

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

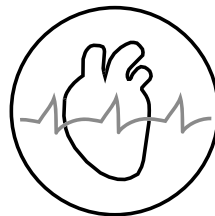
Матеріали XXII Національного конгресу кардіологів України

(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

Розроблено критерії діагностики ХСНзбФВ ЛШ у хворих з ІСАГ: наявність клінічних симптомів СН при значеннях ФВ ЛШ $> 50\%$, рівня Nt-pro BNP > 125 пг/мл, концентричного варіанта ремоделювання ЛШ, переважно концентричної ГЛШ, ДД ЛШ за типом ПР (Е/А $< 0,8$) або ПН (Е/А $> 0,8 < 2,0$) та ІОЛПмакс. > 34 мл/м².

Висновки. Провідним патогенетичним чинником виникнення ХСНзбФВ є ДД ЛШ. Спектр порушень ДФ ЛШ залежить від профілю його ремоделювання. У 66 (73 %) хворих з ІСАГ і ХСНзбФВ діагностовано ДД за типом ПР ЛШ. У 25 (27 %) хворих спостерігали порушення діастолічного наповнення за типом ПН. Визначення профілю порушень ДФ ЛШ у хворих з ІСАГ і ХСНзбФВ необхідне для подальшого проведення диференційованої медикаментозної корекції його ДД.

Формування гіпертензивного серця у пацієнтів з ізольованою систолічною артеріальною гіпертензією

С.О. Шейко, А.М. Василенко

Дніпровський державний медичний університет

Мета – вивчити структурно-функціональний стан лівого шлуночка (ЛШ) у хворих похилого віку з ізольованою систолічною артеріальною гіпертензією (ІСАГ) та хронічною серцевою недостатністю зі збереженою фракцією викиду (ХСНзб ФВ).

Матеріали і методи. У дослідження після отримання інформованої згоди залучили 134 хворих похилого віку з ІСАГ. До основної групи включили 91 пацієнта віком (71,1 \pm 3,5) року з ІСАГ, фракцією викиду (ФВ) ЛШ $> 50\%$ і рівнем NT-proBNP > 125 пг/мл. Серед них – 61 жінка (67 %) і 30 (33 %) чоловіків. Група порівняння – 43 (27 жінок і 16 чоловіків віком (70,4 \pm 3,7) року) пацієнти з ІСАГ, ФВ ЛШ $> 50\%$ і NT-proBNP < 125 пг/мл. Геометричні зміни ЛШ оцінювали, враховуючи індекс маси міокарда ЛШ і відносну товщину стінок ЛШ.

Результати. Тест 6-хвилинної ходьби проводили з кожним пацієнтом двічі з інтервалом 4–5 годин. Стан хворих, які здатні за 6 хвилин подолати 300–425 м, відповідав помірній ХСН, II функціональному класу (ФК); 150–300 м – середній ХСН, III ФК; менше ніж 150 м – тяжкій ХСН, IV ФК. З-поміж 91 пацієнта з ІСАГ і ХСНзб ФВ у 72 (79,1 %) осіб визначили II ФК ХСН, у 19 (20,9 %) – III ФК ХСН. Значення товщини задньої стінки ЛШ в діастолу (ТЗС ЛШд) зіставні у групах пацієнтів ($p=0,874$). Показник товщини задньої стінки ЛШ в систолу (ТЗС ЛШс) у хворих основної групи, зокрема при

різних ФК ХСН, вірогідно більший, ніж у групі порівняння ($p<0,001$). Значення товщини міжшлуночкової перегородки (ТМШП) і в систолу, і в діастолу у хворих на ХСНзб ФВ вірогідно перевищували такі у групі порівняння ($p<0,05$). Це пояснює більшу кількість діагностованої концентричної гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) (80,2 %) в основній групі порівняно з групою пацієнтів з ІСАГ без ХСН (41,9 %) ($p<0,001$ за χ^2). Отже, у 73 (80,2 %) хворих похилого віку на ІСАГ і ХСНзб ФВ із концентричною ГЛШ реєстрували вірогідне потовщення стінок ЛШ і в систолу, і в діастолу. У пацієнтів основної групи під час визначення ММ ЛШ в усіх випадках значення ІММЛШ перевищувало 125 г/м². У пацієнтів з ІСАГ і ХСНзб ФВ ЛШ порівняно з хворими на ІСАГ без ХСН зареєстрували достовірне збільшення маси міокарда (ММ) ЛШ ($p=0,021$). ММ ЛШ у цій групі мала тенденцію до зростання від II ФК ХСН до III ФК – від (282,3 \pm 3,9) г до (292,5 \pm 5,9) г ($p=0,307$). Отже, у хворих на ІСАГ і ХСНзб ФВ форма камери ЛШ залежить від ФК ХСН і профілю його ремоделювання. Отже, під час аналізу параметрів структури серця за допомогою традиційної доплер-ЕхоКГ у хворих на ІСАГ і ХСНзб ФВ порівняно з групою пацієнтів без ХСН виявили вірогідне збільшення ММ ЛШ, що свідчить про більш виражені ознаки ремоделювання ЛШ в основній групі. Ремодювання серця у хворих похилого віку з ІСАГ і ХСНзб ФВ представлено різними геометричними варіантами ЛШ. У хворих основної групи переважала концентрична гіпертрофія ЛШ (ГЛШ) – 73 (80,2 %) пацієнти, а у групі порівняння – концентричне ремоделювання (КР), виявлене у 25 (58,1 %) хворих ($p<0,01$ за критерієм χ^2). КР діагностували у 18 (19,8 %) пацієнтів з ІСАГ і ХСНзб ФВ. Концентричну ГЛШ визначили у 18 (41,9 %) пацієнтів групи порівняння ($p<0,01$). Гіперфункція лівого передсердя (ЛП) у пацієнтів з ІСАГ без ХСН мала компенсаторний характер. Індекс максимального об'єму ЛП (ІОЛПмакс.) у цих хворих – у межах 27–32 мл/м². Гіперфункція ЛП у пацієнтів з ІСАГ і ХСНзб ФВ супроводжується статистично значущим збільшенням ІОЛПмакс. понад 34 мл/м².

Висновки. Поширеність ІСАГ серед пацієнтів похилого віку становить 35,6 %. Формування гіпертензивного серця в пацієнтів з ІСАГ і ХСНзб ФВ характеризується переважанням концентричної ГЛШ (80,2 %) та гіперфункцією ЛП. Суттєве збільшення об'ємів ЛП свідчить про збільшення його внеску в наповнення ЛШ з формуванням діастолічної дисфункції ЛШ. Наявність концентричної ГЛШ і збільшення ІОЛПмакс. ≥ 34 мл/м² – критерій виявлення осіб високого та дуже високого ризику серед пацієнтів похилого віку з ІСАГ і ХСНзб ФВ.