

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXII Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 21—24 вересня 2021 р.)

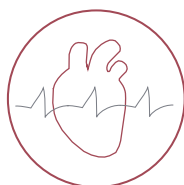
- гострий інфаркт міокарда
- дисліпідемії
- атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- артеріальна гіпертензія
- легенева гіпертензія
- інтервенційна кардіологія
- некоронарні захворювання міокарда
- аритмії та раптова серцева смерть
- гостра та хронічна серцева недостатність
- профілактична кардіологія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

Том Додаток

28

1

2021



www.ucardioj.com.ua

log-rank тест ($p=0,378$). Багатофакторна модель регресійного аналізу пропорційних ризиків Коксу ($p=0,0014$) включала такі фактори, як вік старше 66 років (ВР 1,13; 95 % ДІ 1,0230–1,2555; $p=0,0172$), масу тіла понад 82 кг (ВР 1,065; 95 % ДІ 1,0043–1,1301; $p=0,036$), індекс ТЕІ LV понад 0,52 ум. од. (ВР 30,69; 95 % ДІ 1,3441–711,5572; $p=0,033$), піковий градієнт тиску на мітральному клапані понад 1,9 мм рт. ст. (ВР 1,22, 95 % ДІ 1,0210–1,4470; $p=0,029$), максимальну швидкість потоку в аорті понад 98 см/с (ВР 1,008; 95 % ДІ 1,0009–1,0155; $p=0,0014$), та пов'язана зі збільшенням відносного ризику несприятливих серцево-судинних подій у пацієнтів із ХСН ішемічного походження, незалежно від статі, швидкості клубочкової фільтрації та пошкодження каналцевого інтерстицію.

Висновки. Незалежними факторами ризику несприятливих серцево-судинних подій у пацієнтів із ХСН є вік, маса тіла, індекс ТЕІ LV, піковий градієнт тиску МК та максимальна швидкість потоку (V_{ao}) в аорті.

Когнітивна функція, якість життя, депресія та прихильність до терапії у пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю та зниженою фракцією викиду з діабетом 2-го типу та без нього

Н.А.Ткач, А.В. Ляшенко, Л.Г. Воронков

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

Відомо, що в пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) когнітивні порушення (КП) та депресія пов'язані зі зниженням якості життя (ЯЖ) та поганою прихильністю до терапії. Але вплив супутнього цукрового діабету 2-го типу (ЦД 2) на когнітивну функцію (КФ), рівень депресії та прихильність до терапії у цих пацієнтів досі нез'ясований.

Мета – оцінити вплив ЦД 2 на КП, ЯЖ, депресію та прихильність до терапії при ХСН зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ).

Матеріали і методи. Обстежено 124 стабільних хворих на ХСН зі зниженою (< 40 %) ФВ ЛШ та синусовим ритмом у віці від 40 до 75 років, NYHA II–IV. Серед них ЦД 2 спостерігався у 46 пацієнтів (38,7 %). Оцінювали стан психічного статусу за шкалою MMSE (Mini Mental State Examination); шкалу тривоги та депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale); показники якості життя за допомогою Міннесотської анкети (MLHFQ (The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire)); прихильність пацієнтів до лікування, за допомогою анкети Моріскі – Гріна. КП визначали при MMSE ≤ 26 балів. Аналіз проводили за допомогою програми Statistica для Windows. Випуск 12.0.

Результати. Групи з ЦД 2 та без нього достовірно не відрізнялися за віком, ФВ ЛШ (28 % та 30 % відповідно, $p=0,12$) та часткою пацієнтів з NYHA III–IV (67,7 % та 73,2 % відповідно, $p=0,33$).

Таблиця. Показники бальної оцінки когнітивної функції, депресії та прихильності до терапії у пацієнтів з ХСН зі зниженою ФВ ЛШ з ЦД 2 та без нього

Параметр	Хворі без ЦД I гр. (n=76)		Хворі з ЦД II гр. (n=48)		p
	Me	(IQ; UQ)	Me	(IQ; UQ)	
1	2	3	4	5	6
MMSE, бали	26	25; 27	26	24; 26	0,07
Сума балів за анкетною MLHFQ	51,5	32,0; 64,0	50	42,5; 68,0	0,29
Сума балів за анкетною HADS депресія	6	3; 8	7	3; 10	0,29
Бали за анкетною Моріскі–Гріна	3	2; 4	3	2; 3	0,23

Висновки. Ми не виявили суттєвих відмінностей у КФ, ЯЖ, оцінці депресії та прихильності до терапії у хворих на ХСН зі зниженою ФВ ЛШ з ЦД 2 та без нього. Тому можна припустити, що ХСН зі зниженою ФВ ЛШ, але не супутній ЦД 2, відіграє визначальну роль у КП, зменшенні ЯЖ, порушенні прихильності до терапії та депресії у цих пацієнтів.

Річна динаміка змін функції нирок у пацієнтів похилого віку із хронічною серцевою недостатністю на фоні артеріальної гіпертензії під впливом лікування

О.О. Ханюков, О.В. Смольянова

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро

Мета – визначити та оцінити показники функції нирок у пацієнтів похилого віку з хронічною серцевою недостатністю на фоні артеріальної гіпертензії під впливом лікування валсартаном або раміприлом.

Матеріали і методи. У проспективне дослідження було включено 92 хворих похилого віку з хронічною серцевою недостатністю на фоні артеріальної гіпертензії та зниженої функції нирок, які були рандомізовані у 2 групи. Хворі обох груп отримували терапію відповідно до чинних протоколів лікування і відрізнялися тільки за обраним лікарським засобом, що впливає на ренін-ангіотензин-альдостеронову систему. До основної групи (група валсартану) увійшло 49 пацієнтів (чоловіки – 17 (35 %), середній вік – 65 [62; 68]), до групи порівняння (група раміприлу) – 44 пацієнта (чоловіки – 18 (40,9 %), серед-

ній вік – 64 [62; 68]). Контрольна група – 15 хворих (чоловіки – 6 (40 %), середній вік – 65 [62; 69]). Групи були зіставні за тривалістю артеріальної гіпертензії, рівнем систолічного та діастолічного тиску, ЧСС, індексом маси тіла, дистанцією, що пройдено під час тесту з 6-хвилинною ходьбою, рівнем холестерину, фракцією викиду, індексом маси міокарда лівого шлуночка, а також коморбідною патологією (анемія, ХОЗЛ, фібриляція передсердь, виразкова хвороба, захворювання печінки, захворювання кістково-суглобового апарату, що потребувало прийому нестероїдних протизапальних засобів) та прихильністю до лікування. Під час надходження до стаціонару, через 6 місяців, через 12 місяців усім хворим проводили оцінку рівня креатиніну з наступним розрахунком швидкості клубочкової фільтрації за формулою Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (ШКФ ЕРІ), визначення протеїнурії/альбумінурії у добовій сечі. Також визначалася частка хворих, що мали ШКФ ЕРІ менше ніж 60 мл/хв/1,73 м², та хворих з швидким прогресуванням зниження ШКФ (більш ніж 5 мл/рік).

Результати. Під час першого обстеження показники функції нирок були такими (тут і далі: перше значення – основна група, друге – група порівняння): креатинін, мкмоль/л, – 94 [88; 101] та 92 [88; 97]; ШКФ ЕРІ, мл/хв/1,73 м², – 60,7 [53,3; 66] та 61,8 [57,1; 70,2]; кількість хворих з ШКФ ЕРІ менш за 60 мл/хв/1,73 м² – 23 (46,9 %) та 19 (43,2 %). Через 6 місяців отримано такі результати: креатинін, мкмоль/л, – 83 [78; 90] та 86 [81; 89]; ШКФ ЕРІ, мл/хв/1,73 м², – 68,2 [57,8; 79,6] та 68,8 [59,9; 77,8]; кількість хворих з ШКФ ЕРІ менш за 60 мл/хв/1,73 м² – 14 (28,6 %) та 13 (29,6 %). Через 12 місяців виявлено такі показники: креатинін, мкмоль/л, – 86 [81; 94] та 90 [86; 96]; ШКФ ЕРІ, мл/хв/1,73 м², – 63,7 [54,9; 74,6] та 64,5 [58,2; 74,3]; кількість хворих з ШКФ ЕРІ менш за 60 мл/хв/1,73 м² – 16 (32,7 %) та 17 (38,6 %). Швидке прогресування зниження рівня клубочкової фільтрації мали 5 (10,2 %) та 7 (15,9 %) пацієнтів першої та другої групи відповідно. Зміни ШКФ ЕРІ між першим та другим візитом складалистановили 7,7 [4,6; 11,2] та 6,6 [2,9; 7,9], між першим і третім візитом – 4,4 [0,2; 7,8] та 2,4 [-3; 4,7] у першій та другій групах відповідно. Під час другого та третього візитів обидві групи не відрізнялися за показником креатиніну ($p=0,36$ – під час другого, $p=0,06$ – під час третього), ШКФ ЕРІ ($p=0,95$ – під час другого, $p=0,91$ – під час третього), кількістю хворих з ШКФ ЕРІ менш за 60 мл/хв/1,73 м² ($p=0,92$ – під час другого, $p=0,55$ – під час третього). Проте відзначалась статистично значуща різниця у розмірі змін ШКФ між першим та другим візитом ($p=0,034$) та другим та третім візитом ($p=0,046$). При порівнянні груп за кількості хворих з швидким прогресуванням зниження рівня клубочкової фільтрації через 12 місяців різниці виявлено не було ($p=0,87$).

Висновки. При порівнянні показників ниркової функції через 6 та 12 місяців після рандомізації було

виявлено покращення в основній групі та групі порівняння. Достовірної різниці між групами за рівнем креатиніну, ШКФ ЕРІ, за кількістю хворих з ШКФ ЕРІ менш за 60 мл/хв/1,73 м², кількістю хворих з швидким прогресуванням зниження рівню клубочкової фільтрації виявлено не було. Однак відзначалась статистично значуща різниця ШКФ ЕРІ між першим та другим і другим та третім візитом з більш вираженими змінами в основній групі. Переносимість лікування в основній групі була кращою, ніж у групі порівняння.

До питання прогнозу серцевої недостатності у хворих із зниженою фракцією викиду лівого шлуночка та хронічною хворобою нирок

С.Ю. Чужак, С.В. Федоров, Н.З. Позур

Івано-Франківський національний медичний університет

Хронічна серцева недостатність (ХСН) – актуальна клінічна проблема, що зумовлено її прогресивним перебігом, незадовільною якістю життя та несприятливим прогнозом для пацієнтів [2, 16]. Характерною ознакою ХСН є висока частота коморбідних станів, зокрема ниркової дисфункції (НД), тобто зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) понад 60 мл/(хв·1,73 м²), асоційованої з гіршим клінічним прогнозом [Воронков Л.Г., 2018]. Складний гемодинамічний і нейрогормональний зв'язок між серцем і нирками є передумовою кардіоренального та ренокардіального синдромів. Підвищена смертність при ХХН і погіршенні функції нирок краще вивчені при ХСН зі зниженою фракцією викиду ЛШ (HFrEF) < 40 % (Ronco C. Cardiorenal Syndrome in Western Countries, 2018). Проте механізми взаємообтяжувального впливу двох патологічних станів ХХН і ХСН з середнім значенням фракції викиду (HFmrEF) та із збереженим значенням фракції викиду (HFpEF) є недостатньо дослідженими. Також немає достатньої кількості переконливих даних про особливості перебігу кардіоренального та ренокардіального типів взаємодії при різних типах СН. Виявлення клінічних чинників, спряжених з НД, у хворих із ХСН зі зниженою фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ) є актуальним для пошуку способів профілактики ускладнення у цих пацієнтів [Deursen V.M., 2019]

Мета – дослідити зміни вмісту NTproBNP, ST2, hs-СРБ, трансформувального фактора росту $\beta 1$ (TGF $\beta 1$) і гомоцистеїну як маркерів прогресування хронічної серцевої недостатності у поєднанні із ХХН.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були 42 хворих (І група), віком від 35 до 78 років (середній вік становив $63,5 \pm 6,3$) років, які перебували на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні МКЛ № 1. У пацієнтів була верифікована СН із низьким значенням