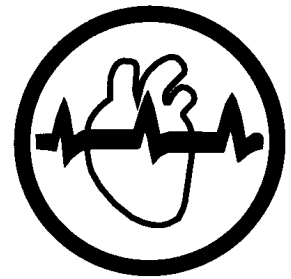


УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ



Додаток 1/2017

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 XVIII Національного конгресу кардіологів України (Київ, 20–22 вересня 2017 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

Відповідальний секретар:

О.Й. Жарінов (тел. +38 (044) 291-61-30)

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

АТ знизився із (168,8±8,4) до (132,4±6,2) мм рт. ст., діастолічний АТ знизився із (108,6±6,4) до (85,4±6,2) мм рт. ст., ($p < 0,05$). Загальний холестерин знизився з (6,8±0,5) до (4,2±0,4) ммоль/л, ($p < 0,05$). Через 6 місяців від початку застосування кандесартану відбулося достовірне зниження HbA_{1c} з рівня (7,6±1,1) % до (6,7±1,1) %, ($p < 0,05$). Наприкінці періоду спостереження було зафіксовано зниження індексу маси міокарда лівого шлуночка на 8,2 % ($p < 0,001$); товщина міжшлуночкової перетинки зменшилась на 9,6 % ($p < 0,05$), задньої стінки на 7,8 % ($p < 0,05$). При аналізі вихідних показників добового моніторування ЕКГ у 12 (15,4 %) хворих зафіксовані короточасні пароксизми фібриляції передсердь (ФП). В результаті застосування кандесартану спостерігався значущий антиаритмічний ефект цього лікарського засобу, про що свідчило зменшення кількості пароксизмів ФП на 64,5 %, а їх тривалості – на 78,6 %. Впродовж усього періоду лікування не відзначалося жодних побічних реакцій.

Висновки. Тривала (протягом 6 місяців) фармакотерапія кандесартаном не тільки приводить до достовірного та клінічно значущого зниження АТ, але й забезпечує більш надійний метаболічний контроль, сприяє зменшенню кількості пароксизмів ФП, істотно покращує структурно-функціональний стан міокарда та позитивно впливає на процес регресії гіпертрофії лівого шлуночка.

Контроль за дозою діуретиків у антигіпертензивному лікуванні хворих на есенціальну гіпертензію II стадії

І.А. Плеш, Л.І. Гайдич

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

Мета – профілактика медикаментозних ускладнень у довготривалому лікуванні хворих на ЕГ II стадії на основі оптимізації дози діуретиків у антигіпертензивній терапії.

Матеріал і методи. Комплексно обстежені 48 хворих на ЕГ II ст. з II–III ступенем зростання АТ (ВООЗ, 2013) та 18 осіб контрольної групи з нормальним рівнем АТ. Усім проведено добове моніторування АТ (ДМАТ) за загально визнаною методикою. АТ визначали в активний період кожні 15 хвилин та в пасивний – кожні 30 хв. – 1 год. з метою автоматичного розрахунку середнього за добу середньодинамічного АТ (СДТ) на апаратному комплексі Solvaig з відповідним програмним забезпеченням. Електрометричним методом з використанням іонселективних електродів визначали концентрацію іонів натрію на апараті SINO-05 (КНР) у добовій сечі, після чого розраховували його екскрецію ($E_{\text{Na доб}}$). За цими даними розраховували коефіцієнт пресорного натрійурезу (КПН) за фізіологічним механізмом «тиск – натрійурез».

$$\text{КПН} = E_{\text{Na доб}} / \text{СДТ}_{\text{доб}}$$

Результати. У хворих на ЕГ II ст. середній показник КПН становив 1,20±0,03, а у контрольній групі

1,58±0,04 ($p < 0,05$). Використання у хворих діуретичних засобів (монотерапія) чи у комбінованому антигіпертензивному – лікуванні сприяє посиленню натрійурезу, що веде до підвищення КПН. На значному клінічному матеріалі оптимальним рівнем КПН є 1,5. Значне зростання КПН > 1,6–1,8 засвідчує про неадекватність або передозування діуретиків, що може викликати при тривалому лікуванні небажані побічні дії – гіперурикемію, цукровий діабет, аритмії та ін. Тому оптимальною початковою дозою гіпотіазиду слід вважати 12,5 мг та її кратне наростання до величини КПН близького до 1,5–1,6.

Висновки. Використання простого діагностичного тесту – співвідношення добової екскреції натрію до середньодобового рівня системного АТ патогенетично обґрунтовує застосування оптимальної дози діуретика у довготривалому антигіпертензивному лікуванні з обмеженням побічних негативних проявів (гіперурикемії та гіперглікемії) – важливих факторів ризику прогресування ЕГ.

Діагностика артеріо-венозної гіпертензії у хворих на есенціальну гіпертензію II стадії

І.А. Плеш, О.Е. Кордунян

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

Мета – діагностика окремих форм артеріальної гіпертензії та контроль за ефективністю лікування на основі комплексної оцінки судинного тону (артерій та вен) кінцівок з використанням принципу нової сучасної методики – ангіотензіоплетизмографії.

Матеріал і методи. Комплексно обстежені 42 хворих на есенціальну гіпертензію (ЕГ) II стадії з II–III ступенем зростання АТ (ВООЗ, 2013) та 12 осіб контрольної групи (нормотензивних осіб, репрезентованих за віком).

Обстеження проводили суворо в горизонтальному положенні пацієнтів з накладанням електродів за тетраполярною методикою для реоплетизмографії на передпліччі та накладання манжети на плече як для визначення параметрів АТ.

В основі авторського дослідження лежить біофізична залежність імпедансу частини передпліччя від об'ємних властивостей кінцівки, пов'язаних із тонусом артеріальних та венозних судин (Патент України на корисну модель UA №34831 А, 15.03.2001, Бюл. № 2).

Оцінювались 4 параметри судинного тиску: замикання вен (ТЗВ), замикання артерій (ТЗА) в динаміці компресії кінцівки та відмикання артерій (ТВА) і відмикання вен (ТВВ) за умов декомпресії.

Результати. Отримані дані ТЗВ достовірно перевищували у більшості хворих (29) дані контрольної групи у 2 рази і відповідно становив (13,8±2,1) мм рт. ст. проти (7,8±0,6) мм рт. ст. Цим же хворим після проведення ангіотензіореоплетизмографії під час забору крові з вени в горизонтальному положенні визначали центральний венозний (ЦВТ) з використанням апарату Вальдмана. Рівень ЦВТ відповідно становив (170±12) мм H_2O і (89±8) мм H_2O , (N 60–120 мм H_2O).

of meldonium and γ -BB (I), respectively with monotherapy in meldonium (II), significantly accelerates the recovery processes of endothelial function and decrease of LPO, as evidenced by more intense (about 2–4 times) positive dynamics of mean levels of ET-1 (22.54% in the I group ($15.93\pm 0.89 - 12.34\pm 0.70$ pg/ml, $p<0.05$) compared with 11.02% in the II group ($14.25\pm 1.28 - 12.68\pm 0.77$ pg/ml, $p>0.05$)); eNOS (to 19.12% in the I group ($189.12\pm 11.69 - 233.82\pm 14.05$ pg/ml, $p<0.05$) compared with 4.47% in the II group ($201.53\pm 12.26 - 210.96\pm 9.23$ pg/ml, $p>0.05$), MDA and CP, respectively, 11.67% ($p<0.05$) and 6.23% ($p<0.05$) in the I group v.s 8.2% ($p<0.05$) and 0.74% ($p>0.05$) in the II group. Without of a pronounced effect on the average level indicators of central hemodynamics – systolic blood pressure (SBP), diastolic (DBP) and heart rate, receiving fixed combination meldonium with γ -BB resulted in more significant compared to mon-

otherapy meldonium, optimization of average values of «pressure load» at the DMBP (TI SBP, TI DBP, MR SBP, MR DBP, variability SBP and DBP, daily index) and rapid clinical anti-ischemic effect, as evidenced by 2.5 times received recurrence of anginal episodes, reduced risk of violations heart rate and shortening the hospitalization of UA almost 2 days.

Conclusions. Admission of patients with unstable angina on a fixed combination of Meldonia with γ -BB significantly accelerates the recovery of endothelial function and decreases the activity of LPO. This helps in reducing peripheral resistance, balancing vascular tone as well as stabilization of regional and systemic blood flow. This in turn translates into improved average «pressure load» in daily BP monitoring, thus significantly improving the clinical course of the UA and shortening the period of hospitalization.

АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК АВТОРІВ ТЕЗ

- | | | |
|---------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Акер 150 | Боев 26 | Візір-Тронова 66 |
| Алексійчук 168 | Божко 52, 62 | Вірна 19 |
| Алипова 87, 96 | Бойко 170 | Вовченко 51 |
| Аль Салама 74, 83 | Большак 118, 119 | Вознюк 87 |
| Аль-Травнех 43 | Бондаренко 144, 145 | Войтович 111 |
| Амеліна 74, 107 | Борзова 100 | Волков В.И. 51 |
| Андрієвська 120, 124 | Борзова-Коссе 100 | Волков Д.Є. 131, 136, 148 |
| Андрійців 147 | Боровик 45 | Волошина 14 |
| Арельяно Васкес Сусан 172 | Борхаленко 100, 168 | Воронко А.А. 171 |
| Артеменко 121, 126 | Бринза 131, 136, 148 | Воронко О.А. 171 |
| Арустамян 168 | Бронюк 109 | Воронков 75, 88, 101, 163 |
| | Бугаєнко 80, 81 | Восух 82 |
| | Буженко 171 | Высоцкая 53 |
| | Буртняк 10, 11, 131 | |
| | Буряковська 51 | |
| Бабаджан 66, 103 | | Гавриленко 75, 76, 80 |
| Бабенко 168 | | Гаврилюк 77 |
| Бабляк 36, 121 | Вайда 105, 106 | Гавриш 76 |
| Базица 47, 54, 169 | Вакалюк І.І. 141 | Гайдич 30 |
| Байрамов 161 | Вакалюк І.П. 34, 147 | Галицька 14, 172 |
| Баязитова 122 | Вакуленко 119, 120 | Гаман 141 |
| Безродний 147 | Валентинова 20 | Гарбар 110 |
| Бек 8 | Варбанець 121 | Гданська 69 |
| Белегай 169, 176 | Василенко А.М. 132, 155 | Герасименко 26 |
| Белый 90, 91, 169 | Василенко В.А. 132 | Гідзинська 178 |
| Бельмас 144, 145 | Василечко 141 | Гінгуляк 74, 88, 164 |
| Березин 155 | Василинчук 25 | Гіреш 15 |
| Беш 104 | Василишин 147 | Гладкий 178 |
| Белінський 147 | Васильєва 12, 13 | Глебова 102 |
| Бикова 175 | Васкес Абанто А.Э. 172 | Голик 18 |
| Бичко 64, 81 | Васкес Абанто Х.Э. 172 | Голікова 80 |
| Бичков 8, 22 | Ватаман 27 | Горб 68 |
| Бичкова Н.Г. 9 | Верещук 29, 142 | Горбань 105 |
| Бичкова С.А. 9 | Витриховський 45, 133 | Горбачова 156 |
| Білий 28, 35, 89, 92 | Вишинська 108 | Горчакова 14, 172 |
| Біловол 43 | Вівчар 101 | Гребеник 16, 134 |
| Більченко А.О. 44 | Візір В.А. 14 | Гречаник 46 |
| Більченко О.В. 44 | Візір О.В. 14 | Гречко 16, 94 |
| Боб 69 | | |
| Богослав 10 | | |