

Всі хворі були поділені на 2 групи залежно від ШКФ в перші 48 год: <60 та ≥60 мм/хв/1,73 м² (відповідно I та II групи). Задишку оцінювали за шкалою Borg. Достовірність розбіжностей оцінювали за допомогою критерію Манна – Уїтні.

Результати. Серед 216 пацієнтів ШКФ <60 мм/хв/1,73 м² була у 114 (53 %) – в середньому (43,9±1,78) мм/хв/1,73 м² у хворих I групи, порівняно з (71,9±1,86) мм/хв/1,73 м² у пацієнтів II групи, P<0,05. Середній вік пацієнтів I групи становив (68,9±1,23) року, і перевищував цей показник у пацієнтів II групи – (63,4±1,7) року, P<0,05. За показниками: чоловіча стать, наявність артеріальної гіпертензії (АГ), цукрового діабету (ЦД) не було відзначено достовірної різниці між групами. Хворих, що перенесли інфаркт міокарда, було достовірно більше в I групі, ніж у II – 60,3 і 41,8 %, відповідно (P<0,05). На задишку в спокої скаржилося 84,5 % пацієнтів I групи (середній показник за шкалою Borg 7 балів) та 63 % пацієнтів II групи (4 бали) (P<0,001). Стійкі набряки нижніх кінцівок були у 76,8 % пацієнтів I і 49 % II групи (P<0,05). Гепатомегалія (виступ печінки на 5см і більше з-під реберної дуги) відзначали у 46,6 % пацієнтів I групі та у 30 % – II (P<0,01). Гідроторакс спостерігали у 25,4 % пацієнтів I групи та 11 % II групи (P<0,05). Гіпопротеїнемія була у 13,8 % пацієнтів I і 4 % II групи (P<0,05). Фібриляція передсердь у пацієнтів I групи зустрічалася у 54,8 % порівняно з 40 % у пацієнтів II групи (P<0,05).

ФВ лівого шлуночка у пацієнтів I групи становила (41,3±1,78) %, та була достовірно нижчою, ніж у пацієнтів II групи – (48,3±1,7) % (p 0,05). Летальність у стаціонарі була достовірно вищою у пацієнтів I групи – 8,6 %, порівняно з 4,2 % у II групі (P<0,05). Комбінована кінцева точка (смерть + кардіогенний шок + потенційно фатальні аритмії) також була достовірно вищою у пацієнтів I групи – 17,2 та 7,4 %, відповідно (P<0,05).

Висновки. Хворі на декомпенсовану ХСН із зниженою ШКФ при поступленні відрізняються від хворих з відносно збереженою ШКФ більш похилим віком, більшою частотою інфарктів міокарда в анамнезі. ШКФ <60 мм/хв/1,73 м² асоціюється з більш вираженою симптоматикою у хворих та ознаками легеневого і системного застою та у 2 рази більш високою госпітальною летальністю і може розглядатися як один з маркерів ризику при гострій декомпенсованій ХСН.

Минеральная плотность костной ткани и окислительный стресс у пациентов с хронической сердечной недостаточностью

А.Н. Беловол, И.И. Князькова, А.И. Цыганков, С.А. Тимченко, И.А. Толкачева, О.В. Гребенюк

*Харьковский национальный медицинский университет
ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМНУ», Харьков
Городская больница № 28, Харьков*

Цель – определить взаимосвязь показателей внутрисердечной гемодинамики, перекисного окисления липи-

дов (ПОЛ) и минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 52 больных (28 мужчин и 24 женщин, средний возраст (51,9±3,9) года) с ХСН II А и II Б стадии (по классификации Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко), II–III функционального класса (ФК) (по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца [NYHA]). Контрольную группу составили 20 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Всем пациентам выполняли стандартную эхокардиографию с оценкой трансмитрального доплеровского кровотока (цифровая ультразвуковая система «Logic-5», США), оценку МПКТ по Т- и Z-критериям (по данным двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, «Hologic QDR»), определение содержания в крови интактного паратгормона, щелочной фосфатазы, ионизированного кальция, фосфора, 25-гидроксивитамина D (25 [ОН] D), показателей ПОЛ (содержания малонового диальдегида (МДА)), уровня супероксиддисмутазы (СОД)), также кальция в моче. Исследование проводилось в исходных условиях и через 12 месяцев.

Результаты. По данным денситометрического исследования показаны существенные различия (p<0,05) МПКТ между основной и контрольной группами. Признаки остеопении выявлены у 50 % больных, причем значительно чаще у женщин (p<0,05). При этом у пациентов с ХСН III ФК (NYHA) и фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) <45 % установлено более выраженное снижение МПКТ. Отмечено наличие корреляционной связи между МПКТ и ФВ ЛЖ (r=0,29, p<0,05) и E/A (r=-0,41, p<0,01).

В основной группе отмечено увеличение содержания МДА на 42,8 % (p<0,01) и уменьшение уровня СОД на 31 % (p<0,05) по сравнению с контрольной группой. Отмечено наличие корреляции между уровнем МДА и показателями центральной гемодинамики: конечнодиастолическим и конечносистолическим объемами левого желудочка – r=0,42 (p<0,05) и r=0,39 (p<0,05) соответственно. Выявлена корреляционная связь между МДА и МПКТ (r=-0,52; p<0,001).

Через 12 мес терапии в основной группе отмечено улучшение систолической (ΔФВ 10,9 %, p<0,05) и диастолической функции ЛЖ, наряду с корригирующим воздействием на параметры окислительного стресса (уменьшение МДА на 32,8 % (P<0,05), увеличение СОД на 48,4 % (P<0,05), а также снижение МПТК на 1,5 %).

Выводы. у пациентов с ХСН продемонстрировано прогрессивное снижение МПКТ, ассоциирующееся с систолической дисфункцией ЛЖ и напряженностью окислительного стресса, что следует учитывать, поскольку раннее выявление и мониторинг остеопороза позволит уменьшить количество переломов костей в данной группе пациентов.

