій дозі 10/12,5 мг 1 раз на добу протягом 14 днів. Якщо через 2 тиж лікування рівень офісного АТ був вищим за цільовий ($<140/90$ мм рт. ст.), то дозу препарату підвищували до 20/12,5 мг 1 раз на добу (для пацієнтів з м'якою АГ) або 2 рази на добу (для пацієнтів з помірно АГ). Загальний термін спостереження 8 тиж. Середній вік хворих ($64,3 \pm 1,1$) року (43–82 роки). Початковий рівень офісного САТ та ДАТ в цілому по групі становив ($163,68 \pm 1,52$) та ($95,00 \pm 1,16$) мм рт. ст.

Результати. Встановлено, що у хворих з м'якою та помірно АГ лікування фіксованою комбінацією лізиноприлу та гідрохлоротіазиду в дозі 1–2 таблетки 1 раз на добу забезпечує достовірне зниження як офісного (САТ – на $33,32$ мм рт. ст., ДАТ – на $12,63$ мм рт. ст.), так і середньодобового (САТ – на $12,8$ мм рт. ст. та ДАТ – на $7,5$ мм рт. ст.). Зниження індексів часу та тиску, як середньодобових, так і середньоденного та середньночного АТ. Цільовий рівень АТ ($<140/90$), за даними офісного вимірювання, було досягнуто у $68,4\%$ випадків, а за даними добового моніторування АТ ($<125/80$) – в 55% випадків. Не спостерігалось достовірних змін біохімічних показників сироватки крові, ЕХОКГ. Розвиток побічних реакцій було зафіксовано у 15% пацієнтів.

Висновок. Результати проведеного дослідження свідчать про високий антигіпертензивний ефект та добру переносність фіксованої комбінації лізиноприлу та гідрохлоротіазиду як стартової терапії у хворих з м'якою та помірно артеріальною гіпертензією. ■

Оценка параметров структурно-функционального состояния сердца у больных с ГБ при различных показателях суточного профиля АД

Е.А. Соколовская

Крымский государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского, г. Симферополь

Цель – изучить связь показателей структурно-функционального состояния сердца у больных с гипертонической болезнью (ГБ) с данными суточного мониторирования артериального давления (СМАД).

Материал и методы. Обследовано 127 больных с ГБ (47 мужчин и 80 женщин, средний возраст ($53,3 \pm 0,8$) года в возрастном диапазоне 25–70 лет). Контрольную группу составил 31 практически здоровый человек – 12 мужчин и 19 женщин, средний возраст которых составил ($51,5 \pm 2,4$) года, в возрастном диапазоне 25–68 лет. СМАД проводилось с помощью аппарата АВРМ-02/0 (Meditech, Венгрия). Показатели структурно-функционального состояния сердца

оценивали с использованием доплерэхокардиографии на аппарате EnVisor C (США) по общепринятой методике.

Результаты. Среднесуточные показатели систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) у больных с ГБ составили соответственно ($150,0 \pm 1,5$) и ($88,0 \pm 1,0$) мм рт. ст., у здоровых лиц (контрольная группа) – ($116,9 \pm 1,2$) и ($71,40 \pm 1,50$) мм рт. ст. У больных ГБ по сравнению со здоровыми лицами отмечались более высокие средние значения толщины задней стенки (ТЗС) левого желудочка (ЛЖ) ($1,00 \pm 0,02$) см против ($0,84 \pm 0,05$) см; $P < 0,01$), толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП) ($1,09 \pm 0,03$) см против ($0,88 \pm 0,07$) см; $P < 0,05$), диаметра левого предсердия (ДЛП) ($4,11 \pm 0,06$) см против ($3,51 \pm 0,15$) см; $P < 0,05$), показателя Δp (отношение толщины стенок ЛЖ к конечнодиастолическому размеру его полости, характеризующее внутримиекардиальное напряжение) – ($0,421 \pm 0,012$) против ($0,342 \pm 0,034$); $P < 0,05$), массы миокарда (ММ) ЛЖ ($205,7 \pm 7,6$) г против ($160,1 \pm 11,8$) г; $P < 0,05$), индекса ММ (ИММ) ЛЖ ($109,5 \pm 4,0$) г/м² против ($76,0 \pm 5,1$) г/м²; $P < 0,05$). При этом существенных различий показателей структурно-функционального состояния сердца у больных с различными типами суточного профиля АД не установлено. У больных с ГБ и повышенной в течение суток вариабельностью САД отмечены достоверно более высокие показатели ТЗС ЛЖ и ИММ ЛЖ по сравнению с пациентами с нормальной вариабельностью САД (соответственно ($1,06 \pm 0,04$) против ($0,96 \pm 0,03$) см, $P < 0,05$, и ($118,3 \pm 6,4$) против ($102,4 \pm 4,8$) г/м², $P < 0,05$). При повышении вариабельности ДАД по сравнению с нормальным ее уровнем отмечалось увеличение средних показателей ДЛП (соответственно ($4,3 \pm 0,1$) против ($4,0 \pm 0,1$) см; $P < 0,05$).

Выводы. Таким образом, наличие гипертрофии ЛЖ при ГБ связано с повышенной вариабельностью САД, тогда как дилатация полости левого предсердия и диастолическая дисфункция ЛЖ в большей степени обусловлены повышением вариабельности ДАД. Результаты проведенного обследования больных ГБ демонстрируют достоверную связь между большинством параметров структурно-функционального состояния сердца и показателями СМАД. ■

Суточные профили АД и вариабельность сердечного ритма у пациентов с АГ, коморбидной с остеопорозом

И.В. Солдатенко

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

Цель – изучение суточных профилей (СП) артериального давления (АД) и вариабельности сердечного ритма (ВСР) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), коморбидной с остеопорозом (ОА).

Обследовано 43 пациента в возрасте (59 ± 10) лет, 23 мужчины и 20 женщин. 23 пациента с коморбидной с ОА АГ (группа наблюдения – АГ+ОА), 20 – с изолированной АГ (группа сравнения – ИАГ). Суточное мониторирование артериального давления проводили с использованием компьютерной системы CardioSensBP. Выделяли СП систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД по степени их ночного снижения: 1 – over-dippers – $\text{CHC} > 20\%$; 2 – dippers – $10\% < \text{CHC} < 20\%$; 3 – non-dippers – $\text{CHC} < 10\%$; 4 – night-peakers – $\text{CHC} < 0\%$. Спектральный анализ ВСР проводился с использова-

нием системы CardioLab 2000. ЭКГ регистрировали во втором стандартном отведении, последовательно, в клиностазе и ортостазе (проба ВСР на клинортостаз). Проводилась проба с метрономизированным дыханием, при этом частота дыхания устанавливалась каждому пациенту в соотношении: вдох (3 с) – выдох (4 с). Определяли общую мощность спектра (Total power – TP, mc^2) и соотношение LF/HF [безразм.]. Критериями правильной реакции ВСР были: а) на ортостаз – снижение TP (mc^2) и прирост LF/HF [безразм.]; б) на метрономизированное дыхание – прирост TP (mc^2) и LF/HF [безразм.] Данные заносились в базу Microsoft Excel с расчетом среднего значения (M) и стандартного отклонения (sd). Статистические различия оценивали по критерию Манна–Уитни.

Существенных различий в показателях ВСР в группах АГ, коморбидной с ОА, и изолированной с разными типами СП АД не было выявлено. Наиболее низкую TP наблюдали у пациентов с night-peakers СП АД. Неправильные реакции на ортостаз имели место у пациентов с dippers СП АД в обеих группах, non-dippers – в группе АГ+ОА и night-peakers – в группе ИАГ. Реакция на метрономизированное дыхание оказалась правильной при всех типах СП АД в обеих группах АГ. ■

Артеріальна гіпертензія та ураження органів-мішеней серед залізничників, працюючих у зоні підвищеного ризику

О.В. Солейко, О.Р. Безугла, І.В. Баранова,
Л.О. Крижанівська

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
Вузлова клінічна лікарня ст. Вінниця

Основною причиною високої захворюваності і смертності серед пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) є те, що вона виступає в ролі патогенетичного фактора у розвитку атеросклерозу і, як наслідок, системного ураження органів-мішеней: серця, мозку, нирок і периферичних артерій. Необхідність раннього виявлення АГ обумовлена як формуванням ураження органів-мішеней, так і розвитком пов'язаних з ними ускладнень.

Мета – вивчення частоти виникнення ураження органів-мішеней серед пацієнтів з АГ, що працюють на залізничному транспорті в умовах підвищеного психоемоційного навантаження, пов'язаного з безпекою руху (машиністи локомотивного депо, працівники диспетчерської служби). Клініко-інструментальне обстеження в повному обсязі проведено 82 пацієнтам з АГ II ступеня (середній вік – $(46,40 \pm 3,41)$ року) та 39 пацієнтам аналогічної вікової категорії з високим нормальним артеріальним тиском. Аналізувались показники ЕКГ, Ехо-КГ, біомікроскопії судин кон'юнктиви ока, ліпідного спектра крові, креатиніну сироватки крові, загального аналізу сечі з метою виявлення протеїнурії. Обробка результатів дослідження проводилась методами варіаційної статистики.

У жодного з пацієнтів не спостерігались протеїнурія та креатинінемія. Гіпертрофію лівого шлуночка, за даними ЕКГ, спостерігали у 71 % хворих основної групи з АГ II ступеня, за даними Ехо-КГ – у 65 %, ознаки склерозу аорти – у 62 %. Зміни у вигляді локального або генералізованого звуження судин сітківки реєстрували у 97 % пацієнтів з АГ. Серед пацієнтів, що отримували регулярне лікування гіпотензивними засо-

бами (23%), частота ураження органів-мішеней була достовірно нижча ($P < 0,05$), ніж у респондентів, у яких АГ була діагностована вперше. Так, в популяції пацієнтів, які регулярно вживали гіпотензивні засоби, гіпертрофію лівого шлуночка, за даними ЕКГ, реєстрували у 54 % хворих, за даними Ехо-КГ – у 35 %, зміни судин сітківки – у 71 %, атеросклероз аорти – у 38 %.

Відзначимо, що у 18 % пацієнтів з високим нормальним артеріальним тиском були виявлені зміни артерій сітківки. Такі зміни спостерігали саме серед машиністів локомотивного депо.

Таким чином, в популяції залізничників, що працюють в умовах підвищеного психоемоційного навантаження, пов'язаного з безпекою руху, ураження судин сітківки ока відбувається вже при високому нормальному артеріальному тиску.

Регулярне вживання гіпотензивних засобів достовірно знижує частоту ураження органів-мішеней та запобігає розвитку ускладнень з їх боку.

Результати дослідження свідчать про необхідність проведення первинної профілактики АГ серед пацієнтів, що працюють на залізничному транспорті при виявленні високого нормального артеріального тиску та ретельного професійного відбору при прийомі на роботу, пов'язану з безпекою руху. ■

Відновлення функції ендотелію у хворих з артеріальною гіпертензією в післяінфарктний період

Л.П. Терешкевич, І.А. Шкурат

Національний науковий центр «Інститут кардіології
ім. акад. М.Д. Стражеска» АМН України, м. Київ

Розвиток дисфункції ендотелію асоціюється з факторами ризику розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) і прогресуванням атеросклеротичного ураження артерій. Можливість діагностики його порушень відкриває додаткові можливості виявлення станів, що передують виникненню гострих коронарних синдромів, і проведення своєчасних корекцій цих змін. Артеріальна гіпертензія (АГ) часто не тільки супроводжує перебіг ІХС, але і передують її розвитку, зокрема інфаркту міокарда (ІМ). Метою дослідження стало вивчення відновлення функції ендотелію у хворих з інфарктом міокарда та супутньою АГ.

Обстежено 50 хворих, які були розподілені на дві групи в залежності від наявності АГ. Першу групу склали 29 пацієнтів, у яких ІМ розвивався на тлі існуючої АГ з максимальним рівнем систолічного тиску ($177,0 \pm 3,3$) мм рт. ст., тривалість якої була в середньому $(8,3 \pm 1,5)$ року. Друга група представлена 21 хворим, у яких ніколи не реєстрували підвищення артеріального тиску. Пацієнти обох груп не відрізнялись за віком, локалізацією, величиною і кратністю ІМ, наявністю і тривалістю ІХС до ІМ. Всі хворі отримували базисну терапію, яка складалася з аспірину, статинів, бета-адреноблокаторів, інгібіторів АПФ; нітрати, сечогінні та препарати інших груп призначали за показаннями. Крім загальноклінічного обстеження, оцінювали функціональний стан ендотелію методом вимірювання впливу ендотелій-залежного стимулу на діаметр плечової артерії. Нормальною вважали реакцію плечової артерії, при якій збільшення її діаметра було понад

- Петровская 130
 Петюнина 163
 Питецька 168
 Пищури 92, 93, 99
 Пилюк 129, 145, 146
 Піюнова 169
 Плеш 33
 Поваляева 94
 Погурельская 78, 81
 Подгайная 77, 113
 Подлесная 42
 Познанська 34
 Поліщук І.А. 31
 Поліщук О.Ю. 50
 Полищук С.А. 35, 38, 165
 Полторак 61
 Полянська 52, 72, 191
 Пономарьова Г.В. 36
 Пономарева Е.Г. 107
 Попов 97, 100, 211
 Порада 73
 Поріц 57
 Поступальский 104
 Потабашний 79, 149
 Поташев 92
 Правосудович 120, 134, 206
 Прибильська 35
 Примах 35, 39, 202
 Прохна 10, 59, 65
 Прудкий 49
 Пузик 23
 Пунщикова 146
- Радионова 177
 Радченко 36
 Распутін 30, 53, 203
 Распутіна 30, 36, 203
 Распутняк 113, 122, 146
 Рассоха 198
 Ревенко 104
 Ревенько 195
 Резнік
 Рейко 38, 39, 202
 Рековець 39, 165, 202
 Резнік 7, 36
 Ривак 190
 Рішко 62, 207
 Романенко 134
 Романов 158, 165, 174
 Романова 132, 135
 Руденко А.В. 92, 101
 Руденко Е.В. 75, 95, 211
 Руденко К.В. 90, 113, 146
 Руденко С.А. 92
 Руденко С.В. 51, 60
 Рудик Б.І. 48
 Рудык Ю.С. 177, 207
 Рыбакова 103
 Рыжкова 77
 Рябенко 120, 178
 Рябуха 74
 Рязанова 167
- Савицкий 81
 Савченко 169
 Садовая 62
 Сало 89, 101, 211
 Самбург 37
 Сатмари 91
 Свищ 198
 Світлик Г.В. 51, 52
 Світлик Ю.О. 51
 Севергіна 37
 Сейдаметов 94
 Семенових 85, 179
 Семидоцкая 63
 Семикопная 114
 Сергіенко 126
 Сергійчук 53, 102, 205
 Сердобинская-Канивец 149
 Середюк В.Н. 208
 Середюк Н.М. 38, 80, 208
 Серік 157, 170
 Серкова 25, 177, 198
 Сиволап В.В. 150, 161, 209
 Сыволап В.Д. 63
 Сидоренко Г.В. 43
 Сидоренко О.Ф. 137
 Сидоренко П.І. 35, 38, 165
 Сидоров 203, 209
 Сидорчук 39
 Сиренко А.Ю. 82
 Ситар 102, 103, 104
 Сичов 131, 135, 136
 Сілантьєва 196
 Сіренко Ю.М. 39
 Сіромаха 122, 197
 Скибчик 64, 171
 Склярів 53
 Скоромна 56, 150
 Следзевская 81
 Слепченко 203, 209
 Слободской 76
 Смоляник 151
 Снігурська 19, 166, 171
 Соболев 28
 Соколов М.Ю. 82, 83
 Соколов Ю.Н. 82, 83
 Соколовская 40
 Сокур 104
 Солдатенко 40
 Солейко Е.В. 63
 Солейко Л.П. 63, 205
 Солейко О.В. 41
 Солодовников 176
 Соломенчук 64, 171, 189
 Соломко 209
 Сорока 52
 Сороківський 60, 61
 Соседкина 23
 Сосницький 210
 Сосновская 120, 199
 Спаська 121, 122
- Срибна 131
 Старченко 160, 172
 Старшова 17
 Стасюк 204, 210
 Степаненко А.В. 186
 Степаненко А.П. 126, 127
 Степанова 109
 Степанюк А.Г. 65, 205
 Степанюк О.В. 53
 Степура 129, 146
 Стилиди 173
 Стойка 211
 Строганова 81, 84
 Сущенко 134, 206
 Сюй Яо 49
- Талаева 65, 67, 196
 Тамамшова 115
 Танцура 98, 201
 Тарапон 82, 83
 Тарасенко 103
 Тарасюк 186
 Татьяненко 57
 Ташук 50, 52, 85
 Теретінов 11
 Теплов 211
 Терентьев 82, 83
 Терешкевич 41, 59, 65
 Тітаренко 57
 Ткач В.О. 54
 Ткач Н.А. 140
 Ткаченко 98, 136, 201
 Ткачишин 212
 Ткачишина 212
 Ткачук 30
 Тодуров 104, 105
 Токаренко 4
 Томина 42
 Топчий 85, 179, 180
 Топчу 90
 Тофан 47
 Трёмбовецкая 94, 122, 211
 Третяк 102, 103, 104
 Труба 99
 Туманов 212
 Турко 61
 Турлюн 33
 Турбарова-Леунова 55
 Тхор 9, 15
- Уваров 141
 Урсуляк 39
 Ушаков 20, 62
- Файнзильберг 215
 Файник А.Ф. 51, 60, 61
 Файник О.А. 61
 Фанта 113
 Фараж 80
 Федоров В.А. 42
 Федоров С.В. 204, 210
 Федорова 173
 Федьків 86, 213
- Фесенко 87
 Фогель 154, 174
 Фомич 137
 Фролов 136
 Фролова 27, 39
 Фуркало 105, 106, 106
 Фурса 57, 134
 Фус 112, 159
- Хаджинська 152
 Хакімова 198
 Ханюков 73
 Ханюкова 98, 201
 Харченко 57
 Хасянова 106
 Хворостинка 42, 159
 Хіміон 116, 117
 Ховрат 42
 Хомазюк 43, 214
 Хоменко 81
 Хоркавий 88
 Хорошковая 103, 104
 Хохлов 105, 106
 Христофорова 87
 Хрусталева 167
- Цыж 77
 Цьома 19, 171
 Чайковский 215
 Чаплинская 43
 Чебанюк 137
 Чекаліна 191
 Чекман 215
 Чендей 62, 207
 Ченчик 71, 149, 170
 Чередниченко 136
 Черкавський 52
 Черкасова 167
 Черная 138
 Чернобрювенко 44, 151, 216
 Чернюк 113
 Черняк 23
 Черпак 32
 Чубко 82, 83
 Чубучна 88
 Чухриенко 177
- Шалімова 142
 Шаповалова В.А. 216
 Шаповалова В.В. 122, 146
- Шапран 4
 Шатило 44
 Шватченко 23
 Швед 66, 67
 Швець 174
 Шевельюк 123
 Шевченко 60
 Шейко 141, 144, 152
 Шелест Б.А. 45
 Шелест О.М. 70
 Шелудько 104
 Шехунова 10, 73
 Шилов 191
- Шкапо 172
 Школьник 5
 Шкурят 41
 Шмидт 104
 Шоріков 45, 46
 Шорікова 45, 46
 Шостакович-Корецька 46
 Шпачук 104
 Штанько В.А. 47
 Штанько Т.Н. 47
 Штепа 56, 150
 Шульц 152
 Шумаков 59, 65, 67
 Шумейко 18
 Шумлянський 17
 Шушковська 65
- Щенявська 171
 Щербак В.П. 53, 63
 Щербак О.В. 53
 Щербак Я.Ю. 81
 Щербань 85
- Юзвизина 15
 Юрочко 68
- Яблчанская 137
 Яблчанський 47, 138
 Якименко 217
 Якобчук 159
 Яковенко 91
 Яковлева І.В. 115, 198
 Яковлева И.М. 21
 Яковлева Л.В. 218
 Яковлева Н.В. 134
 Якушко 113, 174, 178
 Янкевич 13
 Яновська 174
 Ярема Н.І. 48
 Ярема О.І. 48
 Ярмола 18
 Яровая 168
 Ячник 218
 Ячук 133
- Boichak 68, 219
 Chaikovskiy 68, 219
 Fainzilberg 219
 Fuente 219
 Gonzalez-Munoz 219
 Hernandez 219
 Medin-Aguerre 219
 Miasnikov 68, 219
 Rihlik 68
 Sapognikov 219
 Sosnytska 68, 219
 Sosnytskyi 219
 Stadnyuk 219
 Sydorchuk 69
 Ursuliak 69