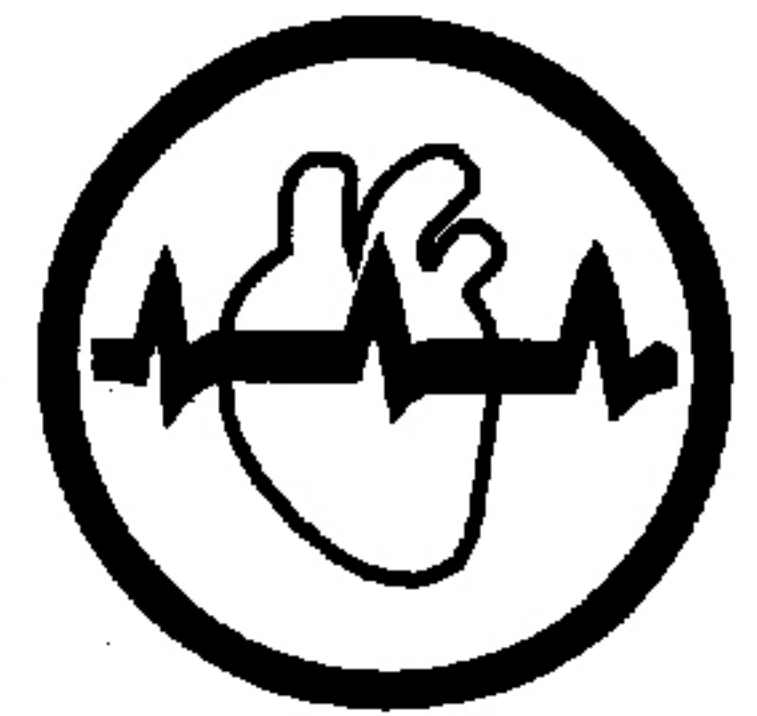


УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ



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

рівнювалися з групою контролю, до якої увійшли здорові особи відповідного віку без підвищення артеріального тиску в анамнезі.

Концентрація ПНП в плазмі крові визначалася за допомогою радіоімунаналізу з використанням стандартних наборів виробництва фірми Amersham (Гля).

Результати. За нашими даними, рівень ПНП у контрольній групі становив $(5,4 \pm 0,79)$ фмоль/мл, що відповідає результатам інших світових досліджень.

У хворих на ТЗ вміст ПНП майже не відрізнявся від контрольних показників і становив $(4,8 \pm 0,89)$ фмоль/мл. За даними ЕКГ у хворих на ТЗ було виявлено ознаки помірної метаболічної кардіоміопатії. Середні значення АТ: систолічний – $(150,5 \pm 5,5)$ мм рт. ст., діастолічний – $(80,5 \pm 5,0)$ мм рт. ст.

Аналізуючи залежність секреції ПНП від виду АГ у хворих на ЦД, встановлено, що при ЕАГ вміст гормону становив $(13,9 \pm 2,9)$ фмоль/мл. Ознаки метаболічних змін відповідали даним ЕКГ фіксувалися майже у всіх хворих цієї групи. Середні значення систолічного АТ становили $(150,5 \pm 6,5)$ мм рт. ст., діастолічного АТ – $(87 \pm 3,2)$ мм рт. ст.

Рівень ПНП у хворих на ЦД та ААГ – $(17,5 \pm 3,5)$ фмоль/мл. За даними ЕКГ у 96 % хворих цієї групи були ознаки гіпертрофії, гіпертрофія і систолічне перевантаження лівого шлуночка. Показники АТ: систолічний – $(170,0 \pm 9,0)$ мм рт. ст., діастолічний – $(86,0 \pm 5,8)$ мм рт. ст.

У хворих на ЦД та НАГ з I–III ступенем нефропатії фіксовано найвищі показники ПНП – $(41,8 \pm 8,8)$ фмоль/мл. Встановлено також, що у хворих з НАГ показники ПНП зростали з прогресуванням нефропатії. Кореляційний аналіз дозволив встановити взаємозалежність між рівнем ПНП та ступенем протеїнуриї. Лише у половини хворих цієї групи ЕКГ підтвердила наявність гіпертрофії та систолічного перевантаження лівого шлуночка. Середні показники систолічного АТ становили $(165,0 \pm 8,0)$ мм рт. ст., діастолічного АТ – $(80,0 \pm 5,0)$ мм рт. ст.

Отже, збільшення ПНП у крові пропорційно зниженню функції нирок може бути показником ступеня пошкодження ниркових клубочків у хворих на ЦД та нефропатії. Підвищення ПНП у хворих на ЦД з поєднаними АГ та ААГ, також не виключає можливості впливу ниркового фактора на вміст ПНП і у цих хворих.

Збільшення ПНП у плазмі крові, на наш погляд, може бути не лише ознакою первинних серцево-судинних розладів, зокрема серцевої недостатності, а й відповіддю на збільшення об'єму циркулюючої плазми у хворих з порушенням ниркової функції.

Продолжительность комплекса QRS ЭКГ у пациентов с АГ и ФП

И. Ю. Бурда

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

Изменение продолжительности комплекса QRS ЭКГ в сторону укорочения или удлинения может приводить к электрической нестабильности миокарда и развитию фатальных желудочковых аритмий, внутри-и/или межжелудочковому асинхронизму, снижению эффективности сердечного выброса и являются независимым предиктором высокого риска смерти.

Цель – изучение связи между продолжительностью комплекса QRS ЭКГ и клиническим статусом пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы. Обследовано 137 пациентов (88 мужчин и 49 женщин) в возрасте (65 ± 10) лет с АГ и ФП. У 15 пациентов была АГ 1-й степени, у 84 – 2-й степени и у 38 – 3-й степени. У 9 пациентов была пароксизмальная, у 40 – персистирующая и у 88 – постоянная ФП. Оценивали следующие классифицирующие признаки: пол, возраст, форму ФП, класс частоты сокращений сердца (ЧСС), степень тяжести АГ и сердечной недостаточности (СН), фракцию выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), конечнодиастолический диаметр (КДД) ЛЖ, переднезадний размер левого предсердия (ЛП), толщину задней стенки (ТЗС) ЛЖ. Регистрацию ЭКГ производили на компьютерном электрокардиографе «Cardiolab+». Продолжительность комплекса QRS ЭКГ измеряли в отведениях II, V1, V5, V6 (три последовательных комплекса) с выбором максимального значения для отведения и зарегистрированных комплексов. Выделены классы продолжительности комплекса QRS ЭКГ: укороченный (менее 60 мс), нормальный (60–100 мс) и удлиненный (более 100 мс). Оценка ФВ, КДД, ТЗС ЛЖ и переднезаднего размера ЛП производилась с помощью эхокардиографа SIM 5000 plus. Систолическое и диастолическое артериальное давление измеряли тонометром Microlife BP AG1–20. Данные заносились в базу Microsoft Excel с расчетом среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD). Статистические различия между группами оценивали с помощью критерия знаков (T) и Манна–Уитни (U).

Результаты. Диапазон продолжительности комплекса QRS ЭКГ в изученной популяции составил 78–190 мс. 53 % пациентов имели удлиненный комплекс QRS ЭКГ, укороченных комплексов QRS ЭКГ не было. Продолжительность комплекса QRS ЭКГ у мужчин превышала таковую у женщин. С возрастом наблюдалось удлинение комплекса QRS ЭКГ. С увеличением степени тяжести АГ комплекс QRS ЭКГ удли-

нялся. Продолжительность комплекса QRS ЭКГ при пароксизмальной и персистирующей ФП превышала таковую при постоянной форме. С удлинением комплекса QRS ЭКГ у пациентов с АГ и ФП возрастала степень тяжести СН, переднезадний размер ЛП, КДД и ТЗС ЛЖ, снижались ФВ ЛЖ и ЧСС.

Выводы. В ведении пациентов с АГ и ФП важно учитывать продолжительность комплекса QRS ЭКГ.

Вплив комплексного лікування на структурно-функціональні параметри серця та маркери СН у хворих на АГ з постінфарктним кардіосклерозом

І.І. Вакалюк, М.А. Оринчак

Івано-Франківський національний медичний університет

Мета – оцінити вплив комплексного антигіпертензивного лікування із включенням статину на структурно-функціональні параметри серця та маркери серцевої недостатності (СН) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) з постінфарктним кардіосклерозом.

Матеріал і методи. Обстежено 70 хворих (50 чоловіків, 20 жінок; вік – $(55,03 \pm 7,35)$ роки) на АГ III стадії, СН II ФК (NYHA), які перенесли інфаркт міокарда 1,5–2 роки тому. Проведено загальноклінічне, ехокардіографічне (ЕхоКГ) обстеження, визначення офісного артеріального тиску (АТ), добового моніторингу АТ (ДМАТ), мозкової фракції натрійуретичного пептиду (NT-pro BNP) в крові (імуноферментний аналіз), мікроальбумінурії (МАУ). До початку дослідження всі хворі отримували еналаприл, бісопролол, аторвастатин. Серед них 53 хворих продовжили курс небівололом 2,5–5 мг/добу (1-ша група); 17 хворих – бісопрололом 2,5–5 мг/добу (2-га група). Обстеження проведено до та через 4 тиж лікування. Контрольну групу становили 20 здорових осіб.

Результати. За результатами офісного АТ та ДМАТ у всіх хворих виявлено недостатній контроль АТ із середнім рівнем – $(159 \pm 11 / 88 \pm 12)$ мм рт. ст. У 1-й групі через 4 тиж лікування достатнього контролю АТ досягнуто у 40 (75,00 %) випадках ($P < 0,05$). У решти хворих АТ знизився на 20–30 % порівняно з початковим рівнем ($P < 0,05$). У 2-й групі достатній контроль АТ – у 9 (53,00 %) випадках ($P < 0,05$). У решти хворих відзначено тенденцію до зниження АТ ($P > 0,05$). Аналіз результатів ЕхоКГ виявив порушення систолічної та діастолічної функцій лівого шлуночка (ЛШ) за всіма показниками. Через 4 тиж лікування в 1-й групі відзначено тенденцію до зниження товщини міжшлуночкової перегородки та задньої стінки ЛШ, при цьому маса міокарда ЛШ достовірно зменшилася на 30 % порів-

няно з початковим рівнем ($P < 0,05$). КСР та КДР зменшилися на 6 % ($P > 0,05$), КСО – на 20 % ($P < 0,05$), КДО – на 12 % ($P < 0,05$), ФВ ЛШ зросла на 5 % ($P > 0,05$) порівняно з початковим рівнем. У 2-й групі виявлено незначне зменшення об'ємно-метричних показників серця ($P > 0,05$). Базальний рівень NT-pro BNP майже в 3 рази перевищував рівень у контролі ($P < 0,05$) та знизився в 1-й групі на 30 % ($P < 0,05$), в 2-й групі – на 7 % ($P > 0,05$) порівняно з початковим рівнем. Рівень МАУ був вищим за норму у всіх хворих та знизився в 1-й групі на 39 % ($P < 0,05$) і практично не змінився в 2-й групі ($P > 0,05$).

Висновки. Підвищення ефективності лікування з включенням бісопрололу за 4 тиж можна пояснити покращанням сприйняття терапії. Більш виражений антигіпертензивний ефект небівололу вірогідно пов'язаний з його кардіо- і нефропротективними впливами, про що свідчить зниження рівня NT-pro BNP та інтенсивності МАУ.

Эхокардиографические предикторы рецидивов фибрилляции предсердий у больных с артериальной гипертензией

Н.Т. Ватутин, Н.В. Калинкина, А.Н. Шевелёк

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Цель – изучить роль параметров эхокардиографии (ЭхоКГ) в прогнозировании риска рецидивов фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы. Обследованы 68 пациентов (42 мужчины и 26 женщин, средний возраст $(54,7 \pm 10,5)$ года) со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), мягкой или умеренной артериальной гипертензией (АГ) и компенсированной хронической сердечной недостаточностью, имевших пароксизмы ФП в анамнезе и синусовый ритм на момент начала исследования. Все пациенты принимали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторы, статины, антитромбоцитарные и антиаритмические препараты III класса. Исходно больным выполнялась ЭхоКГ в М-модальном, двухмерном и доплеровском режимах по стандартной методике на ультразвуковом аппарате «Acuson–Aspen» (США) с помощью датчика 2,5 МГц с углом секторальной развертки 75° в положении больного на спине или левом боку. В течение последующих 6 мес ежемесячно оценивали наличие рецидивов ФП.

Результаты. На протяжении 6 мес у 38 (56 %) пациентов были зафиксированы пароксизмы ФП, у 30 (44 %) – сохранялся синусовый ритм. У пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й достоверно ($P < 0,05$) боль-

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
Ватутин 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
Кузьміна 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