

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

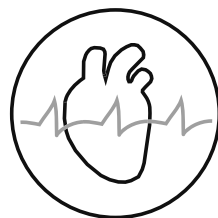
Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(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

вказує підвищення рівня NT-pro BNP. Також необхідно відзначити, що концентрація ST2-рецептора у хворих не залежить від етіології серцевої недостатності, віку та маси тіла, що підвищує надійність його визначення в клінічній практиці. Зміни рівня ST2 у хворих після ортотопічної трансплантації серця можуть бути потенційно корисними для виявлення гострого клітинного відторгнення, а також для контролю курсу лікування відторгнення.

Висновки. ST2 є одним з найбільш перспективних діагностичних маркерів розвитку і тяжкості перебігу серцевої недостатності, а також ризику смерті у хворих на серцево-судинні захворювання. ST2 експресується в кардіоміоцитах у відповідь на патологічні процеси і різні механічні пошкодження в серці, що дозволяє діагностувати серцево-судинні захворювання ще до клінічних проявів. Вимір рівня ST2 при трансплантації серця може мати діагностичне та прогностичне значення при оцінці стану трансплантата і ризику розвитку відторгнення.

Фенотипи хронічної серцевої недостатності у хворих на ішемічну хворобу серця з коморбідним хронічним обструктивним захворюванням легень

В.А. Потабашній

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
Кривий Ріг

У клінічній практиці часто зустрічаються хворі з коморбідним станом – ішемічною хворобою серця (ІХС) і хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), які на заключній ланці кардіопульмонального континууму страждають на хронічну серцеву недостатність (ХСН). У сучасних міжнародних і національних керівництвах з ХСН підкреслюється, що у хворих з легеневою патологією формується ХСН зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ФВлш). Питання щодо інших фенотипів ХСН при коморбідності ІХС і ХОЗЛ залишається не з'ясованим.

Мета – вивчити спектр фенотипів ХСН у пацієнтів з коморбідністю ІХС і ХОЗЛ.

Матеріал і методи. Критерії включення: наявність симптомів і ознак ІХС, ХСН, ХОЗЛ, ішемії міокарда на ЕКГ спокою, при амбулаторному моніторингу ЕКГ, перенесений інфаркт міокарда, якісна ехокардіографічна (ЕхоКГ) візуалізація серця. Діагностику стабільної ІХС проводили згідно з Наказом МОЗ України № 152 від 02.03.2016 року; діагностику ХСН – за рекомендаціями Асоціації кардіологів України 2017 року з визначенням

стадії, варіанту, функціонального класу (ФК) NYHA, а також типу ХСН (лівошлуночковий [ЛШ], правошлуночковий [ПШ], бівентрикулярний) і Фремінгемських критеріїв. Діагностику ХОЗЛ виконували відповідно до наказу МОЗ України № 555 від 19.03.2013 року та керівництва GOLD 2017 року. ЕхоКГ і ДЕхоКГ виконували на апараті «Sonos-1000» фірми Hewlett Packard за стандартною методикою. Математико-статистичний аналіз результатів дослідження проводили за допомогою ліцензійної програми Statistica (версія 6.1).

Результати. Основні групи розподілено на 4 клініко-гемодинамічні підгрупи: А – 78 (24,4 %) хворих на ХСН І стадії ЛШ-типу з домінуючою клінікою ІХС і супутнім ХОЗЛ GOLD 2–3-го ступеня (51 [24,8 %] у 1-й групі; 27 [23,7 %] у 2-й групі); В – 107 (33,4 %) хворих на ХСН II-A стадії ЛШ-типу з переважною клінікою ІХС і супутнім ХОЗЛ GOLD 3-го ступеня (77 [37,4 %] у 1-й групі; 30 [26,3 %] у 2-й групі); С – 74 (23,1 %) хворі на ХСН ПШ-типу з домінуючим ХОЗЛ GOLD 4-го ступеня (38 [18,4 %] у 1-й групі; 36 [31,6 %] у 2-й групі); D – 61 (19,1 %) хворий на ХСН II-B стадії без переважання ІХС або ХОЗЛ (40 [19,4 %] у 1-й групі; 21 [18,4 %] у 2-й групі). У рейтингу рівнів ФВлш при ХСН у хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ перше місце (32,1 %) займала ФВ у межах 49–41 %, друге (27,1 %) – в межах 40–26 %, третє (22,5 %) – 54–50 %, четверте (10,3 %) – нижче 25 %, п'яте (8,0 %) – вище 55 %. 30,5 % хворих на ХСН, зумовлену поєднанням ІХС з ХОЗЛ, мали збережену ФВлш (понад 50 %), але більшість (69,5 %) – знижену ФВлш. Рівня ФВ більше 50 % у всіх випадках відповідав концентричний тип ремоделювання (КТ) ЛШ. У 75,1 % випадків ФВлш у межах 49–41 % супроводжувалася КТ ремоделюванням ЛШ. Але протилежна залежність з'являлася при ФВлш у межах 40–26 %, коли ХСН виключно супроводжувалася ексцентричним типом ремоделювання (ЕТ) ЛШ, особливо з вираженою його дилатацією (ДТ). ФВлш ≤ 25 % відповідав виключно ЕТ ремоделювання ЛШ з вираженою дилатацією. Отримані результати дають підставу стверджувати, що між профілем ремоделювання ЛШ і ФВлш при ХСН у хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ існує закономірний взаємний зв'язок. Аналіз скоротливої здатності ПШ за систолічним скороченням площі ПШ показав, що в основних групах цей показник достовірно знижувався порівняно з контролем.

Висновки. 1. У пацієнтів з ІХС у поєднанні з ХОЗЛ можна виокремити декілька фенотипів ХСН: зі збереженою ФВлш без суттєвого залучення ПШ; зі збереженою ФВлш і правосторонньою ХСН; зі збереженою ФВлш і дисфункцією ПШ, а також зі зниженою ФВлш і правосторонньою ХСН. 2. Отримані результати є клініко-патофізіологічним базисом для розробки напрямків раціональної фармакотерапії фенотипів ХСН у пацієнтів з ІХС у поєднанні з ХОЗЛ.