

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXI Національного конгресу кардіологів України

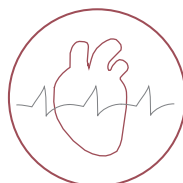
(Київ, 22—25 вересня 2020 р.)

- гострий інфаркт міокарда
- дисліпідемії
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- інтервенційна кардіологія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія та реабілітація
- кардіо-онкологія
- медико-соціальні аспекти кардіології

Том Додаток

27 2

2020



www.ucardioj.com.ua



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 XXI Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 22–25 вересня 2020 р.)

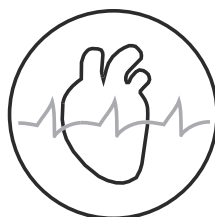
Головний редактор: О.М. Пархоменко

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
2

2020



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2020

Зміст

ТЕЗИ НАУКОВИХ ДОПОВІДЕЙ

Артеріальна гіпертензія	4
Симптоматичні артеріальні гіпертензії	9
Хронічна ішемічна хвороба серця	20
Кардіометаболічний ризик	37
Гострий коронарний синдром та невідкладні стани	50
Інфаркт міокарда та відновлювальне лікування	67
Некоронарогенні захворювання серця	72
Аритмії серця	77
Серцева недостатність	98
Різні проблеми кардіології	106
Алфавітний показник авторів тез	107

Контроль гіпертрофії міокарда у хворих на гіпертонічну хворобу: акцент на комбіновану антигіпертензивну терапію

В. А. Хомазюк

Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, Київ

Ключова позиція гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) серця і обумовлених нею ускладнень у перебігу гіпертонічної хвороби (ГХ) визначає актуальність її контролю і регресу для оптимізації лікування хворих на ГХ. Згідно з сучасними європейськими стандартами комбінована антигіпертензивна терапія рекомендована вже на початковому етапі лікування хворих з м'якою артеріальною гіпертензією. Комбінація інгібітора ангіотензинперетворювального ферменту і блокатора кальцієвих каналів вважається однією з найбільш ефективних, має значний кардіопротекторний потенціал.

Мета – визначити і оцінити можливості регресу ГЛШ у хворих з м'якою артеріальною гіпертензією під впливом комбінованого застосування інгібітора ангіотензинперетворювального ферменту лізіноприлу з дигідропіридиновим блокатором кальцієвих каналів амлодипіном.

Матеріали і методи. Обстежено 83 хворих на ГХ 1-го і 2-го ступеня в динаміці лікування протягом року. Хворі були рандомізовані на 2 групи, відповідні за віком, статтю і ступенем ГХ. У 48 з них застосовано комбінацію лізіноприлу 10 мг / амлодипіну 5 мг (група 1) і у 35 хворих – монотерапію лізіноприлом 10 мг (група 2). На початку і в динаміці лікування проведено клінічне обстеження, вимірювання офісного артеріального тиску (АТ), електрокардіографію, ехокардіографію в М-, В-режимах та доплерокардіографію за стандартними протоколами. У всіх обстежених була ГЛШ за даними ехокардіографії, індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) >115 г/м². Критеріями регресу ГЛШ вважали зменшення ІММЛШ на величину стандартного відхилення від середнього значення на початку лікування.

Результати. Антигіпертензивний ефект був стабільним після чотирьох тижнів і при тривалому лікуванні досягнув в групі 1 для систолічного АТ 36,2 мм рт. ст. і 20,6 мм рт. ст. для діастолічного АТ, що перевищило дані в групі монотерапії у два рази. Цільового рівня АТ досягли 79,1 % хворих групи 1 проти 57,1 % в групі 2. Якщо АТ був вище 140/90 мм рт. ст. після чотирьох тижнів лікування, призначену дозу лізіноприлу збільшували до 20 мг. Після титрування дози хворим групи 1 рекомендували прийом фіксованої комбінації в одній таблетці. На фоні досягнення і підтримання антигіпертензивного ефекту встановлено достовірне зменшення маси і товщини міокарда, що відбувалось після кількох місяців. У групі 1 маса міокарда лівого шлуночка зменшилась на 38,9 г (11,2 %) при даних в групі 2 – 31,8 г (8,8 %), відповідні зміни ІММЛШ були 18,7 г/м² (9,9 %) і 15 г/м² (8,7 %). Різниця між показниками товщини задньої стінки лівого шлуночка і міжшлуночкової перетинки в динаміці лікування в групі 1 були 0,5 і 0,7 мм (5,6 %), в групі 2 – 0,3 і 0,6 мм (4,9 %). При цьому відбулось також покращення діастолічної функції. Відношення максимальної швидкості раннього і пізнього наповнення лівого шлуночка збільшилось на 0,22 ум. од. (20,4 %), час ізоволюметричного розслаблення скоротився на 13,6 мс (13,1 %) при даних в групі 2 – 0,12 ум. од. (11 %) і 10,8 мс (9,5 %) відповідно. Впродовж періоду спостереження в обох групах зберігалась досить висока прихильність до лікування, цьому сприяли стабільний ефект, зручний однократний прийом, застосування фіксованої комбінації в одній таблетці.

Висновки. Можливості досягти антигіпертензивного ефекту на основі комбінації лізіноприлу/амлодипіну у два рази вище, ніж для монотерапії лізіноприлом. Тривале застосування комбінації демонструє більш виражений відносно монотерапії регрес ГЛШ та покращення діастолічної функції. Включення до складу комбінації антигіпертензивних препаратів із взаємопідсилювальною дією поширює можливості оптимізації лікування хворих на ГХ, а застосування фіксованих комбінацій в одній таблетці дозволяє зберегти прихильність хворих до лікування.