

Висновки. Отримані дані можуть свідчити про те, що наявність діагнозу ІХС супроводжується супутнім порушенням метаболізму кісткової тканини і формування ОП у пацієнтів старшої вікової групи. У такому разі, пацієнтам із встановленим діагнозом ІХС доцільним є проведення денситометричного дослідження, визначення ризиків переламів при наявності ОП (методика FRAX), призначення коригувальної дієти, або замісної терапії при діагностуванні остеопорозу.

Зміни фракції викиду лівого шлуночка у пацієнтів з ІХС і систолічною дисфункцією лівого шлуночка після реваскуляризації міокарда

Н.Б. Іванюк¹, О.Й. Жарінов², К.О. Міхалєв³,
О.А. Єпанчинцева¹

¹ ДУ «Інститут серця МОЗ України», Київ

² Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ

³ Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ

Мета – встановлення факторів, які дозволяють передбачити покращення систолічної функції лівого шлуночка (ЛШ) після операції аортокоронарного шунтування (АКШ) у пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) і зниженою фракцією лівого шлуночка (ФВ ЛШ).

Матеріал і методи. У зрізовому одноцентровому дослідженні проаналізували дані, отримані при обстеженні 111 пацієнтів зі стабільною ІХС, зниженою (менше 45%) фракцією викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) і клінічними проявами серцевої недостатності, послідовно відібраних для операції АКШ. Серед них було 100 (90,1%) чоловіків і 11 (9,9%) жінок, середній вік (62±8) років. Здійснювали загальноклінічне обстеження, аналізували частоту супутніх хвороб, дані лабораторних досліджень, ЕКГ, ехокардіографії, коронарографії. Медіана показника ФВ ЛШ становила 35 (квартилі 30–39)%. У 15 пацієнтів (13,5%) ФВ ЛШ була менше 25%, у 35 (31,5%) – 25–34%, у 61 (55,0%) – 35–44%. За даними коронарорентрокулографії у 27 (24,3%) пацієнтів виявили гемодинамічно значуще атеросклеротичне ураження стовбура лівої коронарної артерії (ЛКА), у 60 (54,1%) – трьох коронарних артерій (передньої міжшлуночкової та огинаючої гілок ЛКА, правої коронарної артерії) без значущого стенозу стовбура ЛКА, у 12 (10,8%) – двох (без значущого стенозу стовбура ЛКА), у 12 (10,8%) – однієї коронарної артерії (без значущого стенозу стовбура ЛКА).

Результати. У пацієнтів з ішемічною кардіоміопатією ФВ ЛШ через 6–12 місяців після операції АКШ збільшилася в середньому на 18,9%. Залежно від динаміки ФВ ЛШ через 6–12 місяців пацієнтів поділили на три групи. У першій групі (n=22) спостерігали від'ємний приріст чи відсутність динаміки ФВ ЛШ через 6–12 міс спостереження, у другій (n=58) – збільшення ФВ ЛШ на 1–19%, в третій (n=31) – збільшення ФВ ЛШ на 20 і більше%. Підвищення ФВ ЛШ після операції АКШ виявилось найбільш відчутним у пацієнтів з найнижчими вихідними показниками ФВ ЛШ (медіана по 36% в перших двох групах і 29% у третій групі), ураженням стовбура лівої коронарної артерії та клінічними проявами застійної серцевої не-

достатності. Предикторами позитивної динаміки ФВ ЛШ було також встановлення трьох і більше шунтів, а також виконання супутньої пластики трикуспідального клапана.

Висновки. Вихідні структурно-функціональні зміни пересердя і шлуночків не є протипоказанням для операції АКШ. Більше того, за умов дотримання діючих узгоджених рекомендацій щодо відбору пацієнтів для реваскуляризації вони є предикторами відчутної позитивної динаміки ФВ ЛШ.

Вплив бета-адреноблокаторів та івабрадину на віддалений прогноз у пацієнтів зі стабільною стенокардією

Т.О. Ілащук, І.В. Окіпняк, І.І. Ілащук, С.В. Широкова
ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»,
Чернівці

Матеріал і методи. Дослідження ґрунтується на результатах обстеження 120 осіб, серед яких 90 хворих із діагнозом «ІХС. Стабільна стенокардія (СС) II–III функціонального класів (ФК)», які проходили стаціонарне лікування на базі державної комунальної установи «Міська клінічна лікарня №3» м. Чернівці. Група контролю – 30 практично здорових осіб. За дизайном дослідження всіх обстежених хворих зі СС було розподілено на три групи, залежно від лікування, яке вони отримували. Так, усі пацієнти як базову терапію отримували ацетилсаліцилову кислоту (100 мг/добу), розувастатин (10–20 мг/добу), нітрати. На додаток до базової терапії пацієнти групи I отримували бісопролол у дозі 1,25–7,5, середня добова доза – (5,41±1,36) мг/добу; групи II – карведилол у дозі 6,25–12,5, середня добова доза – (9,75±1,69) мг/добу; групи III – івабрадин у дозі 5–15 (9,81±2,13) мг/добу. Розподіл за групами лікування проводили серед відібраних пацієнтів з урахуванням переносності β-адреноблокаторів (β-АБ). Так, до групи III було відібрано пацієнтів, в яких терапія β-АБ протипоказана або призначення β-АБ у максимально переносних дозах не призвело до рекомендованого при стабільній ІХС зниження частоти серцевих скорочень (ЧСС) до 60 за 1 хв і менше.

Із метою виявлення впливу на довготривалий прогноз (через 1 рік спостереження) призначеного лікування нами проаналізовані наступні показники: прихильність пацієнтів до лікування, розвиток гострого інфаркту міокарда (ГІМ) і випадків декомпенсації кровообігу, що зумовлювали необхідність госпіталізації хворого впродовж року спостереження, обчислення ймовірності досягнення пацієнтами кінцевої точки (виникнення ГІМ, розвиток нестабільної стенокардії (НС), необхідність у реваскуляризації, серцево-судинна смерть) із використанням концепції відношення шансів і виділенням вагомих складових у прогресуванні захворювання (вік пацієнта, збільшення ЧСС вище 60 уд/хв, прихильність до лікування, наявність шкідливих звичок та підвищення рівня ендотеліну-1 (Ет-1) та гомоцистеїну (Гц)).

Результати. За період спостереження в цілому по групі спостереження померло 4 пацієнти (4,44%). При спілкуванні з родичами померлих з'ясовано, що вони цілком припинили прийом усіх призначених препаратів. Аналіз даних досягнення пацієнтами досліджуваних груп кінцевих точок показав, що групи були зіставними за кількістю приступів НС та випадків серцево-судинної смерті (дані між групами досто-

вірно не відрізнялися). Щодо виникнення випадків ГІМ і потреби в ревазуляризації, то їхня кількість була достовірно нижчою в групі івабрадину. Проведено порівняльний аналіз динаміки відношення шансів OR у пацієнтів зі СС із ризиком розвитку ГІМ, ІС, потреби в ревазуляризації та серцево-судинної смерті після 12 місяців лікування. Використання моделі однофакторного регресійного аналізу дозволяє зробити висновок, що ризик досягнення пацієнтами зі стабільною ІХС кінцевої точки збільшувався з віком наступним чином – на кожні наступні 5 років після 50 приходилося зростання ризику досягнення кінцевої точки в 1,32 разу (CI: 1,09 – 2,24; $p < 0,05$). Окрім того, шанс досягнути кінцеву точку збільшувався в 2,87 разу зі зростанням ЧСС на кожні 10 уд/хв більше 60 уд/хв (CI: 1,72–4,36; $p < 0,05$), у 5,89 разу при відмові від прийому призначеного лікування (CI: 2,61–10,34; $p < 0,05$) та в 2,12 разу при наявності в пацієнта шкідливих звичок, зокрема куріння (CI: 1,18–4,32; $p < 0,05$).

Проаналізовано вплив підвищення рівня Гц та Ет-1 на досягнення пацієнтами зі СС кінцевої точки, тобто виникнення небажаних серцево-судинних подій. Виявлено, що гіпергомоцистеїнемія збільшує ризик досягнення кінцевої точки в пацієнтів зі СС – OR – 5,8 (CI: 2,31–14,57; $p < 0,05$). Аналогічна тенденція спостерігається і для рівня Ет-1: підвищення його значень призводить до зростання ризику виникнення кінцевої точки пацієнтів зі СС – OR – 8,18 (CI: 3,16–21,21; $p < 0,05$).

Висновки. Прогноз пацієнтів зі СС через 12 місяців лікування перш за все залежить від їхньої прихильності до лікування, а також від віку, частоти серцевих скорочень, наявності шкідливих звичок, а також рівня маркерів ендотеліальної дисфункції, зокрема Ет-1 та Гц.

Порівняльна ефективність і вплив бета-адреноблокаторів та івабрадину на показники варіабельності серцевого ритму у пацієнтів зі стабільною стенокардією

Т.О. Ілащук, І.В. Окіпняк, С.В. Широкова, Н.М. Малкович

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

Мета – порівняльна оцінка впливу бісопрололу, карведилолу та івабрадину на показники варіабельності серцевого ритму (BCP) у хворих із стабільною стенокардією (СС).

Матеріал і методи. В обстеженні взяли участь 90 пацієнтів із СС. Хворі отримували: аспірин (100 мг/добу), статини (10 мг/добу), нітрати ((23,56±3,27) мг/добу) та додатково бісопролол ((5,41±1,36) мг/добу) – група I, 30 хворих; карведилол ((9,75±1,69) мг/добу) – група II, 30 хворих; та івабрадин ((9,81±2,13) мг/добу) – група III, 30 хворих. Всім пацієнтам до та після проведеного лікування за допомогою холтеровського моніторингу ЕКГ проводили вивчення часових (SDNN, SDANN, rMSSD, pNN50 %) та спектральних (LF, HF, LF/HF) показників BCP.

Результати. Вивчення показників BCP загалом у обстежених пацієнтів із СС II–III ФК до початку лікування вказувало на підвищення тону симпатичної ланки вегетативної нервової системи, внаслідок чого виявлено зниження значення часових показників SDNN (на 67,34 %, $p < 0,001–0,05$), SDANN

(на 66,21 % $p < 0,001–0,05$), rMSSD (на 29,43 %, $p < 0,001–0,05$), pNN50 % (на 29,76 %, $p < 0,001–0,05$), що свідчить про порушення модулюючих компонентів вегетативної нервової системи в бік дестабілізації. При первинному обстеженні встановлено також зміни спектральних показників BCP. Зафіксоване збільшення у 1,74 разу коефіцієнта симпато-парасимпатичного балансу. При цьому виявлено достовірний прямий кореляційний зв'язок між частотою серцевих скорочень (ЧСС) і величиною коефіцієнта LF/HF ($r = 0,55$, $p < 0,05$). Встановлено також зворотний кореляційний зв'язок між ЧСС і деякими часовими показниками BCP (rMSSD ($r = -0,47$, при $p < 0,05$) та pNN50 ($r = -0,51$, при $p < 0,05$)). Отже, в усіх обстежених пацієнтів із СС при первинному огляді встановлено відхилення параметрів варіабельності серцевого ритму, визначених рекомендаціями Європейського товариства кардіологів. Регуляція ритму здійснювалася переважно на гуморально-метаболічному рівні, виявлено зниження активності парасимпатичного відділу вегетативної регуляції.

Після проведеної терапії встановлено суттєве збільшення часових показників у всіх трьох обстежених групах. На фоні прийому бісопрололу виявлено збільшення SDNN на 46,27 % ($p < 0,001–0,05$), у хворих на фоні прийому карведилолу – на 46,31% ($p < 0,001–0,05$), івабрадину – на 55,79% ($p < 0,001–0,05$) порівняно з вихідними величинами. Найкращого результату вдалося досягти у пацієнтів групи III ((99,83±8,28) мс). Зазначимо також, що спостерігалася статистично достовірна різниця цього показника після проведеного лікування між групами хворих, які отримували карведилол та івабрадин (81,56±7,32 порівняно з 99,83±8,28, $p < 0,001–0,05$).

При аналізі спектральних показників після проведеної терапії встановлено достовірне збільшення загальної потужності спектру на 48,33% ($p < 0,05$) – у пацієнтів групи I, на 47,38% ($p < 0,05$) – у пацієнтів групи II та на 53,43% ($p < 0,05$) – відповідно у пацієнтів групи III. Такі зміни відбулися за рахунок збільшення високочастотної складової спектра (HF). На фоні прийому бісопрололу HF збільшився у 1,76 разу, на фоні прийому карведилолу – у 1,81 разу, на фоні прийому івабрадину – у 1,89 разу відповідно.

Висновки. Проведені дослідження динаміки BCP указують на позитивний вплив досліджуваних препаратів на біорефлекторну регуляцію серцевого ритму, спостерігається зниження активності симпатичної ланки вегетативної нервової системи та підвищення активності парасимпатичного відділу на фоні нормалізації симпатико-парасимпатичного балансу.

Чутливість та специфічність нового комбінованого методу неівазивного визначення наявності обструктивної ішемічної хвороби серця (ІНКО)

О.А. Коваль¹, А.В. Хомич², С.В. Романенко¹, А.С. Скоромна², П.О. Каплан¹

¹ ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

² КЗ «Дніпропетровський обласний клінічний центр кардіології та кардіохірургії» ДОР

Визначення претестової ймовірності ішемічної хвороби серця (ІХС) є першим діагностичним кроком згідно з чинними клінічними рекомендаціями. Водночас в окремих досліджен-