

750 років

Асоціації кардіологів України

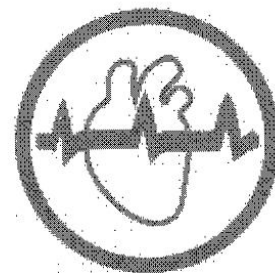
# УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ

Додаток **4** 2013

**Матеріали XIV Національного  
конгресу кардіологів України  
(Київ, 18–20 вересня 2013 р.)**

# УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ

*Ukrainian Journal of Cardiology*



**Додаток 4/2013**

Науково-практичний журнал  
Видається із січня 1994 року

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

## Матеріали XIV Національного конгресу кардіологів України (Київ, 18–20 вересня 2013 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

ДУ «Національний науковий центр "Інститут  
кардіології ім. М.Д. Стражеска" НАМН України»  
вул. Народного Ополчення, 5  
03680, м. Київ

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](mailto:4w@4w.com.ua)

[www.ukrcardio.org](http://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](mailto:4w@4w.com.ua)

[www.4w.com.ua](http://www.4w.com.ua)

Онищенко	145, 300	Радченко О.М.	108	Ситар	182, 185
Онищук	296, 311	Рак	261	Ситна	110
Орлова	58, 93	Распутін	167	Сідь	69
Осадівська	185	Распутіна	167, 228	Оканкова	283
Оханько	55	Резанова	64	Скибчик В.А.	65, 89, 168
Охромий	296	Резнік	95	Скибчик Я.В.	280
Лавлик	227	Рижковський	253	Слаба	111
Павлюченко	288	Рішко	286	Слабий	111
Паламарчук	62, 296	Родін	303	Славкіна	110
Палій	42	Родионова Ю.В.	89	Следзевская	169
Лантась	182	Родионова В.В.	298, 299	Слободський	143
Лануша	54	Рожко	300	Смирнова	84
Пархоменко	165	Ройко	233	Соколов	143, 186
Паслухова	72, 86	Романов	94, 102, 116	Соколовська	223
Пасько В.С.	60	Романюк	228	Солейко Е.В.	169, 254
Пасько І.В.	59, 61	Росоха	283	Солейко Л.Л.	169, 254
Пашевін	297	Руденко Е.В.	270	Соловійов	69
Паресунько	93	Руденко К.В.	270	Соловйюк А.О.	110
Першійна	96	Рыбак	231	Соловйюк Е.А.	110
Питецька	105	Рябенко	145, 300	Соловьян	230
Пишеть	134	Рябуха	129	Соломха	74
Підгайна	140, 141	Рязанова	232	Соломенчук	111, 303
Підлісна	227	Сабацишин	253	Соломка	136
Підлісний	227	Савицій	169	Солко	112
Піонова	105	Савченко	117, 149, 301	Сораківська	145
Пісковацька	66	Савчук	270	Сораківський	145, 233, 304
Плещ	62	Садовий	221, 301	Старжинська	42, 43
Пленова	104	Сайед Муджахід Аббас	97	Старчевская	258, 264
Плиговка	106	Сакочин	42	Старченко	96
Подлужный	253	Самойлова	148, 246	Старшова	47
Подсевакіна	62, 63	Самохіна	90	Стахурська	103
Познанська К.О.	65	Світлицький	64	Стелура	166
Познанська Н.К.	65	Світлик	167	Стиліди	114
Покрова	298	Свєрук	210	Столика	304
Поленова	96, 162, 210	Сейдаметов	272	Страшко	304
Поліщук	245	Семеген-Бодак	111, 303	Строганова	160, 169
Полянська	127	Сепдобинская-Канивец	90	Сул'женко	40, 305
Попов	181, 185	Серєда	43	Суркова	163
Попович	134	Серєдік В.Н.	302	Сухнос	50, 66, 113
Поташев	178	Серєдік Н.М.	229, 302	Сьчев	221, 231
Пригорев	113	Серик	90	Табакочин-Вацеба	134
Приколата	148, 220	Серкова	51, 52	Такташов	254
Припхан	117, 149	Сиволан В.В.	65	Танасичук	148
Присяжна	107	Сиволан В.Д.	109, 170	Танцура	273
Присяжнюк	38	Сидоренко Г.В.	72, 173	Тарасенко	185
Прохарова	166	Сидоренко О.Ф.	232	Тарченко	132
Процько	68	Сидорик	145, 300	Ташук	127, 306
Прудкий	136, 161	Симагіна	164	Терешкевич	164, 171, 175
Пукас	180, 181	Синяченко А.В.	161	Терлецький	289
Радецька	117, 149	Синяченко О.В.	147, 309	Тимошук	286
Радченко Л.М.	107, 108	Синяченко Т.Ю.	258	Тимченко	242
		Синяченко Ю.О.	303	Тихоньва	66

ий ДАГ – на 12,76 % ( $P < 0,05$ ): Варіабельність і добового АТ була вищою у хворих із ФП та знято з групи контролю (на 20,1 та 13,1 %, відповідно,  $P < 0,05$ ), як і варіабельність систолічного і діастолічного АТ відповідно,  $P < 0,05$ ).

У хворих з ФП та супутнім ожирінням переважний тип добових кривих АТ, що характеризується ступенем нічного зниження АТ і переважної гіпертензії, що є несприятливим чинником у розвитку артеріальної гіпертензії та серцево-судинних подій.

## Особливості ремоделювання міокарда у хворих на артеріальну гіпертензію з ожирінням

Н.І. Пятацька

Харківський національний медичний університет

Із високим поширенням профілактичних заходів гіпертензія (АГ) залишається одним з серцево-судинних захворювань, що значно погіршує якість життя сучасної людини, сприяючи формуванню гіпертензивного ішемічного інфаркту міокарда (ІІМ), яка, своєю чергою, у 5 разів збільшує ризик розвитку серцево-судинних подій. Серед інших факторів, що впливають на розвиток ІІМ, вагоме місце належить ожирінню. При поєднанні АГ і ожиріння ризик розвитку ІІМ збільшується у 4 рази.

Значення гендерних особливостей структурно-геометричних змін у хворих на АГ залежно від антропометричних показників.

**Методи.** Обстежено 206 пацієнтів з АГ (220 жінок). Всім хворим проведено комплексне клінічне обстеження. Проаналізовано такі антропометричні показники: маса тіла (ІМТ), окружність талії (ОТ), окружність стегна (ОС) та індекс талії/стегна (ІТС). Ожиріння визначено за ІМТ, тип розподілу жирової тканини визначено за значенням ІТС. Дослідження структурно-геометричного стану міокарда лівого шлуночка (ЛШ) здійснювали за допомогою ультразвукового сканера FADIMIR-628A, виконавши парастернальні норми. Визначення типів структурно-геометричного ремоделювання ЛШ проводилося за класифікацією Devereux.

Значення ОТ як у жінок, так і у чоловіків не відрізнялися між собою суттєво не відрізнялися у всіх випадках). Максимальне значення ОТ було в групі з концентричною ГЛШ (КГЛШ), у чоловіків з ексцентричною ГЛШ (ЕГЛШ), мінімальне – в групі з нормальною геометрією ЛШ (НГЛШ) незалежно від статі. ОТ у чоловіків достовірно перевищувало значення у жінок лише в групі з ЕГЛШ ( $P < 0,05$ ); незалежно від статі також між собою суттєво не відрізнялися ( $P > 0,05$  у всіх випадках), але максимальне значення було в групі жінок з КГЛШ та чоловіків з

концентричною геометрією ЛШ (КРЛШ). Проведений гендерний аналіз виявив, що ОС у жінок достовірно перевищувало аналогічний показник у чоловіків тільки в групі з КГЛШ і ЕГЛШ ( $P < 0,001$  в обох випадках). У групі з НГЛШ та КРЛШ переважає значення ОС у жінок порівняно з чоловіками носило характер тенденції. ІМТ був максимальним у жінок з КГЛШ, у чоловіків – з ЕГЛШ. При цьому у чоловіків значення ІМТ незалежно від типу геометрії ЛШ між собою суттєво не відрізнялися ( $P > 0,05$  у всіх випадках), а підвищення його в групах з наявністю ГЛШ носило характер тенденції. У жінок встановлено достовірне збільшення ІМТ у групі з КГЛШ порівняно з таким показником у пацієнток з НГЛШ ( $P < 0,05$ ), в інших групах збільшення ІМТ носило характер тенденції ( $P > 0,05$ ). Порівняльний гендерний аналіз встановив, що ІМТ був достовірно вищим у жінок, ніж у чоловіків у групі з КРЛШ і КГЛШ ( $P < 0,01$  в обох випадках). ІТС був достовірно нижчим у жінок, ніж у чоловіків, незалежно від геометрії лівого шлуночка ( $P < 0,001$  у всіх випадках). ІТС був максимальним у жінок з КГЛШ і незначно перевищував такий показник у жінок з КРЛШ та ЕГЛШ ( $P > 0,05$  в обох випадках), але достовірно – у жінок з НГЛШ ( $P < 0,01$ ). У чоловіків ІТС був максимальним також у групі хворих з КГЛШ і майже не відрізнявся від такого показника в групі з ЕГЛШ, достовірно перевищуючи його також лише в групі хворих з НГЛШ ( $P < 0,001$ ).

**Висновки.** Виявлено гендерні особливості впливу антропометричних показників на ремоделювання міокарда ЛШ у хворих на АГ. Прогресування ожиріння (за ІМТ) та збільшення ОТ асоціювалося з формуваннями КГЛШ у жінок та ЕГЛШ у чоловіків.

## Постпрандіальна глікемія як фактор кардіоваскулярного ризику у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з ожирінням і предіабетом

О.М. Піонова

Харківський національний медичний університет

Серцево-судинний континуум, домінуючими факторами ризику якого є артеріальна гіпертензія, абдоминальний тип ожиріння, дисліпідемія і цукровий діабет 2-го типу, демонструє послідовність функціональних і морфологічних змін, характеризуючи прогресування і результат більшості серцево-судинних захворювань.

**Мета** – вивчення ролі постпрандіальної глікемії у формуванні порушень ліпідотранспортної системи у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) в поєднанні з абдоминальним типом ожиріння (АО) залежно від глюкометаболічного профілю.

**Матеріал і методи.** Обстежено 98 хворих на АГ з ожирінням, середній вік (54,81 ± 9,96) року, із них 58,16 % жінок та 41,83 % чоловіків. Верифікацію діагнозу АГ проводили згідно з критеріями Української асоціації кардіологів (2009).

АО вважали відповідно до критеріїв IDF (2005). Вуглеводний обмін оцінювали згідно з критеріями класифікації порушень метаболізму глюкози ВООЗ (1999), яка модифікована IDF (2007). Наявність інсулінорезистентності визначали при значенні індексу HOMA більше 2,77. Концентрацію аліпопротеїна В (апо В) та аполіпопротеїна АІ (апо АІ) визначали імунотурбідиметричним методом. Розраховували індекс Авогаро.

**Результати.** Пацієнти з АГ залежно від наявності АО та предіабета розподілені на 3 групи: перша група (n=15) – хворі на АГ без АО, рівень глікемії натщесерце становив  $(4,82 \pm 0,54)$  ммоль/л; друга група (n=57) – хворі на АГ з АО, глікемія натщесерце  $(4,75 \pm 0,47)$  ммоль/л; третя група (n=25) – хворі на АГ з АО та предіабетом  $(6,60 \pm 0,98)$  ммоль/л. Показники периферичної гемодинаміки та середні показники тривалості АГ у хворих всіх груп достовірно не відрізнялися. Мінімальне середнє значення обхвату талії (ОТ) було у хворих 1-ї групи і було в межах норми  $(77,37 \pm 8,54)$  см зростало у хворих 2-ї групи  $(102,43 \pm 12,29)$  см та максимальне середнє значення аналогічного показника виявлено у хворих 3-ї групи  $(104,86 \pm 12,89)$  см). У 96 % хворих АГ з АО та предіабетом виявлено ІР, що на 59,16 % більше, ніж у хворих на АГ з АО і на 52,25 % більше, ніж у хворих на АГ без АО ( $P < 0,05$ ).

Під час вивчення середніх значень ліпідотранспортної системи у хворих третьої групи виявлено, що рівень апо В і значення атерогенного індексу Авогаро у хворих на АГ з АО  $(141,30 \pm 26,00)$  мг/дл і  $(1,45 \pm 0,38)$  ум. од.) та хворих на АГ з АО та предіабетом  $(135,16 \pm 21,15)$  мг/дл і  $(1,35 \pm 0,39)$  ум. од.) достовірно перевищували аналогічні показники групи хворих на АГ  $(112,21 \pm 21,19)$  мг/дл та  $(0,93 \pm 0,35)$  ум. од., відповідно,  $P < 0,05$ ). Одночасно при порівнянні середнього рівня апо АІ нами виявлено достовірне зниження показника в групі АГ з АО та в групі АГ з АО та предіабетом, що свідчить про зниження антиатерогенного потенціалу крові. Відповідно він становив  $(129,55 \pm 112,21)$  мг/дл в групі АГ без АО,  $(109,48 \pm 16,93)$  мг/дл в групі АГ з АО та  $(89,07 \pm 12,02)$  мг/дл в групі АГ з АО та предіабетом ( $P < 0,05$ ).

У хворих на АГ ОТ позитивно корелював з тривалістю АГ ( $R=0,57$ ,  $P < 0,05$ ), рівнем інсуліну ( $R=0,67$ ,  $P < 0,05$ ) та постпрандіальною глікемією ( $R=0,67$ ,  $P < 0,05$ ). У хворих на АГ з АО та предіабетом ОТ позитивно корелював з тривалістю АГ ( $R=0,40$ ,  $P < 0,05$ ), середній рівень інсулінемії позитивно корелював з систолічним артеріальним тиском ( $R=0,41$ ,  $P < 0,05$ ) та постпрандіальною глікемією з апо В ( $R=0,50$ ,  $P < 0,05$ ) та індексом Авогаро ( $R=0,50$ ,  $P < 0,05$ ).

**Висновки.** Отримані результати свідчать, що фактором кардіоваскулярного ризику у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з абдомінальним ожирінням за умови наявності предіабету є постпрандіальна глікемія, яка асоціюється з плазмовим рівнем проатерогенного аполіпопротеїну В.

## Влияние терапии L-тироксинам уровень С-реактивного белка у пациентов с субклиническим гипотиреозом, гипертонической болезнью и ожирением

В.Н. Плиговка, Ю.Н. Шапошников

ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМНУ»  
Харьков

Харьковский национальный медицинский университет

Недавние исследования показали, что распространенность сердечно-сосудистых заболеваний существенно повышается среди пациентов с субклиническим гипотиреозом (СГ). В целом ряде исследований было доказано, что СГ является независимым фактором риска развития атеросклероза и инфаркта миокарда. Гиперкоагуляционные нарушения, проатерогенные нарушения обмена у пациентов способны привести к риску развития атеросклероза и прогрессирования гипертонической болезни. В последние годы все большее внимание уделяется состоянию хронического воспаления, маркером которого может являться повышенный С-реактивный белок (СРБ).

**Цель** – изучение влияния 24-недельной терапии с использованием L-тироксина на уровень повышенного СРБ у пациентов с субклиническим гипотиреозом, гипертонической болезнью и ожирением.

**Материал и методы.** В исследование было включено 106 пациентов с СГ, группу контроля составили идентичных пациента с гипертонической болезнью и ожирением. Группы пациентов были сопоставимы по полу, степени ГБ и ожирения. Всем пациентам, включенным в исследование, проводили исследование функции щитовидной железы: трийодтиронин (Т3), тироксин (Т4), тиреотропный гормон (ТТГ); уровень высокочувствительного СРБ – иммуноферментным методом, используя тест-наборы фирмы DRG (Германия), в сыворотке крови методом оптической плотности проводили на фотометре Humalinder (Германия). Критерием субклинического гипотиреоза служило изолированное повышение Т4 на фоне нормальных значений Т3 и Т4. Липидного спектра крови определяли с использованием наборов реактивов «Ольвекс» (Россия). За терапию L-тироксинам назначалась врачом-эндокринологом при наличии СГ, критерием адекватности терапии считали стойкое поддержание нормального уровня ТТГ в крови.

**Результаты.** Отмечено статистически ( $P < 0,05$ ) повышение уровня высокочувствительного СРБ в группе пациентов с СГ по сравнению с этнорасовой группой контроля  $(4,1 \pm 0,6)$  и  $(1,7 \pm 0,2)$  мг/л, соответственно. Установлена прямая корреляционная зависимость между высоким уровнем ТТГ и повышением уровня СРБ.