

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

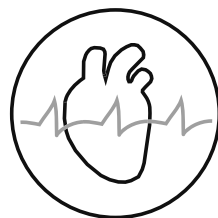
### Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(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](http://www.ucardioj.com.ua)

Київ • 2019

### **Рівні кардіопротективного та антифіброгенного факторів диференціації росту-11 в крові хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням та їх зв'язки з гіпертензивним серцем**

С.М. Коваль, І.О. Снігурська, Д.К. Милославський,  
О.В. Мисниченко, М.Ю. Пенькова,  
В.Ю. Гальчинська, О.М. Щенявська

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

**Мета** – визначення рівнів фактора диференціації росту-11 (ФДР-11) в крові у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО) порівняно з рівнями цього фактора у хворих на ГХ без ожиріння та у практично здорових осіб, встановлення зв'язків між рівнями ФДР-11 в крові з ознаками гіпертензивного серця (ГС), основними факторами ризику та асимптомними ураженнями органів-мішеней у цієї категорії пацієнтів.

**Матеріал і методи.** Проведено обстеження 51 хворого (29 чоловіків та 22 жінки) на ГХ II ст., 2–3 ступеня з АО I–II ступенів відповідно до рекомендацій ESC/ESH, 2013 та IDF, 2005 у віці 45–69 років. Групу порівняння становило 17 хворих (10 чоловіків та 7 жінок) на ГХ без АО. Контрольна група була представлена 20 практично здоровими особами (12 чоловіків і 8 жінок) у віці від 35 до 49 років без ознак ГХ та АО. Хворим проводили антропометричні вимірювання, визначали загально-клінічні показники гемодинаміки, рівні сечової кислоти (СК), глюкози, інсуліну, оцінювали параметри розгорнутого ліпідного спектра. Вміст фактора росту диференціювання – 11 у хворих і практично здорових осіб визначали імуноферментним методом за допомогою комерційних наборів «Cloude-Clone», Houston, США. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою пакетів програм Excel.

**Результати.** Виявлено, що рівні в крові ФДР-11 у хворих на ГХ з АО з ознаками ГС були вірогідно нижчими за такі у практично здорових осіб і у хворих на ГХ без ожиріння ( $p < 0,05$ ). При цьому, рівні в крові ФДР-11 у хворих на ГХ без ожиріння достовірно не відрізнялись від рівнів цього фактора у практично здорових осіб ( $p > 0,05$ ). Також було встановлено, що рівень ФДР-11 в крові хворих на ГХ 3-го ступеня з АО і ознаками ГС був вірогідно нижчий, за такий у хворих на ГХ 2-го ступеня з АО і ГС. На відміну від хворих на ГХ з АО, у хворих на ГХ без ожиріння вірогідної різниці в рівнях в крові ФДР-11 залежно від ступеня тяжкості ГХ виявлено не було ( $p > 0,05$ ). Виявлена також залежність рівнів в крові ФДР-11 від наявності або відсутності ознак ГС у хворих на ГХ з АО. Так, встановлено,

що рівні в крові ФДР-11 у хворих на ГХ з АО, у яких вже сформувалось ГС, були статистично вірогідно нижчі, ніж у хворих цієї ж групи без ознак розвитку цього ураження серця ( $p < 0,05$ ). Аналогічної закономірності в змінах рівнів в крові ФДР-11 серед хворих на ГХ без ожиріння виявлено не було ( $p > 0,05$ ). Встановлені вірогідні зворотні кореляційні зв'язки між рівнем в крові ФДР-11 і індексом маси міокарда (ІММЛШ) ( $r = -0,44$ ,  $p < 0,05$ ), з розміром лівого передсердя ( $r = -0,38$ ,  $p < 0,05$ ), з рівнем систолічного АТ ( $r = -0,38$ ,  $p < 0,05$ ) та рівнем інсуліну натще ( $r = -0,35$ ,  $p < 0,05$ ).

**Висновки.** У хворих на ГХ, яка перебігає в поєднанні з АО та зі сформованим ГС, виявлено вірогідне зниження рівня в крові потужного кардіопротективного та антифіброгенного факторів ФДР-11 порівняно з хворими на ГХ без ГС і практично здоровими особами, незалежно від наявності або відсутності ожиріння. Виявлене в роботі подальше вірогідне зниження рівня ФДР-11 в крові хворих на ГХ з АО за умов ГС в порівнянні з хворими на ГХ без ГС незалежно від наявності ожиріння, вказує на важливу роль дефіциту цього фактора в патогенезі розвитку такого специфічного гіпертензивного ураження серця, як ГС серед цього контингенту хворих.

### **Особливості контролю артеріального тиску в пацієнтів з артеріальною гіпертензією та морбідним ожирінням під впливом баріатричного лікування і антигіпертензивної терапії**

Т.В. Колеснік, Р.В. Дука, А.В. Надюк,  
А.А. Косова

ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України

**Мета** – визначити особливості динаміки систолічного (САТ), діастолічного (ДАТ) артеріального тиску та варіабельності артеріального тиску (ВАР АТ) за даними добового моніторування (ДМАТ) у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) і ожирінням під впливом антигіпертензивної терапії і баріатричного лікування морбідного ожиріння (МО).

**Матеріал і методи.** У дослідження включено 59 хворих з ожирінням. В основну (I) групу (баріатричної хірургії) увійшли 39 осіб (18 жінок) з неускладненою АГ, середній вік –  $(43,7 \pm 3,11)$  року, величина індексу маси тіла (ІМТ) –  $47,30 (42,90; 56,10)$   $\text{кг}/\text{м}^2$ . Контрольна (II) група – 20 чоловіків з неускладненою АГ середнього віку  $(43,6 \pm 1,74)$  року і медіаною ІМТ, достовірно меншою, ніж в I групі  $(33,80 (31,40; 36,80)$   $\text{кг}/\text{м}^2$  ( $p < 0,05$ ). Оцінювали рівень САТ і ДАТ, показники «наван-

таження АТ» (індекси часу (ІЧ) і площі (ІП) гіпертензії) протягом дня, ночі і всієї доби, а також денну і нічну ВАР АТ. Підвищеною ВАР АТ вважали більш 11,9 мм рт. ст. для дня і більше 9,5 мм рт. ст. – для ночі. Перед початком антигіпертензивної терапії групи були зіставні за рівнем систолічного (САТ), діастолічного (ДАТ) АТ, показниками «навантаження тиском» і величиною ступеня нічного зниження (СНЗ) САТ і ДАТ ( $p > 0,05$ ). Рівень АТ відповідав АГ 1-го ступеня в обох групах. Так, середні показники САТ<sub>24</sub>, САТ<sub>д</sub> та САТ<sub>н</sub> були 149,30 (134,80; 156,70), 152,20 (141,60; 158,40) і 129,70 (120,70; 138,70) мм рт. ст. в I групі та 145,60 (138,90; 157,60), 150,30 (144,50; 161,70) і 126,50 (120,30; 138,50) мм рт. ст. в II групі. Рівні ДАТ<sub>24</sub>, ДАТ<sub>д</sub> та ДАТ<sub>н</sub> дорівнювали у основній групі 86,20 (84,60; 87,90), 91,40 (85,90; 92,40) та 73,70 (67,70; 80,30) мм рт. ст., а в контрольній – 86,30 (85,50; 94,60), 92,20 (88,40; 97,90) та 73,90 (67,70; 79,80) мм рт. ст.

1-й візит – обстеження пацієнтів згідно з Guidelines ESC/ESH Arterial Hypertension 2018 і призначення індивідуально підбраної комбінованої антигіпертензивної терапії. Проведення ДМАТ через 1, 3 та 6 міс відповідно на 2-му, 3-му та 4-му візитах. Хворим основної групи проводили баріатричну хірургію після 1-го візиту (досягнення цільового рівня артеріального тиску).

**Результати.** Згідно з аналізом показників ДМАТ, через 6 місяців досягнутий цільовий рівень АТ в обох групах (САТ<sub>24</sub> – 121,20 (112,20; 125,90) і 130,10 (126,0; 134,10) мм рт. ст. і ДАТ<sub>24</sub> – 72,10 (66,20; 77,30) і 75,30 (72,80; 78,50) мм рт. ст. в I та II групі відповідно) ( $p < 0,05$ ). Через 6 місяців в основній групі були досягнуті цільові значення не тільки середнього рівня АТ, але й показників «навантаження тиском» ( $< 25\%$  за ІЧ та  $< 50$  мм рт. ст. × год за ІП) протягом кожного з оцінюваних періодів доби ( $p < 0,01$ ). В той же час у групі контролю протягом 6-місячного лікування ІЧ та ІП САТ<sub>24</sub> і САТ<sub>д</sub>, не зважаючи на статистично значуще зменшення, так і не нормалізувалися.

Встановлено, що ВАР САТ<sub>д</sub> (13,93 (11,64; 15,65) і 12,76 (11,18; 16,12) мм рт. ст. в I та II групах) і ВАР САТ<sub>н</sub> (9,79 (8,67; 13,28) і 9,78 (8,20; 11,80) мм рт. ст. в I та II групах) на 1-му візиті була підвищена в обох групах спостереження. При цьому ВАР ДАТ<sub>д</sub> (10,63 (8,97; 13,63) і 10,70 (8,96; 13,18) мм рт. ст. в I та II групах) і ВАР ДАТ<sub>н</sub> (8,53 (8,28; 11,21) і 8,08 (6,48; 10,61) мм рт. ст. в I та II групах) відповідали нормі. В основній групі на момент 4-го візиту зареєстрована нормалізація ВАР САТ<sub>д</sub> і САТ<sub>н</sub> (11,06 (10,01; 12,19) і (8,91 (6,16; 11,33) мм рт. ст. відповідно) ( $p < 0,05$  порівняно з 1 візитом). У контрольній групі ВАР САТ і ДАТ на тлі лікування АГ протягом 6 місяців статистично не змінилася ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** У пацієнтів з АГ і МО на тлі 6-місячного медикаментозного лікування нормалізувались рівні САТ і ДАТ, однак тільки в групі проведення баріатричної хірургії вдалось досягти абсолютного контролю середніх рівнів САТ і ДАТ, «показників навантаження» АТ та ВАР САТ протягом дня і ночі. На фоні зниження маси тіла встановлена необхідність в зменшенні доз та кількості вживаних ліків. Баріатрична хірургія дозволяє не тільки досягти довготривалої втрати ваги, а й знизити ризик серйозних серцево-судинних ускладнень.

### Динаміка кардіометаболічних показників на тлі комплексної терапії у хворих на субклінічний гіпотиреоз у поєднанні з неалкогольним стеатозом печінки

О.В. Колеснікова, А.В. Потапенко,  
О.Є. Запровальна

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

Прогнозування кардіоваскулярного ризику (КВР) та вплив на метаболічні процеси при субклінічному гіпотиреозі (СГ) є важливою проблемою сучасної терапії, оскільки призначення тільки замісної терапії левотироксином є недостатнім для запобігання розвитку кардіоваскулярних ускладнень. Стає очевидним, що пошук ефективних терапевтичних комбінацій, здатних впливати на кардіометаболічні показники у пацієнтів СГ в поєднанні з неалкогольним стеатозом печінки (НАСЗП), дозволило знизити КВР.

**Мета** – оцінка кардіометаболічних показників на тлі замісної та гіполідемічної терапії у хворих на СГ в поєднанні з НАСЗП.

**Матеріал і методи.** У дослідження було включено 67 пацієнтів із СГ, які були розділені на 3 групи залежно від варіантів терапії: 1-ша група ( $n=20$ ) отримувала левотироксин (25–100 мкг/добу); 2-га група ( $n=18$ ) – комбінацію левотироксину та розувастатину 10 мг/добу; 3-тя група ( $n=19$ ) – комплексне лікування у складі левотироксину, розувастатину та Бетаргіну – Б (30 мл/добу). Групу контролю становили 20 здорових осіб.

Стан і ступінь пошкодження судинного ендотелію оцінювали шляхом підрахунку кількості циркулююваних десквамованих клітин ендотелію (ЦДКЕ) в крові за методом J. Nladovec в модифікації J. Rajes і співавт. Також оцінювались васкулоендотеліальний фактор (ВЕФ), стан вуглеводного, ліпідного обміну та показники функціонального стану печінки.