

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

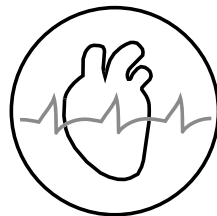
Матеріали XXII Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 21–24 вересня 2021 р.)

Головний редактор: О.М. Пархоменко

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

Том 28 Додаток 1 2021



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2021

Конкретну причину вторинної гіпертензії можна виявити у 5–10 % пацієнтів з АГ. Найпоширенішими типами вторинної гіпертензії у дорослих є паренхіматозні захворювання нирок, реноваскулярна гіпертензія, первинний альдостеронізм, хронічне нічне апное та АГ, індукована специфічними речовинами/ліками.

Для більшості пацієнтів із додіалізною ХХН, цільовий показник САТ < 120 мм рт. ст. Для реципієнтів трансплантованої нирки цільовий показник САТ < 130 мм рт. ст., ДАТ < 80 мм рт. ст.

Клінічний випадок 1: чоловік, 56 років, з недиагностованою гіпертензивною нефропатією.

Клінічний випадок 2: чоловік, 67 років, у якого на тлі недиагностованого гіпертензивного ураження нирок трапився випадок гострого ураження нирок на тлі гострого інтерстиціального нефриту.

Ці чоловіки тривалий час мали хронічну хворобу нирок на тлі артеріальної гіпертензії, проте навіть не підозрювали про це.

Клінічний випадок 3: молодий чоловік, 25 років із хронічним гломерулонефритом з дитинства, звернувся зі скаргами на підвищений артеріальний тиск.

Клінічний випадок 4: пацієнтка 42 років з реноваскулярною гіпертензією.

Фактори ризику і способи впливу на масковану неконтрольовану гіпертензію

А.С. Шалімова^{1,2}, Г.С. Ісаєва²,
О.О. Буряковська², М.М. Вовченко²

¹ Харківський національний медичний університет

² ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», Харків

Як зазначено в сучасних рекомендаціях з діагностики і лікування артеріальної гіпертензії (АГ) (ESH/ESC Guidelines 2018, ISH Guidelines 2020), ефективність антигіпертензивної терапії переважно оцінюється за досягненням цільових рівнів офісного артеріального тиску (АТ). Проте наявність маскованої неконтрольованої артеріальної гіпертензії (МНАГ) сприяє збільшенню ризику серцево-судинних подій і тому заслуговує своєчасної діагностики та корекції.

Мета – вивчити поширеність і фактори ризику МНАГ, встановити як прийом фіксованих комбінацій може вплинути на контроль офісного та позаофісного АТ.

Матеріали і методи. Обстежено 70 пацієнтів з АГ 1–2-го ступеня. Первинна оцінка ефективності антигіпертензивної терапії проводилася через 3 місяці після її призначення. Серед 70 пацієнтів, першочергово включених у дослідження, у 63 вдалося досягти первинної точки зниження офісного АТ (< 140/90 мм рт. ст., відповідно до ISH Guidelines 2020). Пацієнтам, які досягли первинної точки зниження офісного АТ, було додатково проведено добове моніторування АТ для виявлення можливої МНАГ.

Результати. Було встановлено, що серед 63 пацієнтів, у яких АГ контролювалася за даними офісного АТ, 37 пацієнтів (58,7 %) мали недостатній контроль АТ згідно з даними добового моніторування АТ, тобто мали МНАГ. Серед пацієнтів з недостатнім контролем позаофісного АТ було достовірно більше пацієнтів з порушеннями циркадного ритму ($p < 0,001$ і $p < 0,01$ для систолічного і діастолічного АТ, відповідно). Оцінка можливих факторів розвитку МНАГ в цій групі пацієнтів показала, що похилий вік мав місце у 29 (78,4 %) пацієнтів з МНАГ, чоловіча стать – у 22 (59,5 %) пацієнтів, паління – у 26 (70,3 %) пацієнтів, стрес – у 29 (78,4 %) пацієнтів, різні порушення сну – у 17 (45,9 %) пацієнтів, цукровий діабет – у 21 (56,8 %) пацієнта, ожиріння – у 25 (67,6 %) пацієнтів, інсулінорезистентність – у 27 (73 %) пацієнтів, хронічна хвороба нирок – у 13 (35,1 %) пацієнтів. Аналіз терапії пацієнтів показав, що з 37 пацієнтів з МНАГ 7 пацієнтів отримували монотерапію (ІАПФ або сартан), 9 пацієнтів отримували вільні подвійні комбінації (ІАПФ/сартан + антагоніст кальцію / діуретик) і 21 пацієнт – фіксовані подвійні комбінації. Відповідно до ESH/ESC Guidelines 2018, пацієнтам з МНАГ була посилена антигіпертензивна терапія: ті пацієнти, які раніше отримували монотерапію або вільні комбінації, були переведені на подвійні фіксовані комбінації (ІАПФ/сартан + антагоніст кальцію / діуретик), в яких обидва препарати діяли протягом доби, а ті пацієнти з МНАГ, які отримували подвійні фіксовані комбінації – на потрійні фіксовані комбінації. Оцінка антигіпертензивної терапії через 3 місяці показала, що серед 37 пацієнтів з першочергово встановленою МНАГ повний контроль АТ вдалося досягти у 32 (86,5 %) пацієнтів (у решти 5 пацієнтів, незважаючи на достатній контроль офісного АТ, зберігалася МНАГ за даними добового моніторування АТ).

Висновки. При недостатньому контролі позаофісного АТ частіше зустрічаються різні порушення циркадного ритму (з переважанням ритму non-dipper), ніж при повному контролі АТ. МНАГ асоційована з такими факторами ризику, як літній вік, чоловіча стать, паління, стреси, порушення сну, цукровий діабет, ожиріння, інсулінорезистентність та хронічна хвороба нирок. Посилення антигіпертензивної терапії сприяло досягненню як офісного, так і позаофісного АТ у 86,5 % пацієнтів з раніше встановленою МНАГ.

Особливості поширеності ізольованої систолічної артеріальної гіпертензії на Криворіжжі

С.О. Шейко, А.М. Василенко, В.А. Василенко

Дніпровський державний медичний університет

Криворіжжя є регіоном надзвичайного екологічного стану. Йдеться про негативний вплив промисловості міста на екологію регіону. Зокрема, за кількістю викидів шкідливих речовин в атмосферу місто Кривий Ріг вже

десять років перебуває вгорі відповідних рейтингів. За останні 5 років майже втричі збільшилась захворюваність населення онкологічними хворобами, прогресивно зростає захворюваність серцево-судинної системи, особливо у людей похилого віку. Тому дуже цікавим є питання вивчення поширеності артеріальної гіпертензії, а саме ізольованої артеріальної гіпертензії (ІСАГ) серед людей похилого віку даного регіону.

Мета – вивчення поширеності ізольованої артеріальної гіпертензії серед людей похилого віку Криворіжжя.

Матеріали і методи. В Криворізькому регіоні здійснено ретроспективний аналіз статистичних даних лікувальних закладів міста Кривого Рогу за 2019 рік. Попередньо проаналізовано поширеність хвороб системи кровообігу та артеріальної гіпертензії (АГ). В ході аналізу з'ясувалось, що поширеність хвороб системи кровообігу у місті на 10 тисяч населення становила 7312,85, а захворюваність – 560,02. Поширеність АГ серед різних вікових груп у місті становила 3390,22 на 10 тисяч, а захворюваність – 208,72 на 10 тисяч населення міста. Наступний етап дослідження передбачав проведення ретроспективного аналізу 982 амбулаторних карток пацієнтів з артеріальною гіпертензією віком від 25 до 74 років, відбір пацієнтів з АГ, ІСАГ та підтвердження діагнозу ізольованої систолічної АГ. Керувались рекомендаціями Європейського товариства з АГ та Європейського товариства кардіологів (2018) Пацієнтам похилого віку з ІСАГ проводили такі дослідження: вимірювання маси тіла та зросту, офісних рівнів систолічного артеріального тиску (САТ), діастолічного артеріального тиску (ДАТ) та ЧСС, добове моніторування АТ, біохімічне дослідження крові (рівні калію, натрію, креатиніну, сечової кислоти, АЛТ, АСТ, білірубину, глюкози, загального холестерину, тригліцеридів, холестерину високої та низької щільності сироватки крові), електрокардіографію. Статистичну обробку даних дослідження проводили з використанням методів непараметричного аналізу за допомогою пакета програм Statistica v. 6.1 (серійний № AGAR909E415822FA).

Результати. Результати дослідження вказують на значну (32,4 %) поширеність АГ серед пацієнтів КНП «ЦПМСД № 2» Криворізької міської ради. Але при індивідуальному вибіркового опитуванні та обстеженні хворих, які звертались до центру з іншого приводу, АГ додатково була діагностована ще у 17 % пацієнтів.

В ході ретроспективного аналізу 982 амбулаторних карток пацієнтів з АГ віком від 25 до 74 років виявилось, що групу хворих молодого (25–44 роки) віку була 49 (5,0 %) пацієнтів, а середнього (45–60 років) віку – 332 (33,8 %) хворих. Решту 601 (61,2 %) пацієнт з АГ представив групу похилого (61–75 років) віку.

Привертає увагу значний відсоток з ізольованою систолічною артеріальною гіпертензією серед усіх хворих з АГ – 344 пацієнта (35,0 %). Віковий розподіл хворих з ІСАГ представлено на рисунку 16. Серед пацієнтів молодого, середнього та похилого віку було відповідно 12 (3,5 %), 118 (34,3 %) та 214 (62,2 %) хворих. Доведено, що

зі зростанням віку захворюваність літніх пацієнтів як з АГ, так й з ІСАГ була достовірно вищою, порівняно з такою серед пацієнтів молодого та середнього віку ($p < 0,001$).

Висновки. 1. Поширеність ізольованої систолічної артеріальної гіпертензії серед пацієнтів похилого віку Криворіжжя з АГ становить 35,6 %. 2. Поширеність ІСАГ у літніх пацієнтів Криворіжжя серед усіх вікових категорій становить 62,2 %, що обумовлено віковими змінами, наявністю значного відсотку факторів ризику та несприятливим впливом екологічних чинників.

Артеріальна гіпертензія після інфаркту міокарда. Чому артеріальний тиск контролюється недостатньо?

А.В. Ягенський, М.М. Павелко

КП «Луцька міська клінічна лікарня»

Артеріальна гіпертензія (АГ) є основним фактором ризику (ФР) розвитку хвороб системи кровообігу. Але у наш час недостатньо з'ясованим залишається питання поширеності, ефективності та прихильності до лікування АГ у пацієнтів у різні терміни після інфаркту міокарда (ІМ), прогностичного значення АГ у пацієнтів у віддалений період після ІМ.

Мета – виявлення чинників, що впливають на якість лікування артеріальної гіпертензії та прогностичний вплив її контролю у віддалений період після перенесеного інфаркту міокарда.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось у два етапи. Перший етап – оцінка якості вторинної профілактики у віддалений період після перенесеного ІМ, другий етап – проспективне спостереження. До першого етапу були включені 265 пацієнтів після перенесеного ІМ (середній вік $(65,0 \pm 9,8)$ років, 68,3 % чоловіків), відібраних шляхом рандомізації із 894 пацієнтів, які проходили лікування з приводу гострого ІМ у стаціонарі Луцької міської клінічної лікарні у 2007–2012 рр. Середній час від перенесеного ІМ до включення у дослідження становив $(2,3 \pm 1,9)$ років. Оцінка якості вторинної профілактики проводилась шляхом аналізу результатів анкетування, вимірювання антропометричних показників, АТ і ЧСС, а також визначення показників ліпідного обміну, рівня креатиніну та глюкози венозної крові. Всі обстеження, окрім лабораторних та інструментальних, проводились у домашніх умовах медичними сестрами, які пройшли спеціальну підготовку. Другим етапом дослідження була оцінка прогнозу. До вказаних вище 265 пацієнтів додатково були включені 308 пацієнтів, які лікувались з приводу ІМ в Луцькій міській клінічній лікарні у 2000–2006 роках і за подібною методикою були відібрані для оцінки стану вторинної профілактики. Таким чином, проспек-