

За час 6-місячного спостереження у 21 з 93 пацієнтів відбулася декомпенсація ХСН (23% (95% ДІ 15–32%)). Кількість хворих з ФП була статистично вірогідно більшою у групі з декомпенсацією ХСН (38% (95% ДІ 21–59%)) проти 6% (95% ДІ 2–13%),  $p < 0,01$ , і подія мала відносно сильний зв'язок з наявністю ФП ( $\phi = 0,41$ ). При подальшому аналізі встановлено, що наявність досліджуваної аритмії збільшувала шанс декомпенсації ХСН у 10,46 разів (ВШ=10,46 (95% ДІ 2,74–39,91), АUC 0,66 (95% ДІ 0,56–0,76)).

**Висновки.** За результатами 6-місячного амбулаторного спостереження встановлено, що наявність постійної форми ФП неклапанного генезу у пацієнтів похилого віку з АГ та порушеною функцією нирок має відносно сильний зв'язок з декомпенсацією ХСН, статистично вірогідно збільшуючи шанс останньої у 10 разів.

### Клінічна ефективність і безпеки комбінованого препарату калію та магнію в комплексному лікуванні хворих з ІХС, порушеннями ритму серця та ХСН

О.О. Ханюков, О.С. Калашникова, Л.В. Сапожниченко, О.В. Смольянова, М.І. Яловенко

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро

Наявність хронічної ішемії міокарда сприяє розвитку порушень ритму та провідності серця, систолічної дисфункції лівого шлуночка, і, як наслідок, виникненню та прогресуванню хронічної серцевої недостатності (ХСН). Тому при виборі оптимального лікування для такої групи пацієнтів необхідно рекомендувати препарати, які, окрім антиангінальних та гемодинамічних властивостей, мають і метаболічну дію.

**Мета** – оцінити ефективність та безпеку комбінованого препарату калію та магнію у комплексному лікуванні хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС), порушеннями ритму серця та ХСН.

**Матеріали і методи.** Обстежено 80 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні в кардіологічних відділеннях чотирьох лікувально-профілактичних закладів міста Дніпро. Критерії включення у дослідження: ІХС: стенокардія напруги II – IV функціонального класу, у тому числі хворі на гострий коронарний синдром в анамнезі (інфаркт міокарда та/або нестабільну стенокардію); порушення ритму серця (суправентрикулярна (СЕ) та шлуночкова екстрасистолія (ШЕ));

ХСН II – III функціонального класу за класифікацією NYHA; вік старше 18 років; підписана інформована згода пацієнта. Всім хворим проведено стандартні клініко-лабораторні та інструментальні дослідження (електрокардіографія (ЕКГ), ехокардіографія (ЕхоКГ), добове моніторування ЕКГ).

Хворі були рандомізовані випадковим чином на 2 групи, зіставні за віком, статтю. Основна група (40 пацієнтів) на етапі стаціонарного лікування (12–14 днів) отримувала базисну терапію, яка включала: антитромбоцитарні препарати (аспірин – 100 мг на день або, при необхідності, комбінацію аспірину 100 мг та клопідогрелю 75 мг на день), бета-адреноблокатор (бісопролол – 5–10 мг на добу залежно від вихідного рівня частоти серцевих скорочень (ЧСС) та артеріального тиску (АТ) з попередньою титрацією дози), інгібітор АПФ (раміприл – 5–10 мг на добу залежно від вихідного рівня АТ), статини (розувастатин – 20 мг на добу); за необхідності були рекомендовані нітрати та діуретики. Додатково до базисного лікування було призначено комбінований препарат калію та магнію (10 мл внутрішньовенно щодня). Контрольна група (40 хворих) отримувала лише базисну терапію.

**Результати.** За результатами добового моніторування ЕКГ через 12–14 днів після лікування у хворих основної групи в порівнянні з пацієнтами групи контролю достовірно зменшилась кількість СЕ та ШЕ, а також епізодів бігеменії та кількість парних ЕС:

Показник	Основна група		Контрольна група	
	до лікування	через 12-14 днів	до лікування	через 12-14 днів
Кількість СЕ за добу	1523±142	175±46 <sup>1</sup>	1411±135	345±74 <sup>2,3</sup>
Кількість ШЕ за добу	813±95	54±12 <sup>1</sup>	905±103	184±33 <sup>2,3</sup>
Епізоди бігеменії за добу	58±15	10±2 <sup>1</sup>	53±18	18±3 <sup>2,3</sup>
Кількість парних ЕС за добу	21±6	0 <sup>1</sup>	25±8	5±2 <sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> статистично достовірна ( $p < 0,05$ ) різниця між вихідними даними та даними через 12–14 днів лікування у пацієнтів основної групи; <sup>2</sup> статистично достовірна ( $p < 0,05$ ) різниця між вихідними даними та даними через 12–14 днів лікування у пацієнтів контрольної групи; <sup>3</sup> статистично достовірна ( $p < 0,05$ ) різниця між даними через 12–14 днів лікування у пацієнтів основної та контрольної груп.

**Висновки.** У пацієнтів з ІХС, порушеннями ритму серця та ХСН, які на фоні базисної терапії додатково приймали комбінований препарат калію та магнію, спостерігалось достовірне зменшення кількості суправентрикулярних та шлуночкових екстрасистол за добу, епізодів бігеменії, кількості парних екстрасистол за даними холтеровського моніторування ЕКГ, що свідчить про антиаритмогенний ефект препарату та

дозволяє рекомендувати для використання в комплексному лікуванні даної групи хворих.

## Порушення серцевого ритму в пацієнтів з гострим коронарним синдромом без елевації ST залежно від наявності в анамнезі перенесеного інфаркту міокарда

О.О. Ханюков, О.С. Щукіна

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро

**Мета:** з'ясувати поширеність патологічних типів екстрасистолії у пацієнтів з гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST (ГКСбеST) залежно від наявності в анамнезі перенесеного інфаркту міокарда (ІМ).

**Методи дослідження.** У 50 хворих, що надійшли з діагнозом ГКСбеST у перші 72 години від початку симптомів без значної супутньої анемії, хронічної хвороби нирок, крім стандартного клініко-біохімічного обстеження було проведено холтеровське монітування ЕКГ в 1 день госпіталізації та на 6 день перебування у стаціонарі. Пацієнти були розділені на 2 групи, в залежності від наявності постінфарктного кардіосклерозу (ПІКС). Статистичний аналіз проводився за допомогою MS Excel, Statistica 6.0. Результати вважались статистично значимими при  $p < 0.05$ .

**Результати.** Групи були подібними за базовими характеристиками (табл. 1), окрім віку та більшої поширеності серцевої недостатності у пацієнтів з ПІКС. Наступним етапом аналізу даних було порівняння груп за наявністю порушень серцевого ритму за даними холтеровського монітування ЕКГ (табл. 2). У пацієнтів з ПІКС було зафіксовано тенденцію до більшої поширеності патологічних типів екстрасистолії: парних та групових надшлуночкових екстрасистол (НШЕ) та шлуночкових екстрасистол (ШЕ), як на 1й та 6й день госпіталізації. Кількість одиничних НШЕ у обох групах була у межах норми, тому не була врахована при аналізі даних.

Таблиця 1. Характеристика груп

Параметри	ГКСбеST без ПІКС	ГКСбеST з ПІКС	p
Кількість пацієнтів, n	31	19	–
Середній вік, роки	63 [56;70]	77 [64;79]	0,02
Чоловіки, n (%)	12 (38,7%)	11 (57,9%)	0,19
Артеріальна гіпертензія, n (%)	30 (96,8%)	18 (94,7%)	0,72
ФП при госпіталізації	5 (16%)	3 (15,9%)	0,97
Постійна ФП	0	1 (5,3%)	НЗ
Хронічна серцева недостатність, n (%)	7 (22,6%)	13 (68,4%)	0,0013
САТ при госпіталізації, мм рт.ст.	140 [130;170]	140 [135;155]	0,76
Killip II–III при госпіталізації, n (%)	3 (9,7%)	4 (21,1%)	0,26
ШКФ за MDRD, мл/хв/1.73 м <sup>2</sup>	66,8 [52,4; 76,4]	65 [53,1; 71,9]	0,64
Тропонін, нг/мл	0,03 [0,009; 0,054]	0,07 [0,015; 0,279]	0,011

Таблиця 2. Порушення ритму у пацієнтів з гострим коронарним синдромом залежно від наявності в анамнезі перенесеного інфаркту міокарда

Параметри	ГКСбеST без ПІКС	ГКСбеST з ПІКС	p
Парні та/або групові НШЕ, 1 день	10 (32%)	11 (58,3%)	0,08
ШЕ, 1 день	19 (60,8%)	16 (84,8%)	0,09
Парні та/або групові НШЕ, 6 день	8 (25,6%)	9 (47,7%)	0,12
ШЕ, 6 день	18 (57,6%)	13 (68,9%)	0,46

**Висновки.** У пацієнтів з ГКСбеST та ПІКС частіше зустрічались патологічні типи екстрасистолії як на 1, так і на 6 день госпіталізації. Це може свідчити про необхідність оптимізації терапії та більш ретельного спостереження (у тому числі проведення холтеровського монітування ЕКГ) за пацієнтами з ПІКС після виписки зі стаціонару.

## Вплив андрогенного статусу на перебіг серцевої недостатності у чоловіків з ішемічною хворобою серця та фібриляцією передсердь

О.О. Ханюков, О.В. Бучарський

Дніпровський державний медичний університет, Дніпро

**Мета:** встановити вплив андрогенного статусу на перебіг серцевої недостатності на тлі ішемічної хвороби серця (ІХС) та фібриляції передсердь (ФП) у чоловіків.