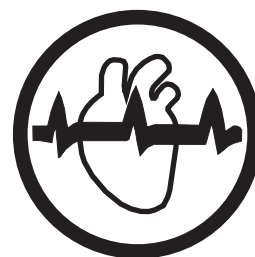


УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ



Додаток 4/2014

Ukrainian Journal of Cardiology

Науково-практичний журнал
Видається із січня 1994 року

Засновник:
ДУ «Національний науковий центр
"Інститут кардіології
імені академіка М.Д. Стражеска"
НАМН України»

Матеріали XV Національного конгресу кардіологів України (Київ, 23–25 вересня 2014 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*

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

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ XV НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ КАРДІОЛОГІВ УКРАЇНИ

Співголови конгресу:

Президент
Національної
академії наук України
Б. Є. Патон

Міністр
охорони здоров'я
України
О. С. Мусій

Президент
Національної академії
медичних наук України
А. М. Сердюк

Президія науково-організаційного комітету:

В.М. Коваленко (голова), К.М. Амосова, Ю.В. Вороненко, В.К. Гринь, Г.В. Дзяк, Г.В. Книшов, М.І. Лутай, В.Ф. Москаленко, О.М. Пархоменко, О.С. Сичов, Ю.М. Сіренко, М.Д. Тронько

Науково-організаційний комітет:

В.О. Бобров, В.В. Братусь, В.І. Волков, О.П. Волосовець, Г.С. Воронков, Л.Г. Воронков, Т.І. Гавриленко, О.С. Гавриш, І.М. Горбась, М.М. Долженко, А.П. Дорогой, В.М. Ждан, Д.Д. Зербіно, М.Г. Ілляш, С.М. Коваль, О.В. Коркушко, В.М. Корнацький, В.Г. Майданник, О.І. Мітченко, В.А. Міхньов, О.О. Мойбенко, Л.С. Мхітарян, О.Г. Несукай, В.З. Нетяженко, О.С. Ніконенко, А.В. Руденко, В.Ф. Сагач, Є.П. Свіщенко, Н.М. Середюк, І.К. Следзевська, І.П. Смирнова, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва, Б.М. Тодуров, М.К. Фуркало, В.Й. Целуйко, В.О. Шумаков

Відповідальний секретар: Л.Л. Вавілова

Секретаріат: О.М. Зверев, М.А. Гуляницька

Генеральні партнери:

SERVIER
(Франція)

SANOFI
(Франція)

KRKA
(Словенія)

BAYER HEALTH CARE
(Німеччина)

ACTAVIS

ARTERIUM
(Україна)

TAKEDA
(Японія)

BOEHRINGER INGELHEIM
(Німеччина)

PFIZER
(США)

Головні партнери:

ABBOTT
(США)

RICHTER GEDEON
(Угорщина)

ПРО ФАРМА
(Україна)

КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ 3-Д
(Україна)

RECORDATI GROUP
(Італія)

КУСУМ ФАРМ
(Україна)

Партнери: HOMVIOIRA (Німеччина), ASTRA ZENECA (Велика Британія)

Зміст

Европейское исследование профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета EUROASPIRE IV: результаты госпитального этапа в Украине

В.Н. Коваленко, М.Н. Долженко, Е.Г. Несукай

от группы исследователей..... 4

Тези наукових доповідей / Abstracts of scientific reports

Артеріальна гіпертензія / Arterial hypertension.....	15
Метаболічні порушення / Metabolic disorders	44
Хронічна ішемічна хвороба серця / Chronic ischemic heart disease.....	70
Гострий інфаркт міокарда та невідкладні стани / Acute coronary syndrome.....	91
Інтервенційна кардіологія / Interventional cardiology	110
Некоронарогенні захворювання серця / Non-coronarogenic heart disease	121
Аритмії серця / Cardiac arrhythmias	127
Серцева недостатність / Heart failure	145
Різні проблеми кардіології / Others problems of cardiology	161
Алфавітний показчик авторів тез.....	196

під час та після проведення втручання на подальший прогрес коронарного атеросклерозу безпосередньо в стенозованих та шунтованих коронарних артеріях.

Мета – вивчити особливості перебігу коронарного атеросклерозу в судинах, що безпосередньо підлягали стентуванню та шунтуванню.

Матеріал і методи. Ретроспективний аналіз первинних (після проведення втручання) та повторних (в період від 1 до 10 середній термін спостереження 2,3 року) коронароангіографічних знімків у двох групах пацієнтів:

1- група з латентним перебігом коронарного атеросклерозу, яким в подальшому проводилось коронарне стентування (n=117), хворі з агресивним перебігом коронарного атеросклерозу, яким було проведено коронарне шунтування (n=166).

Результати. При аналізі коронарних артерій (КА) з динамічно вираженими стенозами виявлено, що в групі хворих з КШ в анамнезі коронарний атеросклероз частіше прогресував у судинах, що безпосередньому впливу не підлягали, чим у судинах, що підлягали втручанню. Виявлена різниця була статистично значущою. В хворих з КШ в анамнезі прогресування захворювання відбувалось в шунтованих КА, однак різниця була статистично недостовірною. Прогресування патологічного процесу в стенозованих КА відбувалось рівномірно протягом всього періоду спостереження, тоді як в шунтованих судинах захворювання протікало агресивніше з піком протягом першого року спостереження (26,8 та 69,3 %, відповідно) (рис. 1, 2). Різниця в обох групах була статистично значущою. В КА з вираженими ураженнями, що не підлягали втручанню, захворювання протікало нерівномірно в групі хворих з КШ в анамнезі та рівномірно у пацієнтів, що перенесли КШ, однак в обох групах різниця виявилась статистично недостовірною.

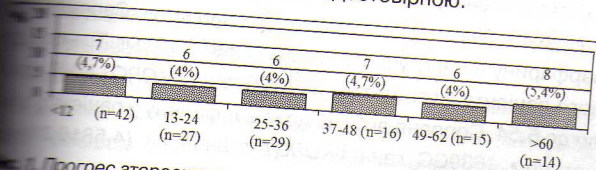


Рис. 1. Прогрес атеросклерозу в стенозованих КА (n=149).

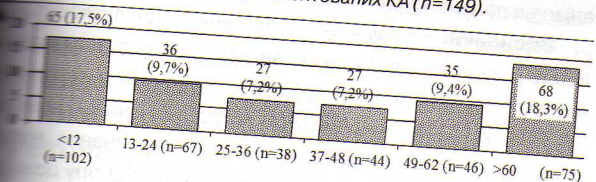


Рис. 2. Прогрес атеросклерозу в шунтованих КА (n=372).

У стенозованих КА частіше атероми прогресують нижче місця імплантації стента: з-поміж 85 атером з прогресуванням виявлених в стенозованих КА, 32 (37,6 %) локалізувались нижче місця імплантації стента, 53 (62,4 %) – вище. В шунтованих судинах частіше стенози прогресували вище місця вшивання дистального анастомозу:

з-поміж 760 атером з прогресом 619 (81,4 %) локалізувались проксимальніше дистального анастомозу, 141 (18,6 %) – дистальніше. Різниця в обох групах була статистично достовірною ($P<0,001$). Достовірної різниці в прогресуванні атером як вище, так і нижче зони імплантації стента виявлено не було. Захворювання протікало рівномірно протягом всього періоду спостереження, проте більш інтенсивно в дистальних сегментах КА.

Висновки. Прогресування атеросклерозу в КА з вираженими стенозами інтенсивніше відбувалось у пацієнтів з первинно агресивним перебігом патологічного процесу, що підлягали КШ, ніж у хворих після КС (69,3 та 26,8 %, відповідно). В стенозованих КА прогресування атеросклерозу відбувалось рівномірно та спостерігалось частіше в дистально розташованих сегментах КА, ніж в проксимальних (62,4 та 37,6 %, відповідно). У шунтованих КА патологічний процес прогресував значно активніше в проксимальних ділянках з піком активності в перший рік спостереження (81,4 та 18,6 %, відповідно).

Класс продолжительности корригированного интервала QTc и клинические особенности пациентов с постоянной электрокардиостимуляцией

М.С. Мальцева

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина
Государственное учреждение «Харьковский национальный институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины»

Продолжительность корригированного интервала QTc стимулированных комплексов у пациентов с установленными электрокардиостимуляторами (ЭКС) привлекает к себе внимание как фактор риска развития аритмий, внезапной сердечной смерти (ВСС) и прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Цель – оценить клинические особенности пациентов с установленными ЭКС в различных диапазонах QTc стимулированных комплексов.

Материал и методы. Обследовано 124 пациента (62 мужчины и 62 женщины), средний возраст (68 ± 8) (р (%±σ)) лет с установленными ЭКС. Оценивали распределение пациентов по возрасту, полу, клиническим признакам: хроническая ишемическая болезнь сердца (ХИБС) и ее формы – постинфарктный кардиосклероз и стабильная стенокардия напряжения функциональные классы (ФК) I–IV, стадии артериальной гипертензии (АГ) (I–III), степени АГ (1–3), фибрилляции предсердий (ФП) и ее форме (пароксизмальная и персистирующая, постоянная), ФК (I–IV) и стадии (I–III) ХСН.

Всем пациентам было проведено электрокардиографическое исследование (ЭКГ), по корригированном QTc интервалам пациенты были разделены на 3 группы: 1-я – укороченная.

ченний (<320 мс), 2-я – нормальний (320–440 мс) і 3-я – удлинений QTс (>440 мс).

Полученные данные обрабатывались после формирования базы данных в Microsoft Excel. Оценивались среднее значение М, стандартное отклонение sd, коэффициент асимметрии и эксцесс QTс для всего диапазона QTс в абсолютных (n, количество) и относительных (р (%±σ)) единицах. Статистические различия между группами пациентов оценивали по критерию Манна – Уитни.

Результаты. В 1-й группе средний возраст пациентов – (58±10) лет, (42±6) % мужчин и (56±6) % женщин, во 2-й группе – (67±9) лет, (52±9) % и (48±9) % и в 3-й группе – (74±8) лет, (47±10) % и (53±10) %, соответственно. В 1-й группе (14±5) %, а во 2-й (15±5) % пациентов имели ХИБС, постинфарктный кардиосклероз. Распределение пациентов с I ФК стабильной стенокардии: (25±22), (32±10) и (23±12) %, соответственно, в 1, 2-й и 3-й группах, II ФК: (25±22), (41±10) и (38±11) %, III ФК: (25±22), (27±9) и (39±14) %. Все пациенты (3 человека) с IV ФК имели укороченный QTс интервал. Среди пациентов с АГ наибольшее число пациентов в 3-й группе: с III стадией – (48±7) %, с 3-й степенью АГ – (50±14) %. Процент пациентов с ФП максимальный в 3-й группе – (39±6) % и минимальный в 1-й – (25±12) %, среди пациентов с ФП во 2-й группе (79±11) % имеют пароксизмальную и персистирующую форму, в 1-й группе – (67±27) % постоянную форму ФП, в 3-й группе достоверных различий нет ((46±10) и (54±10) %). Наибольшее число пациентов с ХСН во 2-й группе – (76±6) %; в 1-й группе – (63±17) % имеют II ФК и (88±12) % IIA стадию ХСН, пациенты с IV ФК и III стадией ХСН отсутствуют; в 3-й группе увеличивается процент тяжелых форм: (12±5) % – IV ФК и (5±3) % – III стадия ХСН.

Выводы. Удлинённый QTс интервал стимулированных комплексов у пациентов с установленными ЭКС взаимосвязан с повышением стадии и степени АГ, увеличением ФК и стадии ХСН, увеличением частоты развития всех форм ФП, а укороченный – с увеличением числа пациентов с IV ФК стабильной стенокардии и постоянной формой ФП.

Клінічне значення поліморфного варіанта G1639A гена VKORC1 при антикоагулянтній терапії варфарином

І.В. Малярчук, О.А. Крикунов, А.Р. Бабочкіна

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України», Київ

Непрямі антикоагулянти (НАК), зокрема варфарин, широко застосовуються у клінічній практиці. Необхідність досягнення балансу між попередженням тромбоемболічних ускладнень та можливістю виникнення кровотеч вимагає

ретельного підбору індивідуальних доз НАК. Незважаючи на розроблені методи лабораторного контролю при антикоагулянтній терапії, ризик розвитку геморагічних ускладнень залишається високим. На сьогодні виявлені генетичні особливості пацієнтів, що визначають індивідуальну чутливість до НАК. Ген VKORC1 (OMIM 608547) кодує субодиницю 1 комплексу епоксид-редуктази вітаміну К – головну молекулу-мішень НАК. Поліморфізм гена VKORC1 може призводити як до резистентності, так і до підвищеної чутливості до варфарину.

Мета – оцінити вплив поліморфного варіанту G1639A гена VKORC1 на режим дозування варфарину для досягнення цільового рівня міжнародного нормалізованого відношення (MNV).

Матеріал і методи. У дослідження було включено 15 пацієнтів, які перенесли операцію протезування клапана серця, з них 67,8 % чоловіків, 32,2 % жінок, середній вік пацієнтів – (50,8±1,3) року. Визначення поліморфного варіанту G1639A гена VKORC1 проводили з використанням методу ПЛР-ГПРГ після стандартної процедури виділення ДНК із лейкоцитів периферичної крові. Початкова доза варфарину становила 5 мг/добу.

Результати. Було визначено частоту генотипів поліморфного варіанту G1639A гена VKORC1: 1639GG – 35,7 %, 1639GA – 46,4 % та 1639AA – 17,9 %. У 15 пацієнтів з генотипом 1639AA гена VKORC1 MNV підвищувалось до 5,54 ± 0,07. У 7 з цих пацієнтів епізоди надмірної гіпокоагуляції спостерігались більше одного разу, в однієї пацієнтки MNV перевищувало межу терапевтичного діапазону у вісім разів. Середня добова доза варфарину в групі пацієнтів з генотипом 1639AA гена VKORC1 становила (2,18±0,14) мг/добу. У пацієнтів з генотипом 1639GA гена VKORC1 MNV зростала до 4,79–6,49, більше одного разу в 3-х пацієнтів. Середня добова доза варфарину в цій групі становила (2,89±0,15) мг/добу. У одного пацієнта з генотипом 1639GG гена VKORC1 MNV зросло до 5,54. Середня добова доза варфарину у пацієнтів з генотипом 1639GG гена VKORC1 становила (4,58±0,21) мг/добу. Епізодів надмірної гіпокоагуляції не було.

Висновки. У результаті проведеного дослідження встановлено зв'язок величини дози варфарину з поліморфним варіантом G1639A гена VKORC1. Пацієнти з генотипом 1639GA та 1639AA гена VKORC1 потребують низькі дози варфарину та мають підвищений ризик виникнення епізодів надмірної гіпокоагуляції протягом періоду підбору дози варфарину, також період підбору дози варфарину в них триває довше, порівняно із пацієнтами з генотипом 1639GG гена VKORC1. Наші результати підтверджують необхідність введення фармакогенетичного тестування до призначення НАК у пацієнтів для безпечного досягнення цільового MNV, зниження ризику геморагічних ускладнень та частоти епізодів надмірної гіпокоагуляції.