

УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ

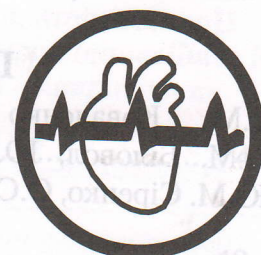


Додаток **1** 2018

**Матеріали XIX Національного
конгресу кардіологів України
(Київ, 26–28 вересня 2018 р.)**

Журнал внесено до Переліку наукових фахових видань України і зареєстровано
в наукометричних базах Google Scholar, «Наукова періодика України» та PИHЦ, системі CrossRef
Національна академія медичних наук України • Асоціація кардіологів України

УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ



Додаток 1/2018

Ukrainian Journal of Cardiology

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 XIX Національного конгресу кардіологів України (Київ, 26–28 вересня 2018 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

Випусковий редактор:

І. М. Чубко (iryna.chubko@gmail.com)
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
www.4w.com.ua

Київ • 2018

Висновки. При деструкції «фрагментованих» дендритів різниця в ефективності катетерної абляції ФП при різних формах ФП може бути несуттєвою. Ізоляція устя легочних вен при допомозі електродів без функції охолодження приводить до зниження кількості передсердних аритмій, виникаючих після катетерної абляції ФП.

Окиснення білкових молекул та ризик порушення серцевого ритму при бронхообструктивній патології легень

П.Ф. Дудка, Д.В. Добрянський, І.П. Тарченко,
Ю.М. Бондаренко, В.В. Вознюк,
Н.Х. Іорданова, Т.В. Михайлевська

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, Київ

Мета – встановити залежність порушення серцевого ритму від стану окиснення білкових молекул плазми крові у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

Матеріал і методи. Обстежено 20 хворих на ХОЗЛ II стадії у фазі загострення (клінічна група) та 13 здорових осіб (контрольна група). Окиснювальну модифікацію білків (ОМБ) в плазмі крові проводили за методом Дубініної Е.Е. При цьому розраховували дозину хвиль збудження ($\lambda 356, 370, 430, 530$ нм) в од.опт. щільності/мл плазми. Рівень трансмембранних АТФаз визначався в мембранах еритроцитів та розраховувався в мкмоль неорганічного фосфату на 1 мг білка мембран еритроцитів за годину. Добове ЕКГ-моніторування проводилось з використанням апарату Mortara H3 (США).

Результати. При оцінці стану ОМБ плазми крові відзначено посилення процесу катаболізму білкових структур, що проявлялось збільшенням вмісту продуктів ОМБ переважно основного характеру ($\lambda 530, 430$ нм), тоді як з боку показників нейтрального характеру ($\lambda 356, 370$ нм) відзначено тенденцію до їх збільшення. Посилення процесу окиснення білкових молекул супроводжувалось достовірним зменшенням рівня Na/K-АТФази, що призводило до осмотичного тиску, розбалансу йонних потоків з несиметричним їх розподіленням, зниження трансмембранного потенціалу та електричної нестабільності міокарда. Зниження рівня Na/K-АТФази асоціювалось з життєвонебезпечними порушеннями серцевого ритму, зареєстровані у цих випадках при добовому ЕКГ-моніторуванні (нестійкі пароксизми шлуночкової тахікардії, ранні (R на T) шлуночкові екстрасистолі).

Висновок. У хворих на ХОЗЛ II стадії у фазі загострення спостерігається посилення процесу окиснення тіолових груп білкових молекул плазми крові, зниження рівня мембранної Na/K-АТФази, що сприяє ініціації електричної нестабільності міокарда та посилення процесу аритмогенезу.

Йонтранспортна Na/K-АТФаза як біомаркер прогнозування електричної нестабільності міокарда та виникнення порушення серцевого ритму

П.Ф. Дудка, Ю.В. Кузнєцова-Арабулі,
Д.В. Добрянський, І.П. Тарченко, О.В. Мажар,
Т.В. Михайлевська, Т.О. Кузнєцова, Т.М. Савченко,
С.В. Корнієнко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ
Київська міська клінічна лікарня № 3

Мета – встановити зв'язок між рівнем Na/K-АТФази мембран еритроцитів та частотою порушення серцевого ритму при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ) II стадії.

Матеріал і методи. В основну групу включено 20 пацієнтів віком від 44 до 62 років з діагнозом ХОЗЛ II ст. у фазі загострення. Контрольну групу становили 20 здорових осіб. Всім обстеженим проводилось дослідження функції зовнішнього дихання, добуве ЕКГ-моніторування та визначення рівня трансмембранної Na/K-АТФази в мембрані еритроцита.

Результати. Серед обстежених основної групи у 15 % випадків були виявлені життєвонебезпечні порушення серцевого ритму, зокрема епізоди нестійкої шлуночкової тахікардії та ранньої шлуночкової екстрасистолії. При визначенні у цих пацієнтів рівня йонтранспортної Na/K-АТФази було встановлено достовірне її зниження ($(2,01 \pm 0,22)$ проти $(3,44 \pm 0,12)$ мкмоль/Ph/год у контрольній групі). Відомо, що зниження рівня Na/K-АТФаз негативно впливає на трансмембранний потенціал та електричну стабільність міокарда. Безпосереднім наслідком цього є порушення серцевого ритму, що було підтверджено нами даними добового ЕКГ-моніторування. Так, зниження рівня Na/K-АТФази в 1,4 рази і більше асоціювалось із зареєстрованими життєвонебезпечними порушеннями серцевого ритму у 15 % обстежених основної групи.

Висновок. Зниження рівня ключової трансмембранної Na/K-АТФази у 1,4 рази і більше асоціюється з життєвонебезпечними порушеннями серцевого ритму і може бути прогностичним біомаркером їх виникнення.

Особливості частоти призначення окремих груп кардіологічних препаратів у пацієнтів з фібриляцією та тріпотінням передсердь через 3 місяці після абляції залежно від функціонального класу хронічної серцевої недостатності

Т.В. Золотарьова, М.С. Бринза, М.І. Яблучанський
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Мета – оцінити особливості частоти призначення окремих груп кардіологічних препаратів у пацієнтів з

фібриляцією та тріпотінням передсердь через 3 місяці після абляції в залежності від функціонального класу хронічної серцевої недостатності.

Матеріал і методи. Здійснено аналіз частоти призначення окремих груп кардіологічних препаратів у 74 пацієнтів (середній вік 61 ± 7 років) з фібриляцією та тріпотінням передсердь, яким була виконана радіочастотна абляція субстрату аритмії у порівнянні з групою зіставлення – без втручання (64 пацієнти, середній вік 60 ± 8 років). Пацієнти були розподілені на групи функціональних класів (ФК) хронічної серцевої недостатності (ХСН) (I–III ФК). Оцінювалися частоти призначення таких груп препаратів: діуретики, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ), блокатори рецепторів ангіотензину (БРА), бета-адреноблокатори (ББ), інші антиаритмічні препарати (ІААП), антитромбоцитарні препарати (АТП), варфарин, нові оральні антикоагулянти (НОАК). Оцінка частоти призначення проводилась через 3 місяці після абляції. Достовірність відмінностей між підгрупами оцінювалися за непараметричним U-критерієм Манна – Уїтні.

Результати. Найчастіше діуретики призначалися у III ФК ХСН (98 % – підгрупа абляції; підгрупа зіставлення – 96 %); частота призначення АРА та антитромбоцитарних препаратів була достовірно більшою (75 та 65 %) у підгрупі абляції I ФК ХСН, ніж у підгрупі зіставлення, а ІАПФ (25 %) меншою у тому ж ФК. Варфарин найчастіше (84 %) призначався у підгрупі зіставлення III ФК ХСН. Частота призначення НОАК була достовірно вищою в підгрупах абляції II та III ФК ХСН (65 та 67 %), ніж у підгрупах зіставлення. ІААП достовірно частіше призначалися у підгрупах зіставлення незалежно від ФК ХСН (I ФК – 98 %, II ФК – 99 %, III ФК – 100 %). Між призначеннями ББ частотних відмінностей виявлено не було.

Висновки. Абляція субстрату аритмії суттєво не впливає на частоту призначення окремих груп кардіологічних препаратів через 3 місяці після втручання. Частота призначення АРА та антитромбоцитарних препаратів збільшується у пацієнтів після абляції I ФК ХСН. У пацієнтів II та III ФК через 3 місяці після абляції частіше призначають НОАК.

Видається доцільним подальше дослідження особливостей медикаментозної терапії пацієнтів на різних етапах після проведеної абляції з приводу фібриляції та тріпотіння передсердь.

Особливості ураження клапанного апарату серця та порушення атріовентрикулярної провідності в пацієнтів з кальцифікацією клапанів серця неревматичного генезу

В.П. Іванов, О.В. Юзвішина, О.Л. Баранова

Вінницький національний медичний університет,
кафедра терапії з курсом ЗПСМ факультету післядипломної освіти, м. Хмельницький

Мета – оцінити особливості ураження клапанного апарату серця та деякі метаболічні параметри у па-

цієнтів з кальцифікацією клапанів серця неревматичного генезу залежно від наявності порушень атріовентрикулярної (АВ) провідності.

Матеріал і методи. У дослідження було включено 849 пацієнтів (419 чоловіків) кардіологічного відділення Хмельницької міської лікарні та кардіохірургічного відділення Хмельницької обласної лікарні з виявленою під час трансторакальної ехокардіоскопії кальцифікацією клапанів серця неревматичного генезу. Серед чоловіків 76 (18,1 %) пацієнтів мали порушення АВ-провідності різного ступеня, які у 38 (9,1 %) стали причиною імплантації штучного водія ритму (ШВР); серед жінок порушення АВ-провідності мали 83 (19,3 %) пацієнтки, імплантований з приводу АВ-блокади ШВР – 47 (10,9 %). Достовірних відмінностей поширеності порушень АВ-провідності між чоловіками і жінками не було. Переважна більшість пацієнтів мали артеріальну гіпертензію (АГ) – 824 (97,1 %), цукровий діабет (ЦД) мали 170 (20,0 %) пацієнтів; відмінностей в поширеності АГ та ЦД залежно від статі чи наявності порушень АВ-провідності не було. Оцінювали наявність паління в анамнезі, інфаркту міокарда (ІМ), швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) (розраховану за формулою MDRD), рівні загального холестерину (ЗХС) та сечової кислоти (СК), тип ураження клапанів (ізолюване ураження аортального клапана (АК), ізолюване ураження кільця мітрального клапана (КМК), поєднане ураження АК та КМК), наявність аортального стенозу (АС), вираженість кальцифікації АК (оцінену за візуальною шкалою від 1 до 3 балів) та наявність масивної кальцифікації КМК (поширеність кальцифікації понад половину розміру стулки).

Результати. Чоловіки з наявністю порушень АВ-провідності були достовірно старші порівняно з чоловіками без порушень АВ-провідності ($72,4 \pm 10,0$ проти $66,5 \pm 9,9$ року, $p < 0,0001$); в групі з порушеннями АВ-провідності чоловіки з імплантованим ШВР були достовірно старші порівняно з чоловіками з АВ-блокадою менших ступенів ($74,0 \pm 9,9$ проти $70,8 \pm 9,9$ року, $p = 0,047$). Жінки мали аналогічні зміни: середній вік в групі без порушень АВ-провідності був меншим порівняно з групою з порушеннями АВ-провідності ($71,7 \pm 8,9$ проти $77,6 \pm 6,6$ року, $p < 0,0001$), в групі з АВ-блокадами без ШВР – меншим порівняно з групою з імплантованим ШВР ($75,0 \pm 6,7$ проти $79,6 \pm 5,8$ року, $p = 0,002$). В усіх групах жінки були достовірно старші порівняно з чоловіками ($p < 0,029$). У чоловіків паління достовірно частіше реєстрували в групі без порушення АВ-провідності порівняно з групою з АВ-блокадами (21,9 % проти 6,6 %, $p = 0,002$). В групах жінок паління також реєстрували лише в групі без порушення АВ-провідності (0,6 %). Частота реєстрації ІМ в групах чоловіків була найбільшою в групі без порушень АВ-провідності (хоча ця група мала найменший порівняно з іншими групами середній вік), і найменшою – в групі з імплантованим з приводу АВ-блокади ШВР (51,3 % проти 32,9 % в групі з АВ-блокадами і 28,9 %, $p < 0,009$). Аналогічну тенденцію реєстрували в групах жінок (38,6 % в групі без порушення АВ-провідності проти 25,3 % в групі з АВ-блокадами і 17,0 % в групі з