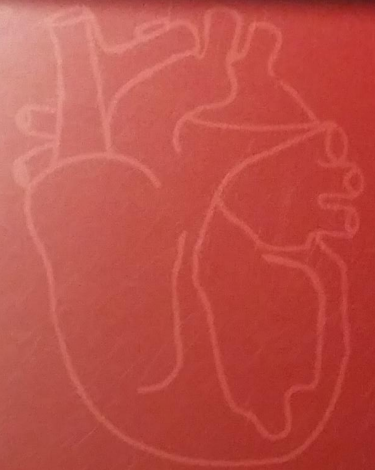


УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ



Додаток **1** 2017

**Матеріали XVIII Національного
конгресу кардіологів України**
(Київ, 20–22 вересня 2017 р.)

Результати. Вивчення частоти гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) в групах хворих з ГХ залежно від рівня артеріального тиску показало, що серед хворих з АГ I ст. ГЛШ була виявлена у 53,56 % хворих основної групи і у 49 % хворих групи порівняння. У хворих з АГ II ст. ГЛШ виявлялася частіше, ніж у хворих з АГ I ст., – 64 % в осіб основної групи і 70 % в групі порівняння. Вивчення структурно-функціональних показників залежно від наявності ГЛШ у хворих з різним рівнем артеріального тиску показало, що в основній групі з АГ I ст. ГЛШ супроводжувалася збільшенням не тільки ММЛШ, ТЗСЛШ, ТМШП, але і об'ємів і розмірів ЛШ: КДР при ГЛШ – $(5,25 \pm 0,1)$ і $(4,82 \pm 0,13)$ см без ГЛШ, $p < 0,05$; КСР – $(3,40 \pm 0,10)$ і $(3,02 \pm 0,09)$ см, $p < 0,05$; КДО – $(133,7 \pm 5,7)$ і $(110,6 \pm 6,2)$ мл, $p < 0,05$; ТЗСЛШ – $(1,25 \pm 0,02)$ і $(1,05 \pm 0,03)$ см, $p < 0,05$; ТМШП – $(1,34 \pm 0,03)$ і $(1,14 \pm 0,03)$ см, $p < 0,05$; ММЛШ – $(338,6 \pm 12,7)$ і $(227,85 \pm 7,8)$ г, $p < 0,01$; ІММЛШ – $(161,9 \pm 6,9)$ і $(109,6 \pm 4,15)$ г/м², $p < 0,05$.

При дослідженні пенільних артерій спостерігалося достовірне зниження систолічної швидкості кровотоку в пенільних судинах (PSV) у обстежених пацієнтів основної групи. Значення нормальних показників PSV багато в чому залишається відкритим, що пов'язано з недостатністю робіт, які вивчають пенільний кровотік у вікових групах. У наш час нормою вважається PSV більше 30 см/с². В основній групі PSV в фазі туменесценції досягало значення 9–15 см/с², в фазі ерекції – 13–18 см/с², різниця в швидкості кровотоку між правою і лівою артерією була не більше 12 %.

Висновки. Була виявлена залежність між ступенем АГ і зниженням пікової систолічної швидкості кровотоку в пенільних артеріях у хворих основної групи – достовірним кількісним показником оцінки еректильної дисфункції. Однак, відсутність чіткі нормативів PSV в вікових групах вимагає подальшого дослідження.

Зміни інтервалу QT і гіпертрофія лівого шлуночка у хворих на хронічну хворобу нирок, які лікуються гемодіалізом

В. А. Хомазюк

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Серцево-судинні захворювання посідають провідне місце серед причин смерті хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН), які перебувають на програмному гемодіалізі. Порушення тривалості інтервалу QT вважають надійними предикторами ризику раптової серцевої смерті і шлуночкових аритмій. Проте інформація щодо змін інтервалу QT у хворих на ХХН, які лікуються гемодіалізом, досить суперечлива. Взаємозв'язок закономірної для цих хворих гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) і змін інтервалу QT залишається недостатньо вивченим.

Мета – визначити порушення тривалості інтервалу QT і оцінити їх взаємозв'язок з ехокардіографічними змінами структури і функції серця у хворих на ХХН V стадії, які лікуються програмним гемодіалізом.

Матеріал і методи. Обстежено 45 хворих на ХХН V стадії, які лікуються програмним гемодіалізом, у віці від 37 до 65 років. До групи порівняння увійшли 34 хворих відповідного віку з есенціальною артеріальною гіпер-

тензією (АГ) та без ознак ураження нирок. У всіх обстежених була АГ II–III ступеня і ГЛШ за даними ехокардіографії, індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) > 116 г/м². Ехокардіографію в М-, В-режимах та ЕКГ у 12 відведеннях проводили за стандартними протоколами, у діалізних хворих – через 24 години після сеансу гемодіалізу. Оцінювали максимальний і мінімальний інтервали QT, дисперсію інтервалу QT, кореговані інтервали QTc, дисперсію корегованого інтервалу QTc (dQTc).

Результати. Зміни інтервалу QT у обстежених хворих спостерігали із високою частотою. Більшість ЕКГ показників були дещо більшими у хворих на ХХН порівняно з хворими на есенціальну АГ, ці тенденції досягли статистичної достовірності після корекції інтервалів QT відповідно до частоти серцевих скорочень. Тривалість інтервалу QTc > 440 мс зареєстрували у 67 % хворих на ХХН, на 32 % ($p < 0,01$) частіше, ніж у групі порівняння. Максимальний QTc був в середньому достовірно довшим у хворих основної групи і становив $(476,5 \pm 9,4)$ мс. Дисперсія QTc перевищувала 60 мс у 58 % діалізних хворих і 41 % хворих на есенціальну АГ, в середньому dQTc становила відповідно $(75,6 \pm 6,3)$ і $(52,3 \pm 11,1)$ мс ($p < 0,05$). Групи обстежених суттєво не відрізнялись за давністю АГ і показниками офісного артеріального тиску, однак ГЛШ у хворих на ХХН, які лікуються програмним гемодіалізом, була достовірно більш вираженою, ніж у групі порівняння. Індекс ММЛШ становив відповідно $(186,5 \pm 12,3)$ проти $(161,9 \pm 9,6)$ г/м². Серед типів геометрії ЛШ в обох групах переважала концентрична ГЛШ, відносна товщина стінок ЛШ перевищувала 0,45 у 78 і 82 % хворих. Аналіз результатів у кожній групі окремо і сумарний аналіз двох груп виявив прямий кореляційний зв'язок між дисперсією QTc та ІММЛШ ($r = 0,33$; $p < 0,05$), не встановлено певної залежності між подовженням інтервалу QT і типом геометрії ЛШ. Більша частота подовження QTc і dQTc спостерігалась також у хворих на ХХН за наявності пролапсу мітрального клапана, кальцифікації клапанів серця і дилатації лівого передсердя.

Висновки. У хворих на ХХН V стадії, які лікуються програмним гемодіалізом, визначено високу частоту змін інтервалу QT, їх чіткий взаємозв'язок із ГЛШ, пролапсом мітрального клапана. Найбільш інформативними показниками були максимальний корегований інтервал QTc і дисперсія QTc. У хворих на есенціальну АГ відповідні зміни були менш вираженими, що свідчить про необхідність урахування багатьох інших факторів, які впливають на електричну стабільність міокарда. Комбіноване застосування ехокардіографічних і ЕКГ-критеріїв дозволить оптимізувати оцінку ризику раптової серцевої смерті і шлуночкових аритмій у діалізних хворих.

Термін подовженого за добу інтервалу QTc під час амбулаторного моніторингу ЕКГ і клінічні ознаки пацієнтів з гіпертонічною хворобою

Н.Є. Целік, М.І. Яблчанський

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Гіпертонічна хвороба значно підвищує ризик серцево-судинних ускладнень та передчасної смерті.

Дослідження при АМ ЕКГ електрофізіологічного феномену подовженого інтервалу QT як незалежного предиктора фатальних порушень ритму, що призводять до передчасної смерті [9], дозволило не тільки визначити мінімальний, середній та максимальний інтервал QTc, але і встановити терміни подовженого інтервалу QTc за добу.

Мета – вивчення питомої ваги пацієнтів з ГХ залежно від клінічних ознак в групах різного терміну подовженого за добу інтервалу QTc при АМ ЕКГ.

Матеріал і методи. На базі Харківської міської поліклініки № 24 обстежено 82 пацієнта (54 жінок та 28 чоловіків), віком від 33 до 76 років. Давність захворювання на ГХ від вперше зареєстрованої до 30 років.

Залежно від терміну подовженого QTc за добу, визначеного під час АМ ЕКГ, пацієнтів відносили до однієї з трьох груп: група 1 – термін подовженого за добу інтервалу QTc від 0 до 33,3 %, група 2 – від 33,4 до 66,6 %, група 3 – від 66,6 до 100 %.

Визначалася питома вага пацієнтів з ГХ в групах терміну подовженого інтервалу QTc залежно від віку, статі, ваги пацієнтів, типу циркадного індексу ЧСС, стадії, ступеня та давності ГХ, наявності ішемічної хвороби серця, ФК і стадії ХСН та цукрового діабету.

Для визначення частоти виявлення клінічних ознак ГХ залежно від питомої ваги подовженого інтервалу QTc оцінювали частотне відношення (P) та його похибку (S%).

Результати. За всіма клінічними ознаками найбільшою виявилася група 1, на яку прийшлося 76 % усіх пацієнтів. З підвищенням номера групи питома вага пацієнтів прогресивно знижувалася: у групі 2 – 16 % і в групі 3 – 8 %. Вікові особливості – питома вага пацієнтів похилого віку найбільша у всіх трьох групах. Група 1 виявилася найбільшою як серед пацієнтів чоловічої, так і жіночої статі, але зростання питомої ваги пацієнтів з подовженим QTc відбувається лише серед осіб жіночої статі. При аналізі ІМТ найбільша також група 1. Питома вага пацієнтів з надлишковою масою тіла та з ожирінням I ступеня суттєво переважає в групі 1 та 2. Зі збільшенням номера групи відбувається зростання питомої ваги пацієнтів з ожирінням I та III ступеня. При дослідженні циркадного індексу ЧСС на фоні збільшення порядкового номера групи відбувається прогресивне зростання питомої ваги пацієнтів з нормальним та зниженим циркадним індексом ЧСС. При аналізі стадій та ступеня відзначають зростання питомої ваги пацієнтів з II стадією та з тяжким ступенем ГХ, давністю захворювання на ГХ більше 10 років, наявністю ІХС, ХСН та ЦД в групах 2 та 3.

Отримані результати є новими. Те, що у кожного з пацієнтів з ГХ реєструється подовжений інтервал QTc, вимагає в клінічній практиці при урахуванні його впливу на можливий ризик надзвичайних ставов враховувати не тільки подовження інтервалу, але і питому вагу його подовження за добу.

Висновки. За даними АМ ЕКГ подовжений інтервал QTc спостерігають у кожного пацієнта з ГХ, причому з рівнем підвищення від 0 до 33,3 % за добу він виявляється у 76 %, з 33,4 до 66,6 % – у 16 % і з 66,7 до

100 % – у 8 % пацієнтів. Існування подовженого інтервалу QTc у кожного пацієнта свідчить, що в його аналізі необхідно ґрунтуватися на даних АМ ЕКГ з урахуванням, окрім самого подовження, його терміну за добу.

Особливості клінічного перебігу ізолюваної систолічної артеріальної гіпертензії у хворих похилого віку

С.О. Шейко, Н.О. Колб

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Поширеність артеріальної гіпертензії (АГ) становить у середньому 30–45 % від загальної чисельності дорослого населення, і цей показник значно збільшується з віком. АГ. Особливу увагу заслуговує ізолювана систолічна АГ (ІСАГ), яка проявляється підвищенням систолічного артеріального тиску (САТ) на фоні нормального діастолічного АТ (ДАТ). Інтерес дослідників до цієї проблеми зумовлений тим, що наявність ІСАГ асоціюється зі зростанням серцево-судинної смертності в 2–5 разу, частоти інсультів – у 2,5 разу, а загальної смертності – на 51 %.

Мета – вивчення особливостей клінічного перебігу ІСАГ у хворих похилого віку.

Матеріал і методи. Обстежено 38 хворих віком (від 65 до 75 років) з ІСАГ та тривалістю захворювання понад 10 років. Серед них 22 жінки та 16 чоловіків. Група порівняння – 25 (13 жінок та 12 чоловіків) хворих з ГХ, віком $(70,5 \pm 4,2)$ року. Усі пацієнти були обстежені згідно з рекомендаціями робочої групи з АГ Української асоціації кардіологів за участю спеціалістів-нефрологів та ендокринологів (2014). У всіх хворих виключено симптоматичний генез АГ.

Проведено загальноклінічне обстеження, електрокардіографію (ЕКГ), ехокардіографію (ЕхоКГ), добуве моніторування артеріального тиску (АТ) та лабораторне обстеження хворих. Виконували загальний аналіз крові і сечі, біохімічний аналіз крові (печінкові проби, трансамінази, креатинін з розрахунком швидкості клубочкової фільтрації за СКД-EPI), ліпідний комплекс, визначили рівень тиреотропного гормону. Аналіз отриманих даних проводили із застосуванням пакету програм прикладного статистичного аналізу Statistica.

Результати. Залежно від наявності факторів ризику всі хворі основної групи мали високий або дуже високий ризик (40 та 60 % відповідно). В групі порівняння залежно від наявності факторів ризику, хворі розподілялись таким чином: з помірним ризиком – 47 %, з високим – 30 %, дуже високим ризиком – 23 %. У переважній більшості пацієнтів літнього віку з ІСАГ зареєстрована підвищена чутливість до хлориду натрію. Особливо це характерно для жінок – висока чутливість до солі спостерігається в 35 % в випадках хворих з ІСАГ індекс маси тіла був вищий $((29,5 \pm 1,7)$ кг/м²), ніж у групі порівняння $((25,6 \pm 1,9)$ кг/м²). Згідно з даними анамнезу всі пацієнти хворіли більше 10 років. Клінічний перебіг ІСАГ у хворих похилого віку різноманітний клінічної симптоматики і характеризується високим пульсометричним індексом.