

ISSN 1608-635X (Print)
ISSN 2664-4479 (Online)



Національна академія медичних наук України

Всеукраїнська асоціація кардіологів України

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

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

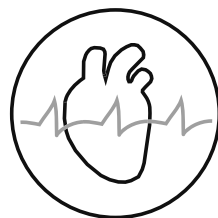
Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 25–27 вересня 2019 р.)

Головний редактор: О.М. Пархоменко

Наукова редакція випуску: М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,
С.М. Кожухов, О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов,
Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва, В.О. Шумаков

Том 26 Додаток 1 2019



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2019

Вплив порушень сну в пацієнтів з поєднанням гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2-го типу на перебіг захворювання

Г.С. Ісаєва, О.О. Буряковська

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», Харків

Мета – вивчити вплив порушень сну у пацієнтів з поєднанням гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2-го типу на перебіг захворювання.

Матеріал і методи. В дослідження було включено 107 пацієнтів, з яких 75 пацієнтів страждали на гіпертонічну хворобу та цукровий діабет 2-го типу, 32 пацієнти страждали на гіпертонічну хворобу та 25 здорових добровольців становили контрольну групу. Середній вік пацієнтів – $(58,1 \pm 10,5)$ року. Порушення сну оцінювали за допомогою Міжнародної класифікації порушень сну International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3) by American Academy of Sleep Medicine (2014), шкали денної сонливості Епворта. Для виключення нічного апное під час сну всім пацієнтам проводили аналіз газового складу повітря, що видихається, та фаз сну за допомогою сомночек. Склад тіла, співвідношення жирової і м'язової маси вивчали за допомогою методу біоелектричного імпедансу (Omron Body Composition Monitor BF511-E-03-10 / 2011).

Результати. Встановлено, що 43 пацієнта (40,2 %) страждали на інсомнію, циркадні порушення сну та неспання діагностовані у 50 пацієнтів (46,7 %), апное сну – у 18 пацієнтів (16,8 %). Пацієнти з порушеннями сну центрального генезу ($n=1$), парасомніями ($n=1$), руховими розладами, асоційованими зі сном ($n=2$) були виключені з дослідження. В контрольній групі також були встановлені порушення сну: інсомнія виявлена у 3 осіб (12 %), апное сну – у 1 особи. Основною відмінною була наявність денних симптомів, що визначалися за допомогою шкали Епворта, в групі з поєднанням гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2-го типу. Так, серед пацієнтів з поєднанням гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2-го типу денні симптоми мали 40 осіб (53,3 %), а в контрольній групі – 3 особи (12 %) ($p < 0,005$). Кількість пацієнтів з інсомнією була статистично більш значуща серед пацієнтів з поєднаним перебігом гіпертонічної хвороби та цукрового діабету 2-го типу – 29 (38,7 %), ніж в групі з ізольованою гіпертонічною хворобою – 6 (18,7 %). Не встановлено зв'язку між ступенем гіпертонічної хвороби, рівнем глюкози і тяжкістю денних симптомів. Виявлено, що пацієнти з денними симптомами інсомнії мають більший індекс маси тіла, долю підшкірного та вісцерального жиру.

Висновки. Встановлено асоціацію між інсомнією і поєднаним перебігом гіпертонічної хвороби і цукрового діабету 2-го типу. Крім того, ці пацієнти мають тяжкі денні прояви інсомнії та більший індекс маси тіла і частку жирової тканини в організмі.

Особливості когнітивних функцій, рівень освіти і малорухомий спосіб життя у хворих на артеріальну гіпертензію

Т.В. Колесник, А.В. Надюк, Г.А. Косова,
П.С. Утченко, М.О. Ламбракіс, М.Є. Поляк

ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України,
Дніпро

Мета – дослідити когнітивні функції, визначити рівень освіти і оцінити фізичну активність у пацієнтів з гіпертонічною хворобою залежно від статусу працездатності.

Матеріал і методи. Дослідження проводилось на базі КЗ «ДМКЛ №2» та «ДМКЛ №11» ДМР і складалось з анкетування хворих за спеціально розробленою картою пацієнта. Обстежено 69 пацієнтів з гіпертонічною хворобою I–III стадії (42,03 % чоловіків), яких залежно від статусу працездатності розподілили на 3 групи: I група – 19 (27,54 %) пацієнтів працездатного віку, II група – 20 (28,98 %) осіб пенсійного віку, що продовжують працювати, і III група – 30 (43,48 %) пенсіонерів за віком, що вже не працюють. Визначали найвищий отриманий рівень освіти, загальну кількість років освіти, трудовий статус (працює/не працює/пенсіонер/працює на пенсії). Когнітивні функції (КФ) оцінювали за допомогою МоСА-тесту та тесту малювання годинника (ТМГ). Спосіб життя вважали малорухомим при наявності мінімум 2 з 3 критеріїв: перебування в положенні сидячи протягом дня ≥ 5 год, ходьба протягом дня < 30 хв і/або заняття фізкультурою < 2 год на тиждень. Критерії виключення: симптоматична АГ, перенесені раніше ТІА та ГПМК, пацієнти працездатного віку, що не працюють. Величини представлені у вигляді медіани та інтерквартильного розподілу даних (25; 75 %).

Середній вік в I групі становив 54,0 (48,0; 56,0), в II – 64,0 (61,0; 69,0), в III – 77,0 (68,50; 80,0) років ($p < 0,001$). В I групі ІМТ дорівнював 29,36 (24,09; 30,49), в II – 27,59 (23,62; 30,22) та в III – 31,61 (25,94; 34,45) $\text{кг}/\text{м}^2$ відповідно. Медіана САТ і ДАТ відповідала АГ 1-го ступеня. Групи були зіставні за рівнем АТ, загальною кількістю років освіти, тривалістю АГ та характеристиками оцінки фізичної активності.

Результати. За даними кількісної оцінки КФ медіани МоСА-тесту та ТМГ в жодній з груп не відповідали градаціям норми. Пацієнти працездатного віку та пенсіонери, що продовжують працювати, за рівнем КФ статистично не різнились. Проте, пенсіонери, що не працюють, мали вірогідно нижчі результати тестування порівняно з іншими групами (таблиця).

При проведенні багатофакторного кореляційного аналізу серед осіб працездатного віку ступінь зниження рівня КФ залежав від загальної кількості років освіти ($r=0,78$; $p < 0,05$), наявності гіподинамії за кількістю хвилин щоденної ходьби ($r=0,47$; $p < 0,05$), тривалості АГ ($r=-0,56$;

Таблиця. Результати оцінки когнітивних функцій, рівня освіти та фізичної активності

Показник	MoCA-тест, бали	ТМГ (пацієнт), бали	ТМГ (готовий годинник), бали	Тривалість АГ, роки	Загальна тривалість освіти, роки	Кількість годин сидячи на день	Кількість хвилин щоденної ходьби	Кількість годин щоденних вправ на тиждень
I група (n=19)	24,0 (19,0; 7,0)	9,0 (7,0; 9,0)	10,0 (10,0; 10,0)	12,0 (11,0; 15,0)	9,0 (3,0; 15,0)	5,0 (2,0; 9,0)	60,0 (15,0; 80,0)	2,50 (1,0; 4,0)
II група (n=20)	22,50 (19,50; 22,50)	8,0 (7,0; 9,0)	10,0 (10,0; 10,0)	12,0 (10,0; 15,0)	11,50 (7,0; 21,0)	4,0 (3,0; 6,0)	60,0 (20,0; 20,0)	2,5 (1,5; 3,0)
III група (n=30)	18,0 (12,0; 2,0) ^s	6,0 (4,0; 9,0) ^s	8,50 (5,50; 0,0) ^s	12,50 (11,50; 14,0)	13,5 (10,0; 22,0)	4,0 (2,0; 5,0)	75,0 (55,0; 120,0)	2,0 (1,5; 2,20)

* – достовірність відмінностей між I та III групами ($p < 0,01$); ^s – достовірність відмінностей між II та III групами ($p < 0,01$).

$p < 0,05$) та величини ІМТ ($r = 0,69$; $p < 0,05$). В групі пенсіонерів, що не працюють, ступінь зниження рівня КФ за результатами Мока-тесту і ТМГ залежала від віку ($r = -0,45$; $p < 0,05$; та $r = -0,62$; $p < 0,05$) відповідно, рівня САТ ($r = -0,38$; $p < 0,05$; $r = -0,48$; $p < 0,05$) відповідно, загальної кількості років освіти ($r = 0,53$; $p < 0,05$, та $r = 0,44$; $p < 0,05$, відповідно). Відсутність регулярних занять аеробними фізичними вправами асоціювалась зі зниженням результату ТМГ ($r = 0,89$; $p < 0,05$).

Висновки. Результати дослідження показали, що медіани кількісної оцінки Моса-тесту та ТМГ не відповідали градаціям норми в жодній з груп. Пацієнти пенсійного віку, що не працюють, на відміну від пенсіонерів, що продовжують працювати, та осіб працездатного віку мали найнижчий рівень КФ. Ступінь зниження рівня КФ залежала: серед осіб працездатного від загальної кількості років освіти, наявності гіподинамії, тривалості АГ та ІМТ; серед осіб пенсійного віку, що не працюють, – від віку, рівня САТ, загальної кількості років освіти та відсутності регулярних занять фізкультурою. У пенсіонерів, що продовжують працювати, таких зв'язків не встановлено.

Особливості порушень діастолічної функції лівого шлуночка у хворих на ревматоїдний артрит у поєднанні з артеріальною гіпертензією

В.Є. Кондратюк, А.П. Стахова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Мета – на основі аналізу показників доплерехокардіографії у зв'язку з клініко-лабораторними показниками встановити частоту та характер діастолічної дисфункції лівого шлуночка (ДД ЛШ), структуру та детермінанти ДД ЛШ у хворих на ревматоїдний артрит (РА) у поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріал і методи. Досліджено випадкову вибірку з 143 осіб. Кількість осіб основної групи (хворі на РА та АГ) – 78, першої (хворі на РА) – 35 і другої групи порівняння (хворі на АГ) – 30. Проведені загально-клінічні дослідження, імуноферментний аналіз та тканинна доплерехокардіографія. Середній вік хворих основної групи – $(62,6 \pm 8,5)$

року, 82,1 % з них – жінки, проти $(54,2 \pm 6,8)$ року, 88,6 % – жінки та $(60,7 \pm 8,5)$ року, 86,7 % – жінки, відповідно у першій і другій групах порівняння. У основній групі серопозитивний варіант РА мали 82,1 % хворих на РА у поєднанні з АГ і 80,0 % хворих на РА. Активність РА визначали за індексом (DAS 28-СРБ): у хворих основної та першої групи – 5,74 (4,95–6,12) і 5,56 (4,85–6,42) ум. од. Хворі отримували стандартну комбіновану антигіпертензивну терапію та базисне лікування РА метотрексатом. Дані наведені у вигляді Ме (25–75 % перцентилі).

Результати. У хворих основної та першої групи порівняння ДД ЛШ виявляється у 64 (82,1 %) і 30 (85,7 %) осіб, відповідно, що має тенденцію до збільшення порівняно з хворими на АГ – 22 (73,3 %). Аналіз структури ДД ЛШ показав, що найбільш значні зміни характерні для хворих основної групи: порушення релаксації (I тип), псевдонормальний (II тип) і рестриктивний (III тип) реєструються у 33 (42,3 %), 30 (38,5 %) і 1 (1,3 %) особи, відповідно. У хворих на РА значно переважало визначення I типу ДД ЛШ – 26 (74,3 %) проти 3 (8,6 %) і 1 (2,9 %) особи з ДД ЛШ II і III типу, відповідно. У хворих на АГ превалює ДД I типу 16 (53,3 %) при цьому II та III тип ДД ЛШ виявляються з однаковою частотою – 6 (20,0 %). Індекс об'єму лівого передсердя (ІОЛП), як один із маркерів ДД ЛШ, у хворих на АГ з РА та без РА більше порівняно з хворими на РА, відповідно, 37,6 (32,0–48,4) та 37,12 (30,7–39,9) мл/м² проти 31,4 (28,6–38,6) мл/м². Співвідношення максимальної швидкості раннього (Е) діастолічного наповнення до пізнього (А) – Е/А у хворих на РА та АГ не відрізняється від значень хворих на РА і АГ, відповідно, 0,82 (0,67–1,15) ум. од. проти 1,09 (0,86–1,27) і 0,81 (0,66–0,93) ум. од. Величини ранньої діастолічної міокардіальної швидкості в області медіальної (e' med) і латеральної (e' lat) стулки мітрального кільця у хворих на РА та АГ становить 8,5 (6,6–10,2) см/с і 9,4 (7,6–10,9) см/с, що є меншим, ніж у хворих на РА, відповідно, 11,1 (8,0–12,5) см/с і 12,3 (10,0–13,3) см/с та не відрізняється від пацієнтів з АГ – 9,0 (7,4–12,4) і 9,8 (8,8–12,0) см/с. Величина співвідношення Е/е', як головного маркера ДД ЛШ, у хворих на РА у поєднанні з АГ – 7,1 (6,3–8,1) ум. од., що є достовірно більшим, ніж у хворих на РА 6,0 (4,7–7,1) ум. од. і АГ 6,4 (5,7–7,7) ум. од. Швидкість регургітації на трикуспідальному клапані (ТК) в осіб з РА та АГ становить 2,5 (2,2–2,9) м/с, що тотожна даним хворих на РА та АГ окремо і становить 2,4 (2,2–2,5) м/с та 2,5