

COURSE FEATURES OF THE PEPTIC ULCER IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

K.V. Vovk, N.A. Bruev

V.N. Karazin Kharkov National University, Ukraine

SUMMARY

The mutually aggravating influences of one disease on the clinical course of the other one are observed in the combination of ischemic heart-disease (IHD) and peptic ulcer (PU). The purpose of the present work is to determine the course features of the concomitant PU in the patients with IHD and possibilities of its drug correction. Examination of 114 patients was carried out under conditions of cardiological department of the Kharkov Regional Hospital; during the FGDS, PU (33,3%) was discovered in 38 of the patients with the IHD at the age of 30-65 (47,4±4,9). The course feature of the PU in combination with IHD is change of clinicolaboratory criteria, that shows up in 50% cases with pain syndrome with moderate monotonous intensity; presence of dyspeptic syndrome (in 34% cases) in the form of meteorism and diarrhea (in 27% cases) and constipation (in 42% cases); increase of secretory and acid-forming gastric function (17,1% cases); semination of mucous coat of stomach with helicobacterium infection (in 50% cases).

Abnormality of the cardiovascular fitness with PU and IHD was accompanied by tachycardia, moderate increase of blood pressure and ST segment depression, that was predisposing to the rise of aggression factor in the mucous coat of stomach with impaired microcirculation, trophic disturbances and development of the PU (in 33%). The complex therapy in PU with IHD, including the use of clacid, amoxicillin, pariet in combination with actovegin, results in improving of therapeutic effects and contributes to acceleration of healing of ulcerous defect of the mucous coat of stomach.

KEY WORDS: peptic ulcer, ischemic heart-disease, actovegin

УДК: 616.12-008.313.612.173.616.8

ВИЖИВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА СИСТОЛІЧНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ДАНИХ НЕІНВАЗИВНИХ КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ЇХ ОБСТЕЖЕННЯ (за даними трьохрічного проспективного спостереження)

Л.Г. Воронков, Н.А. Ткач

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

РЕЗЮМЕ

Метою даного дослідження стало вивчення залежності виживання хворих з клінічно маніфестованою хронічною серцевою недостатністю (ХСН) та систолічною дисфункцією лівого шлуночка (СД ЛШ) від даних неінвазивних клініко-інструментальних методів обстеження. В дослідження включено 267 пацієнтів з наявністю клінічних ознак ХСН та величиною фракції викиду (ФВ) менше 40%. Неко-ронарогенна ХСН (дилатаційна кардіоміопатія – ДКМП) спостерігалася у 63 пацієнтів (23,5%), з ішемічною хворобою серця (ІХС), у поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ) – 149 пацієнтів (56%) та 55 осіб (20,5%) з ізольованою ІХС. Постійна форма фібриляції передсердь спостерігалась у 73 обстежених хворих (27,3%), у 199 пацієнтів зберігався синусовий ритм (74,5%). Аналіз виживання проводився за допомогою програмного продукту «STATISTICA for Windows. Release 6.0» (розділ Survival Analysis). Для дослідження часу виживання використовувалася оцінка за методом Kaplan-Meier. Для оцінки ризику смерті по вибірці використовувався метод таблиць життя. Кумулятивне виживання протягом 3-х років хворих з ХСН та СД ЛШ виявляє залежність від вихідних величин іКСО, іКДО, передньо-заднього розміру ЛП, величина ФВ ЛШ, середньодобової ЧСС, величини систолічного АТ, дистанції ходьби при 6 хвилинному тесті і не залежить від кількості шлуночкових ектопічних скорочень за добу, наявності нестійкої шлуночкової тахікардії, а також від значень мінімальної та максимальної ЧСС за добу.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хронічна серцева недостатність з систолічною дисфункцією лівого шлуночка, прогноз, виживання

Хронічна серцева недостатність (ХСН) залишається однією з найважливіших проблем охорони здоров'я багатьох розвинутих

країн світу, у зв'язку з високими поширеністю, рівнем госпіталізації та смертності. ХСН відноситься до числа найбільш затратних

для системи охорони здоров'я захворювань. Прогноз хворих з серцевою недостатністю як і раніше залишається одним з найгірших, хоча це не завжди усвідомлюється практикуючими лікарями. Шестимісячний показник смертності коливається за даними різних досліджень від 5% до 60% в залежності від вираженості серцевої недостатності [2]. Вживання пацієнтів після встановлення діагнозу ХСН в середньому становить 86% за найближчі 30 днів, 63% – протягом першого року, 51% – за 2 роки спостереження та 35% за п'ятирічний період [10]. З'ясування можливостей подовження його тривалості у хворих з ХСН та систолічною дисфункцією лівого шлуночка залишається актуальною науковою проблемою [3, 11, 12]. Вирішення останньої неможливе без виділення показників стану хворих, найбільшим чином сполучених із тривалістю їх життя – предикторів довготривалого клінічного прогнозу. Виділення таких предикторів вбачається важливим тому, що модифікування певної частини з них дає потенційні шанси на збільшення тривалості життя таких пацієнтів [5, 6, 17]. З іншого боку, виділення таких предикторів може слугувати за базу для подальшого вдосконалення алгоритму індивідуального прогнозування виживання при ХСН.

Сучасні можливості неінвазивного інструментального обстеження пацієнтів з ХСН дозволяють отримати доволі широкий спектр показників, що характеризують стан внутрішньо серцевої та центральної гемодинаміки, біоелектричної активності міокарду, переносності фізичного навантаження тощо. Відбір найбільш інформативних, з позицій зв'язку із тривалістю життя таких хворих, параметрів, отриманих за допомогою даних методів (ЕХО КГ, навантажувальні тести, ЕКГ, Холтерівське моніторування (ХМ) ЕКГ) вбачається актуальним з зазначених вище причин.

Натепер існує обмежена кількість досліджень, в яких була б вивчена залежність термінів виживання хворих з ХСН та систолічною дисфункцією лівого шлуночка (СД ЛШ) від зазначених клініко-інструментальних параметрів [5, 9].

Зважаючи на вищенаведене, метою роботи стало вивчення залежності виживання пацієнтів з ХСН та СД ЛШ від показників стандартної ЕХО КГ, переносності пацієнтами фізичного навантаження, показників ХМ ЕКГ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження було включено 267 пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю та

систолічною дисфункцією лівого шлуночка віком від 18 до 75 років (середній вік $53,76 \pm 0,77$), які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні серцевої недостатності Національного наукового центру «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска АМНУ» протягом 2002-2005 років.

Кожен з пацієнтів спостерігався у амбулаторно-диспансерній групі протягом трьох років. За вихідну точку спостереження приймали дату першого загально-клінічного дослідження.

Серед досліджуваних було 79 жінок (29,5%) та 188 чоловіків (70,5%). Досліджувана група включала в себе, переважно, хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС) у поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ) було 149 (56%); з дилатаційною кардіоміопатією (ДКМП) – 63 (23,5%), з ізольованою ІХС – 55 (20,5%). Інфаркт міокарда в минулому перенесли 90 пацієнтів (44,7%). У 49 хворих (18,4%) діагностована II А стадія ХСН, у – 193 хворих (72,2%) II Б стадія і у 25 пацієнтів (9,4%) – III стадія. Давність виникнення ознак серцевої недостатності менше одного року мала місце у 96 хворого (36%), більше року – у 171 пацієнта (64%) та в середньому складала ($30,4 \pm 1,49$) місяців. Постійна форма фібриляції передсердь спостерігалась у 73 обстежених хворих (27,3%), у 199 пацієнтів зберігався синусовий ритм (74,5%). Всім пацієнтам з метою вивчення структурно-функціонального стану та уточнення діагнозу проводили ехокардіографічне дослідження в М- та В- режимах із застосуванням загальноприйнятих методів на апараті «SIEMENS Sonoline Omnia» (SA 9900) (Німеччина). Для визначення толерантності до фізичного навантаження (ТФН) та оцінки функціонального стану серцево-судинної системи досліджуваних пацієнтів використовували тест з 6-хвилинною ходою.

В дослідження не включали пацієнтів з ФВ ЛШ більше ніж 40%, ревматизмом, клапанними вадами серця, перенесеним менше 6 місяців гострим інфарктом міокарда (ГІМ), нестабільною стенокардією, вторинними артеріальними гіпертензіями, захворюваннями нирок з порушенням їх азот видільної функції, клапанними вадами та запальними ураженнями серця, ендокринними захворюваннями, наявністю онкологічних та інфекційних захворювань.

Діагноз основного захворювання встановлювали на підставі загальноклінічного обстеження і спеціальних лабораторних та інструментальних методів. ХСН діагностували згідно до Рекомендацій з діагностики та лікування серцевої недостатності Європейсь-

кого товариства кардіологів та відповідних рекомендацій Асоціації кардіологів України [2, 26].

Вихідне обстеження пацієнтів проводилося після початкового періоду лікування (1-3 тижні), спрямованого на усунення клінічних ознак декомпенсації.

Опрацювання даних дослідження проводили за допомогою програмних засобів – табличного процесора «Excel» та пакета прикладних програм «STATISTICA» v. 6.0, StatSoft, USA (розділи Descriptive Statistics, Nonparametric Statistics, Survival Analysis). Для визначення виду розподілу застосовували критерії Ліллієфорса та Шапіро-Уїлка. Якщо розподіл ознаки відрізнявся від нормального, для його описання використовували медіану та інтерквартильний розмах (інтервал, що включає в себе 50% значень ознаки в вибірці). Гіпотезу про розходження значень показників у групах перевіряли за допомогою непараметричного критерію Манна-Уїтні. Для дослідження кумулятивного виживання використовували метод Каплана-Мейера, а для порівняння виживання в

групах – F-критерій Кокса, логарифмічний ранговий критерій, узагальнений критерій Вілкоксона-Гехана, критерій Кокса-Ментела [4]. Аналіз кумулятивного виживання хворих у двох групах, що порівнювалися, проводився за принципом «розподілу величини за медіаною, визначеної для всієї групи».

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Кумулятивні криві виживання пацієнтів досліджуваної вибірки, в залежності від основних ехокардіографічних параметрів лівих відділів серця представлені на рис. 1. Як видно, величина індексу кінцево-систолічного об'єму ЛШ (іКСО) та кінцево-діастолічного об'єму ЛШ (іКДО), асоційована з довгостроковим виживанням хворих з ХСН та СД ЛШ. За даними актуарних кривих, достовірно гірший прогноз тривалості життя мають пацієнти з іКСО більшим 93 мл/м² та зі значенням іКДО більш ніж 134 мл/м². Таким чином, іКСО та іКДО є інформативними показниками, що сполучені з виживанням даної когорти пацієнтів, що збігається з даними літератури [1].

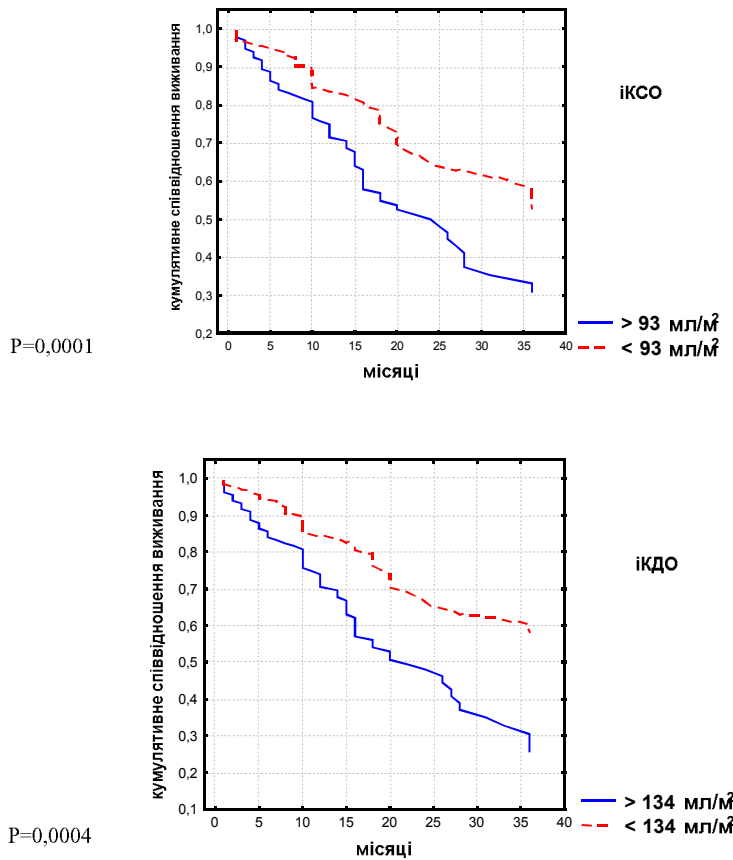


Рис. 1. Криві виживання хворих з ХСН та СД ЛШ в залежності від розподілення іКСО та іКДО за медіаною.

Більшість авторів розглядають розмір ЛП переважно з позицій оцінки його як маркера прогнозу виникнення ФП [20]. Отримані нами результати свідчать, що розмір ЛП є незалежним чинником, асоційованим із меншою тривалістю життя пацієнтів з ХСН та СД ЛШ. При оцінці кумулятивних кривих за методом Kaplan-Meier виявлено, що виживання хворих з ХСН та СД ЛШ, у перші три роки спостереження, знаходиться у зворот-

ній залежності від розміру ЛП. Різниця у тривалості життя спостерігається як при розподіленні груп за медіаною, так і за тертілями (рис.2). При цьому, достовірно гірший прогноз мають пацієнти з величиною передньо-заднього розміру ЛП більшою за 49 мм, а вірогідно більш сприятливий прогноз є у пацієнтів з величиною ЛП не більшою за 46 мм.

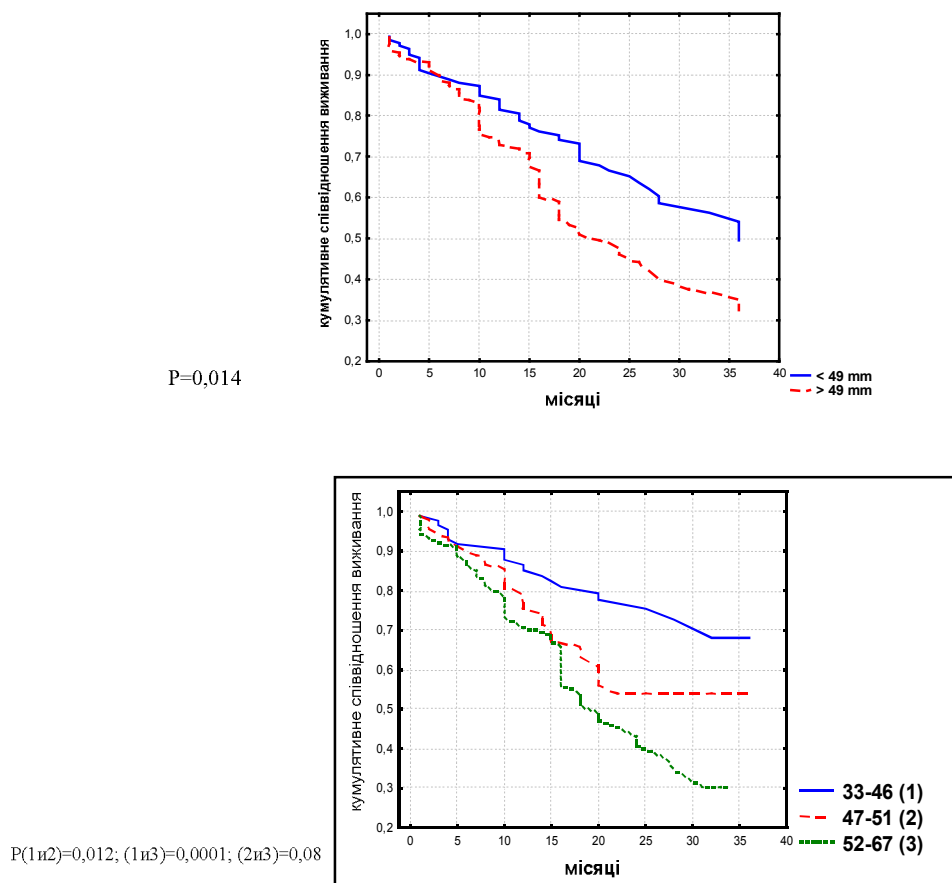


Рис. 2. Криві виживання хворих з ХСН та СД ЛШ в залежності від розподілення величини ЛП за медіаною та за тертілями.

Як відомо, величина фракції викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ) нижча за 40-45% розглядається, як кількісний критерій систолічної дисфункції ЛШ [13]. Вважається, що ФВ ЛШ є інтегральним показником внутрішньосерцевої гемодинаміки, який може вказувати не тільки тяжкість декомпенсації та ефективність лікування, але й прогноз хворих з ХСН. Втім, роль ступеня зниження ФВ ЛШ як надійного предиктора виживання хворих з ХСН не підтвердилась у низці досліджень [19, 21, 23, 28]. Поки до кінця не з'ясовано, який рівень ФВ ЛШ є прогностично значущим для хворих з хронічною ІХС та ДКМП [5, 23]. Значення ФВ ЛШ нижче за

30% (тобто медіанного для усієї групи хворих), за нашими даними, сполучене з достовірно гіршим прогнозом виживання впродовж трьох років. Останній результат подібний до даних, отриманих деякими дослідниками [18] (рис. 3).

Аналіз кумулятивного виживання обстежених пацієнтів, розподілених за значенням середньодобової частоти серцевих скорочень (ЧСС) на дві групи (більше та менше медіани) показав, що істотно гірший прогноз трьох-річного виживання мають хворі з величиною ЧСС більшою за 75 ударів за 1 хвилину (рис. 4).

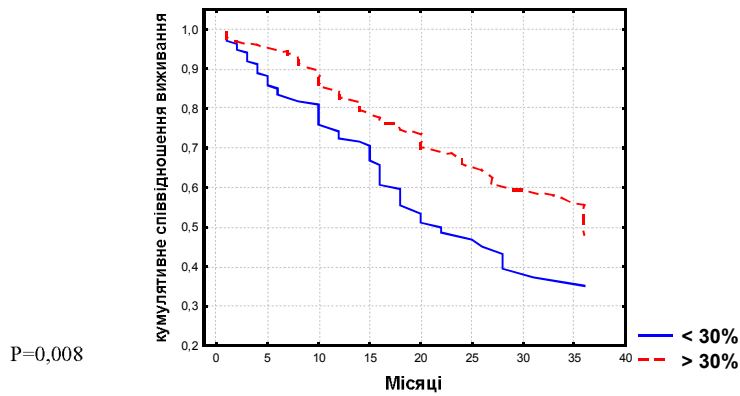


Рис. 3. Криві виживання хворих з ХСН та СД ЛШ в залежності від розподілення величини ФВ ЛШ за медіаною.

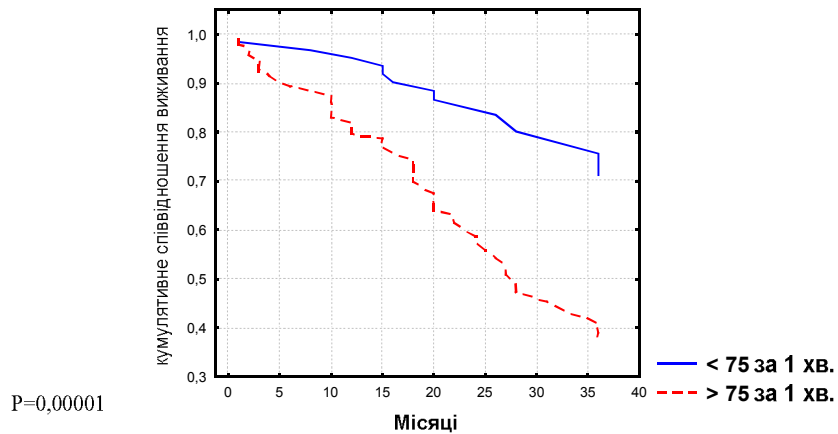


Рис. 4. Кумулятивні криві виживання хворих з ХСН та СД ЛШ в залежності від величини середньодобового значення ЧСС, розподіленого за медіаною.

Оскільки відсоток пацієнтів, які отримували β-адреноблокатори (β-АБ), у зазначених двох групах був співставним (відповідно 78% та 80%, $p=0,21$) можна припустити, що застосування додаткової стратегії, спрямованої на уповільнення ЧСС у групі із значенням останньої більшої за 75 ударів за 1 хвилину, можуть сприяти поліпшенню виживання даної когорти хворих. Подібними потенційними можливостями у хворих з ХСН та СД ЛШ можуть бути подальше обережне збільшення дози β-АБ у напрямку цільової, а також, у пацієнтів із синусовим ритмом – застосування івабрадину [24]. Останній підхід, як відомо, нещодавно пройшов масштабну клінічну апробацію у багато центровому дослідженні BEAUTIFUL [27]. Водночас не було виявлено різниці у трьохрічному виживанні хворих даної вибірки в залежності від значень максимальної та мінімальної ЧСС впродовж доби, зареєстрованих під час ХМ ЕКГ.

За результатами аналізу деяких досліджень зниження систолічного АТ розцінюють, як предиктор прогнозу виживання незалежно від етіології ХСН [7]. Як витікає з

актуарних кривих виживання, істотно гірший прогноз останнього мають пацієнти з величиною систолічного артеріального тиску (АТ) меншою за 100 мм.рт.ст (рис. 5), що збігається з даними літератури [3, 7].

Нами було проаналізовано 155 холтеровських досліджень ЕКГ у нашої вибірки хворих. Шлуночкові порушення ритму різних градацій, були виявлені у кожного хворого. Шлуночкові екстрасистоли більш ніж 240 за добу мали 84 хворих (54,2%), парні екстрасистоли були виявлені у 100 хворих (64,5%), групові – у 52 хворих (33,5%), а наявність епізодів нестійкої шлуночкової екстрасистолії, з максимальною кількістю шлуночкових комплексів 24, у 50 хворих (32,2%). При аналізі кумулятивних кривих кількості шлуночкових порушень ритму за добу при розподілі груп за медіаною (рис. 6), так і за тертілями не було виявлено жодної достовірної різниці у тривалості життя між групами, що порівнювались. Більш того, наявність нестійкої шлуночкової тахікардії також не виявила впливу на тривалість життя даної когорти хворих.

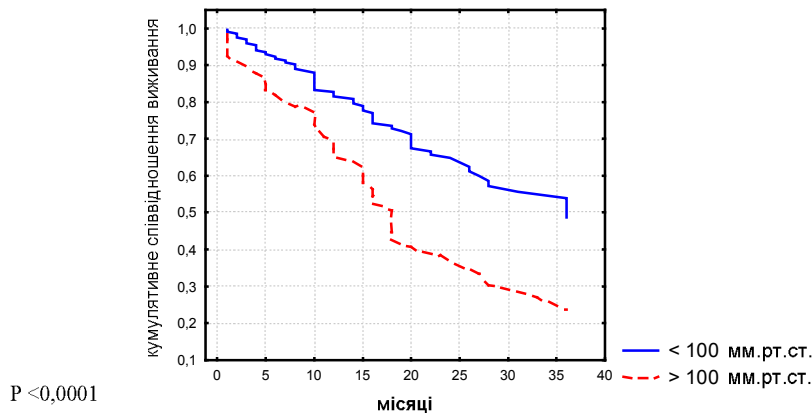


Рис. 5. Криві виживання хворих з ХСН та СД ЛШ в залежності від розподілення величини АТс за медіаною.

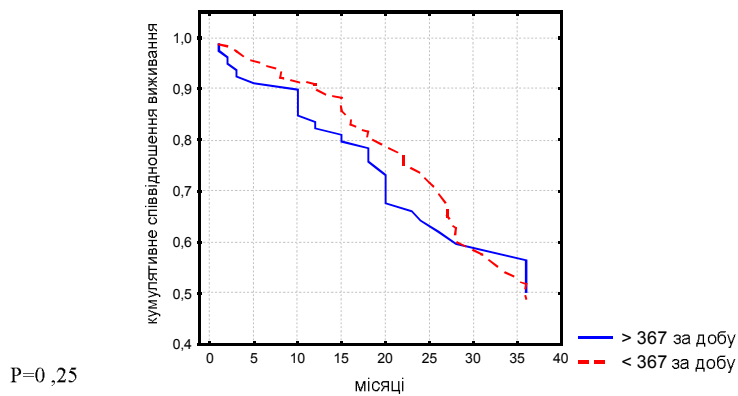


Рис. 6. Кумулятивні криві виживання в залежності від кількості шлуночкових екстрасистол за добу, при розподіленні груп за медіаною.

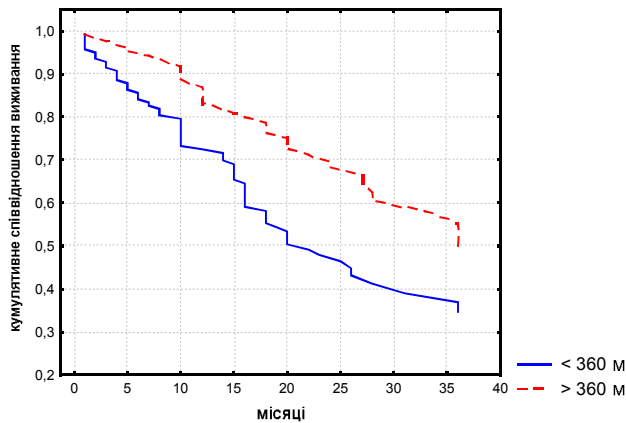
Зазначені дані, збігаються із подібними результатами досліджень CHF-STAT та PROMISE, при мультivarіантному аналізі яких, вираженість шлуночкових ектопічних порушень ритму не виявилася у хворих з ХСН предиктором гіршого прогнозу виживання [26]. Хоча у деяких дослідженнях частота шлуночкова ектопія (>10-30 скорочень за 1 годину) була асоційована із більшою смертністю таких хворих [14, 15], в сучасних рекомендаціях з лікування ХСН та шлуночковими порушеннями ритму, навіть високих градацій, не розглядаються як показ до антиаритмічної терапії [2, 25].

За даними низки досліджень, визначення толерантності до фізичного навантаження можна розглядати в якості предиктора виживання хворих з ХСН [16, 22]. З іншого боку, існують дані, що визначення дистанції 6 хвилинної ходи, за прогностичним значенням поступається ФК (NYHA) та максима-

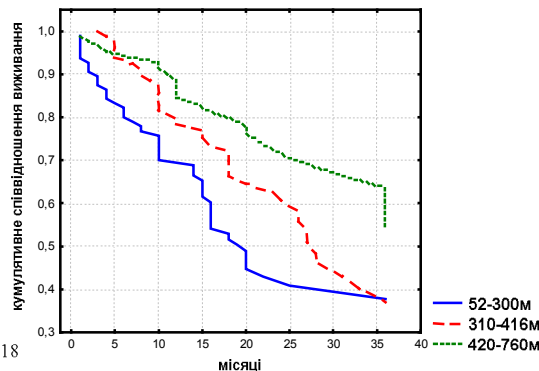
льному споживанню кисню і придатний, в основному, для контролю ефективності лікування [29].

Наша оцінка розподілу виживання пацієнтів показала наявність вірогідних відмінностей у виживанні хворих з ХСН та СД ЛШ в залежності від дистанції ходьби при 6 хвилинному тесті. Різниця у тривалості життя спостерігається як при розподіленні груп за медіаною, так і за тертілями (рис. 7).

Основний результат виконаного дослідження полягає у визначенні орієнтовних значень показників стандартного інструментального дослідження хворих з ХСН та СД ЛШ, сполучених з їх виживанням впродовж трьох років. Врахування тієї частини з них, які є потенційно модифіковуваними, вбачається доцільним при здійсненні тривалого диспансерного нагляду пацієнтів з ХСН та СД ЛШ.



P=0,0005



P (1и2)=0,023; (1и3)=0,0003; (2и3)=0,018

Рис. 7. Криві виживання хворих з ХСН та СД ЛШ в залежності від розподілення дистанції ходи, отриманою за допомогою 6-хвилинного тесту, за медіаною та за тертілями.

Викладені результати можуть бути використані при здійсненні наступного етапу роботи, а саме, розробці алгоритму індивідуального прогнозування виживання хворих з ХСН та СД ЛШ на основі визначення незалежних предикторів останнього.

ВИСНОВКИ

1. Кумулятивне виживання хворих з ХСН та СД ЛШ, протягом перших трьох років спостереження виявляє залежність від вихідних величин іКСО, і КДО, передньо-заднього розміру ЛП, величина ФВ ЛШ, середньодобової ЧСС, величини систолічного АТ, дистанції ходьби при 6 хвилинному тесті. Виживаність даної гру-

пи пацієнтів є достовірно гіршою при величинах іКСО > 93 мл/м², іКДО > 134 мл/м², ЛП > 49мм, ФВ ЛШ < 30%, величини систолічного АТ < 100 мм.рт.ст, середньодобової ЧСС > 75 за 1 хв, дистанції ходьби при 6 хвилинному тесті < 300м.

2. Кумулятивне виживання хворих з ХСН та СД ЛШ, протягом трьох років спостереження не залежить від кількості шлуночкових ектопічних скорочень за добу, наявності нестійкої шлуночкової тахікардії, а також від значень мінімальної та максимальної ЧСС за добу.

Доцільним є вивчення кумулятивного виживання хворих з іншими варіантами ХСН.

ЛІТЕРАТУРА

1. Воронков Л.Г., Яновский Г.В., Устименко О.В., ін. // Укр. кардіол. журн. - 2003. - № 5. - С. 84-87.
2. Рекомендації Української асоціації кардіологів з діагностики, лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності у дорослих. -К.: Четверта хвиля. - 2006. - 48 с.
3. Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. // Кардиология. - 1995. - № 11. - С. 4-12.
4. Кокс Д.Р., Оукс Д. Анализ данных типа времени жизни. -М.: Финансы и статистика. - 1988. - С. 19 - 52.
5. Степура О. Б., Томаева Ф. З., Будаев Э. Т. и др. // Сердечная недостаточность. - 2002. - Т. 3. - №2. - С. 76-78.
6. Яновский Г.В., Устименко Е.В., Семененко О.И., и др. // Укр. кардіол. журн. - 2004. - №4. - С. 21-25.

7. Aaronson R. D. et al. // *Circulation*. - 1997. - Vol. 95. - P. 266-267.
8. Berry C. and Clark A.L. // *Eur. Heart J.* - 2000. - Vol. 21. - P. 521-532.
9. Bettencourt P., Ferreira A., Dias P. et al. // *J. Card. Failure*. - 2000. - Vol. 6. - P. 306-313.
10. Bleumink G.S., Knetsch A.M., Sturkenboom M.C.J.M. et al. // *Europ. Heart J.* - 2004. - Vol. 25. - P. 1614-1619.
11. Cintron G., Johnson G., Francis G. et al. // *Circulation*. - 1993. - Vol. 87. - P. 17-24.
12. Cowburn P., Cleland J., Coats A., et al. // *Europ. Heart J.* - 1998. - Vol. 19. - P. 696-710.
13. Davies M., Hobbs F., Davis R., et al. // *Lancet*. - 2001. - Vol. 358. - P. 439-444.
14. Doval H. C., Nul D. R., Grancelli H. O. et al. // *Circulation*. - 1996. - Vol. 94. - P. 3198-3203.
15. Galinier M., Vialette J., Fourcade J. et al. // *Eur. Heart J.* - 1997. - Vol. 18. - P. 578.
16. Haas M., Zugck C., Kubler W. // *Zeitschrift fur Kardiologie*. - 2000. - Vol. 89. - № 2. - P. 72-80.
17. Keamy M. T., Nolan J., Lee A. J. et al. // *Eur. J. Heart Failure*. - 2003. - Vol. 5. - P. 489-497.
18. Madsen B., Hansen J., Stokholm K., et al. // *Eur. Heart J.* - 1994. - Vol. 15. - P. 303-310.
19. Morley D., Brozena S.C. // *Am. J. Cardiol.* - 1994. - Vol. 73. - P. 379-383.
20. Pai R., Silvert H., Amin J. // [Abstract]. *Circulation*. - 2000. - Vol. 102. (Suppl. II). - P. II480.
21. Pernenkil R., Vinson J. et al. // *Am. J. Cardiol.* - 1997. - Vol. 79. - P. 216-219.
22. Poole-Wilson P.A. and Ferrari R. // *J. Mol. Cell. Cardiol.* - 1996. - Vol. 28. - P. 2275-2285.
23. Saxon L., Stevenson W., Middlekauff H. et al. // *Am. J. Cardiol.* - 1993. - Vol. 72. - P. 62-65.
24. Tardif J. C., Berry C. // *Eur. Heart J.* - 2006. - Vol. 8 (Suppl. D). - P. D24-D29.
25. Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure // *Europ. Heart J.* - 2006. - Vol. 22. - P. 1527-1562.
26. Teerlink J. R., Jalaluddin M., Anderson S. et al. // *Circulation*. - 2000. - Vol. 201. - P. 40-46.
27. The BEAUTIFUL Study Group. The BEAUTIFUL Study: Randomized Trial of Ivabradine Patients with Stable Coronary Artery Disease and Left Ventricular Systolic Dysfunction – Baseline Characteristics of the Study Population. // *Cardiology*. - 2008. - Vol. 110. - P. 271-282.
28. Traversi B., Pozzoli M., Ciolli G. et al. // *Am. Heart J.* - 1996. - Vol. 132. - P. 809-819.
29. Vinson J., Rich M., Sperry J. // *J. Amer. Soc.* - 1990. - Vol. 38. - P. 1290-1295.

ВЫЖИВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАННЫХ НЕИНВАЗИВНЫХ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

(по данным трехлетнего проспективного наблюдения)

Л.Г. Воронков, Н.А. Ткач

Национальный научный центр «Институт кардиологии имени акад. М.Д. Стражеско»
АМН Украины, г. Киев

Целью данного исследования стало изучение зависимости выживания больных с клинически манифестированной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и систолической дисфункцией левого желудочка (СД ЛЖ) от данных неинвазивных клинико-инструментальных методов исследования. В исследование включено 267 пациентов с наличием клинических признаков ХСН и величиной фракции выброса (ФВ) ЛЖ меньше 40%. Некоронарогенная ХСН (дилатационная кардиомиопатия - ДКМП) наблюдалась у 63 пациентов (23,5%), с ишемической болезнью сердца (ИБС), в комбинации с гипертонической болезнью (ГБ) – 149 пациентов (56%) и 55 больных (20,5%) с изолированной ИБС. Постоянная форма фибрилляции предсердий наблюдалась у 73 обследованных больных (27,3%), у 199 пациентов сохранялся синусовый ритм (74,5%). Анализ выживания проводился при помощи программного продукта "STATISTICA for Windows. Release 6.0" (раздел Survival Analysis). Для исследования времени выживания использовалась оценка по методу Kaplan-Meier. Для оценки риска смерти по выборке использовался метод таблиц жизни. Кумулятивное выживание, в течение трех лет, больных с ХСН и СД ЛЖ зависит от исходных величин иКСО, иКДО, переднезаднего размера ЛП, величины ФВ ЛЖ, среднесуточной ЧСС, величины систолического АД, дистанции ходьбы при 6 минутном тесте и не зависит от количества желудочковых эктопических сокращений за сутки, наличия желудочковой тахикардии, а также от значений минимальной и максимальной ЧСС за сутки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хроническая сердечная недостаточность с систолической дисфункцией левого желудочка, прогноз, выживание

SURVIVAL OF PATIENTS WITH CHRONICLE HEART FAILURE AND LEFT VENTRICLE SYSTOLIC DYSFUNCTION DEPENDING ON CLINICAL AND INSTRUMENTAL PARAMETRS (from data of three-year prospective supervision)

L.G. Voronkov, N.A. Tkach

National Scientific Centre «M.D. Strazhesko Institute of cardiology, MAS of Ukraine» Kiev

SUMMARY

The aim of present study was to investigate the dependence of survival from clinical and instrumental parameters in patients with chronicle heart failure (CHF) and left ventricle (LV) systolic dysfunction (SD). The database represents 267 CHF patients with impaired ejection fraction ($EF \leq 40\%$) LV systolic function. NYHA status II-IV; ischemic or/and hypertensive – 149 patients (56%) / 55 patients (20,5%), non - ischemic - 63 patients (23,5%). Chronic atrial fibrillation had 73 patients (27,3%). Definition of survival was performed using Kaplan – Meier method and the method of life tables. All the calculations were made using the "STATISTICA for Windows. Release 6.0" (section of Survival Analysis). Cumulative survival in patients with CHF and LV SD during 36th months reflects dependence from iDV, iSV, extent of left atrium, EF of LV, daily heart rate, systolic blood arterial pressure, distance of 6 min walking test and does not depend daily on ventricular ectopy and ventricular tachycardia, daily minimum and maximum on heart rate.

KEY WORDS: chronic heart failure with left ventricle systolic dysfunction, prognosis, survival

УДК: 616.12-008.331.1:616.12-07

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ АМЛОДИПИНОМ, МЕТОПРОЛОЛОМ И ЭНАЛАПРИЛА МАЛЕАТОМ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ГИПОТЕНЗИВНОЙ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ

П.А. Гарькавий

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина

РЕЗЮМЕ

Обследовано 265 пациентов с АГ. 98 пациентов принимали АК, 85 – ББ, 82 – иАПФ. При недостаточном контроле АД к одному из препаратов добавляли гидрохлортиазид. Данные АД фиксировали исходно, через 1, 2 недели, 1,3 и 6 месяцев лечения. В ортостатической пробе выделены 2 группы: группа 1 – нормотензивная ортостатическая реакция (НОР), изменения АД от -5 мм.рт.ст. до +20 мм.рт.ст., и группа 2 – гипотензивная ортостатическая реакция (ГОР) – снижение САД на 20 мм.рт.ст. и/или ДАД на 10 мм.рт.ст. и более. На основании полученных нами данных все три препарата эффективно снижали АД, однако динамика и степень снижения отличались. АК обладал наиболее выраженным гипотензивным эффектом, снижая САД и ДАД уже на 1-ой неделе приема, особенно у пациентов с ГОР, как в клиностазе так и в ортостазе. При терапии АК частота ГОР по ДАД возрастала на 5%. ББ обладал менее выраженным гипотензивным эффектом и у пациентов с ГОР снижал как САД так и ДАД в клиностазе постепенно, а в ортостазе – резко. Через 6 месяцев лечения ББ в наименьшей степени снижал САД и ДАД у пациентов с ГОР в клиностазе, и в большей степени в ортостазе. При терапии ББ частота ГОР возрастала по САД на 5%, по ДАД на 8%. ИАПФ обладал плавным гипотензивным эффектом, проявляющимся после 1-ой недели приема. Максимальный темп снижения САД и ДАД отмечался у пациентов с ГОР в 1-ую – 2-ую недели лечения, как в клиностазе так и в ортостазе. В период первая-вторая неделя лечения иАПФ частота ГОР увеличивалась по САД с 17% до 24% и по ДАД с 14% до 17% с последующей тенденцией снижения частот ГОР до 21% по САД и 16% по ДАД спустя 6 месяцев. Из трех групп гипотензивных препаратов (АК, ББ, иАПФ) вероятность ГОР прогрессивно нарастала при использовании АК и ББ, и только при иАПФ увеличивалась временно.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: амлодипин, метопролол, эналаприла малеат, артериальная гипертензия, гипотензивная ортостатическая реакция

Артериальная гипертензия (АГ) занимает лидирующее место по заболеваемости и смертности среди лиц пожилого возраста. Связь с такими осложнениями как инсульт, инфаркт миокарда, внезапная сердечная смерть доказана и однозначна [6, 14, 15]. Целью лечения АГ является снижение и контроль артериального давления (АД), что