

І. О. ДЮДИНА, Л. П. ПАРАЩЕНЮК, Н. А. ТКАЧ (Київ)

ВИЖИВАНІСТЬ ВПРОДОВЖ 48 МІС ТА ЇЇ ПРЕДИКТОРИ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ІШЕМІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ ІЗ СИСТОЛІЧНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА ЙОГО ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ

ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска» НАМН України <ilonad@ukr.net>

Обстежено 354 хворих з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) ішемічного походження із систолічною дисфункцією лівого шлуночка (СДЛШ) та 227 хворих із збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ЗФВЛШ). В порівняльному аспекті вивчали виживаність хворих з ХСН та СДЛШ і ЗФВЛШ впродовж 48 міс спостереження і предиктори їх неживаності. Виживаність хворих з ХСН та ЗФВЛШ була достовірно кращою впродовж 48 міс спостереження, ніж хворих із СДЛШ (66 % проти 42 % відповідно). Найбільш інформативними предикторами неживаності в цей період хворих із СДЛШ були: гіперурикемія (OR = 3,17), вміст гемоглобіну (OR = 2,64), рівень креатиніну (OR = 2,36), значення КСО (OR = 2,71), КДО (OR = 2,49) та ІКСО (OR=2,44). Разом з тим для хворих з ХСН та ЗФВЛШ найбільш інформативними предикторами неживаності були: рівень холестерину (OR = 2,14) та дистанція 6-хвилинної ходи (OR = 2,11).

Ключові слова: хронічна серцева недостатність, систолічна дисфункція, збережена фракція викиду, виживаність, предиктори.

Вступ. Для хворих із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) характерний негативний прогноз довготермінової виживаності [14, 15]. Відомо, що протягом 5 років після перших клінічних проявів ХСН помирають до 60 % хворих [1, 17]. Тому вивчення довготермінової виживаності та її предикторів у хворих з ХСН є актуальним і може сприяти розробці більш ефективних підходів до диспансеризації даних хворих. Відомо ряд праць, присвячених порівняльному вивченню довготермінової виживаності хворих з ХСН та систолічною дисфункцією лівого шлуночка (СДЛШ) і хворих з ХСН й збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ЗФВЛШ), однак їх результати мають суперечливий характер [7–9, 13]. Мало досліджень з незалежних предикторів довготермінової виживаності хворих із ЗФВЛШ.

Мета дослідження – вивчення в порівняльному аспекті довготермінової (48 міс) виживаності хворих з ХСН і СДЛШ та ЗФВЛШ, а також предикторів їх неживаності.

Матеріали і методи. Дослідження ґрунтується на результатах аналізу виживаності хворих, які перебували у відділі серцевої недостатності ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска» НАМН України впродовж 48 міс. Дослідження включало хворих з ХСН ішемічного походження із СДЛШ (фракція викиду – ФВ \leq 40 %, $n = 354$) та ХСН із ЗФВЛШ (ФВ $>$ 40 %, $n = 227$), II–IV функціональний клас (ФК) за критеріями NYHA, віком від 18 до 75 років; всього 581 хворий з ХСН ішемічного походження. Критеріями, за якими осіб не включали в дослідження, були: вік старше 75 або молодше 18 років, безсимптомна (I ФК) дисфункція ЛШ, гостра форма ішемічної хвороби серця (ІХС), інсульт або транзиторна ішемічна атака давністю менше 6 міс, клапанне, запальне та рестриктивне ураження серця, гіпертрофічна або дилатаційна кардіоміопатія, бронхіальна астма, онкологічні та хронічні інфекційні хвороби, хронічна хвороба нирок та/або швидкість клубочкової фільтрації $<$ 30 мл/хв, інсулінозалежний цукровий діабет, дисфункція щитоподібної залози, а також виражена патологія опорно-рухового апарату, через яку хворий не може виконати тест з 6-хвилинною ходою.

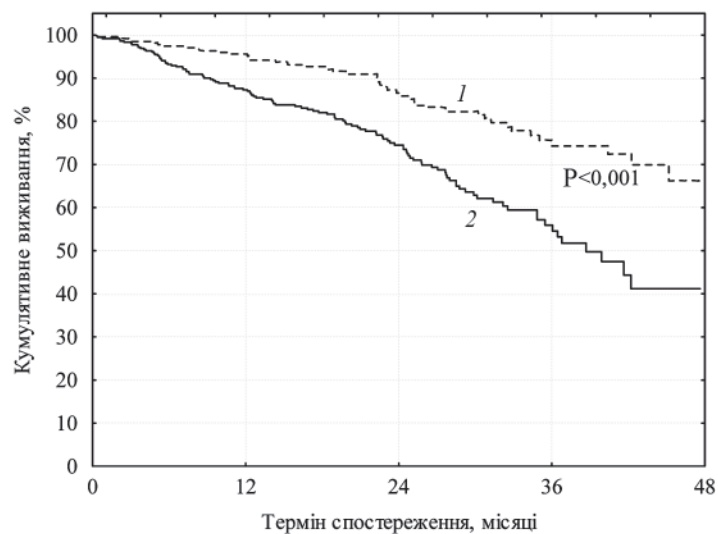
Діагноз ІХС встановлювали згідно із загальноприйнятими клінічними критеріями (стенокардія та/або підтвердженій документально інфаркт міокарда та/або відповідні дані коронароангіографії). Супутня артеріальна гіпертензія (АГ) була у 79,7 % хворих із СДЛШ та у 90,7 % хворих із ЗФВЛШ. Процент хворих, які перенесли інфаркт міокарда (ІМ), становив 42,1 та 22,9 відповідно.

Обов'язкові методи обстеження включали: ехокардіографію за стандартною методикою [4], рутинну електрокардіографію у 12 відведеннях, рутинні лабораторні аналізи (загальноклінічні та біохімічні) відповідно до стандартів діагностики на базі біохімічної лабораторії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска» НАМН України (зав. – Т. В. Пономарьова). Після досягнення хворими еуволемічного стану, стабілізації показників гемодинаміки всім обстеженим проведено тест з 6-хвилинною ходою за стандартною методикою [11]. У процесі дослідження для характеристики стану якості життя проведено стандартизоване опитування пацієнтів за Мінесотською анкетною (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire – MLHFQ), яку вважають «золотим» стандартом для хворобоспецифічних анкет при ХСН [3, 12].

Усі хворі отримували лікування відповідно до стандартів Європейського кардіологічного товариства та Української асоціації кардіологів [5, 9], яке включало діуретичні засоби, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), β -адреноблокатори, а також інші засоби (продовжані нітрати, серцеві глікозиди, аміодарон, антагоністи кальцію), які призначали за клінічними показаннями.

Статистичну обробку результатів проводили за програмним продуктом «STATISTICA for Windows. Release 6.0». Вид розподілу визначали за критерієм Ліллієфорса та Шапіро – Уїлка. Якщо розподіл ознаки відрізнявся від норми, для його опису використовували медіану та інтерквартильний розмах (інтервал, що охоплює 50 % значень ознаки у виборці). Гіпотезу про достовірність різниці значень показників у групах перевіряли за непараметричним критерієм Манна – Уїтні. Для дослідження кумулятивної виживаності хворих використовували метод Каплана – Мейера. Порівнювали виживаність у групах за F-критерієм Кокса. Предиктори, які впливають на термін виживаності хворих, визначали за множинною логістичною покроковою регресією [6].

Результати та їх обговорення. Кумулятивна виживаність хворих із ЗФВЛШ впродовж 48 міс достовірно перевищувала цей показник у хворих із СДЛШ ($P < 0,001$). Відсоток хворих із СДЛШ, які вижили, становив 42, із ЗФВЛШ – 66 (рисунок).



Криві виживаності впродовж 48 міс хворих з хронічною серцевою недостатністю ішемічного походження із збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (1) та систолічною дисфункцією лівого шлуночка (2)

Вiдомi дослiдження, за даними яких рiвень смертностi у хворих з ХСН та ЗФВЛШ подiбнi до рiвня смертностi хворих iз СДЛШ [7, 13, 18]. Однак отриманi нами данi порiвняннi з результатами попереднiх дослiджень, в яких зазначалось, що виживаність хворих з ХСН та ЗФВЛШ була кращою, нiж хворих з ХСН та СДЛШ протягом 5 рокiв [2, 6, 10].

Подальший аналіз показав, що незалежними предикторами неживаностi хворих iз СДЛШ впродовж 48 мiс спостереження були такi: гiперурикемiя, кiнцево-систоличний об'єм (КСО) > 154 мл (кiлькiсть померлих хворих була бiльшою серед тих, у яких КСО вищий вказаного рiвня), вміст креатинiну, гемоглобiну, значення кiнцево-дiастолiчного об'єму (КДО), iндексу (I) КСО (IKCO) i КДО, дистанцiя 6-хвилинної ходи, розмiр лiвого передсердя (ЛП), кiнцево-систоличний (КСР) та кiнцево-дiастолiчний (КДР) розмiр, товщина задньої стiнки (ТЗС), рiвень глюкози (таблиця).

Предиктори неживаностi впродовж 48 мiс спостереження у хворих з хронiчною серцевою недостатнiстю iшемiчного генезу

Показник	Вiдношення шансiв		
	OR	ДI	P
<i>Систолична дисфункцiя лiвого шлуночка</i>			
Сечова кислота > 454,5 мкмоль/л	3,17	1,59–6,29	= 0,001
КСО > 154 мл	2,71	1,70–4,33	< 0,001
Гемоглобiн < 136 г/л	2,64	1,67–4,19	< 0,001
Креатинiн > 100 ммоль/л	2,36	1,48–3,77	< 0,001
КДО > 225 мл	2,49	1,56–3,96	< 0,001
IKCO > 80,4	2,44	1,53–3,88	< 0,001
6-хвилинний тест < 279 м	2,27	1,43–3,59	< 0,001
iКДО > 117,12	2,12	1,33–3,36	= 0,001
ЛП > 4,8 см	1,99	1,25–3,17	= 0,003
КСР > 5,6 см	1,98	1,25–3,14	= 0,003
КДР > 6,6 см	1,86	1,17–2,94	= 0,008
ТЗС > 1,1 см	1,82	1,15–2,87	= 0,01
Глюкоза > 5,3 ммоль/л	1,59	1,01–2,5	= 0,042
<i>Збережена фракцiя викиду лiвого шлуночка</i>			
Холестерин < 5,3 ммоль/л	2,14	1,26–3,64	= 0,004
6-хвилинний тест < 276 м	2,11	1,25–3,56	= 0,004
ЛП > 5 см	1,98	1,15–3,4	= 0,014
Креатинiн > 98 ммоль/л	1,76	1,05–2,95	= 0,032
Бiлірубiн > 14 ммоль/л	1,69	1–2,86	= 0,047

Примітки: OR – odds ratio; ДI – довірчий iнтервал; P – достовiрність рiзниці.

На наступному етапi дослiдження виявлено, що незалежними предикторами неживаностi протягом 48 мiс хворих з ХСН iшемiчного генезу та ЗФВЛШ були: рiвень холестерину < 5,3 ммоль/л (чим менший рiвень холестерину, тим гiрший прогност), дистанцiя 6-хвилинної ходи, розмiр ЛП, рiвень креатинiну та бiлірубiну (див. таблицю).

Отриманi нами данi представляють довготермiновий прогност виживаностi хворих з ХСН української популяцiї та дозволяють iндивiдуально пiдходити до їх ведення залежно вiд ступеня збереження ФВ ЛШ. Предикторами неживаностi впродовж 48 мiс у хворих iз СДЛШ є метаболiчні та структурно-функцiональні показники стану серця, що свiдчить про ступiнь його ремоделювання. Разом з тим виживаність впродовж 48 мiс хворих iз ЗФВЛШ пов'язана до бiльшої мiри з метаболiчними показниками. В обох групах встановлено зв'язок мiж виживанiстю

та толерантністю до фізичного навантаження. Отримані дані можна враховувати для вдосконалення підходів до диспансеризації даних хворих.

Висновки. 1. Вживаність хворих з ХСН та ЗФВЛШ була достовірно кращою впродовж 48 міс спостереження, ніж при систолічній дисфункції (66 % проти 42 % відповідно). 2. Найбільш інформативними предикторами неживаності впродовж 48 міс у хворих із СДЛШ були: гіперурикемія (OR = 3,17), значення КСО (OR = 2,71), КДО (OR = 2,49) та ІКСО (OR = 2,44), вміст гемоглобіну (OR = 2,64), рівень креатиніну (OR = 2,36). 3. У хворих з ХСН та ЗФВЛШ найбільш інформативними предикторами неживаності впродовж 48 міс спостереження були рівень холестерину (OR = 2,14) та дистанція 6-хвилинної ходи (OR = 2,11).

Список літератури

1. *Бабарскене Р. М., Шлапикас Р.* Вплив віку та систолічної дисфункції лівого шлуночка на смертність хворих з післяінфарктним кардіосклерозом та хронічною серцевою недостатністю // Кардіологія. – 2005. – № 9. – С. 82–83.
2. *Воронков Л. Г., Яновський Г. В., Устименко Е. В., Семененко О. І.* Клініко-інструментальні предиктори виживаності хворих з хронічною серцевою недостатністю та збереженою систолічною функцією лівого шлуночка // Лік. справа=Врачеб. дело. – 2003. – № 7. – С. 28–31.
3. *Гиляревский С. Р., Орлов В. А., Бенделиани Н. Г.* и др. Изучение качества жизни с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы // Рос. кардиол. журн. – 2001. – № 3. – С. 58–72.
4. *Денисюк В. И., Иванов В. П.* Клиническая фоно- и эхокардиография. – Винница: Логос, 2001. – 206 с.
5. *Коваленко В. М., Лутай М. І.* Серцево-судинні захворювання: класифікація, стандарти діагностики та лікування. – К.: Асоціація кардіологів України, 2011. – 96 с.
6. *Реброва О. Ю.* Статистичний аналіз медичних даних. Застосування пакета прикладних програм STATISTICA. – М.: Медіф Сфера, 2002. – 305 с.
7. *Штегман О. А., Терещенко Ю. А.* Систоліческая и диастолическая дисфункции левого желудочка – самостоятельные типы сердечной недостаточности или две стороны одного процесса // Кардиология. – 2004. – № 2. – С. 82–86.
8. *Яновський Г. В., Устименко О. В., Семененко О. І.* та ін. Вживаємість при хронічній серцевій недостатності у хворих з ішемічною хворобою серця із збереженою систолічною функцією лівого шлуночка // Укр. кардіол. журн. – 2003. – № 2. – С. 57–59.
9. *Dickstein K., Cohen-Solal A., Filippatos G.* et al. (ESC Committee for Practice Guidelines). ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology // Eur. J. Heart Fail. – 2008. – Vol. 10, N 10. – P. 933–989.
10. *Kolias T. J.* Diastolic dysfunction and heart failure // J. Am. Coll. Cardiol. – 2007. – Vol. 50, N 1. – P. 79–81.
11. *Lipkin D., Scriven A., Crake T.* et al. Six minute walking test for assessing exercise capacity in chronic heart failure // Brit. Med. J. – 1986. – Vol. 292. – P. 653–656.
12. *Mannheimer B., Andersson B., Carlsson L.* et al. The validation of a new quality of life questionnaire for patients with congestive heart failure – an extension of the Cardiac Health Profile // Scand. Cardiovasc. J. – 2007. – Vol. 41. – P. 235–241.
13. *Senni M., Redfield M. M.* Heart failure with preserved systolic function. A different natural history? // J. Am. Coll. Cardiol. – 2001. – Vol. 38. – P. 1277–1282.
14. *Shiba N., Shimokawa H.* Chronic heart failure in Japan: implications of the CHART studies // Vasc. Health. Risk. Manag. – 2008. – Vol. 4, N 1. – P. 103–113.
15. *Levy W. C., Mozaffarian D., Linker D. T.* et al. The Seattle Heart Failure Model: prediction of survival in heart failure // Circulation. – 2006. – Vol. 113, N 11. – P. 1424–1433.
16. *Pernenkil R., Vinson J. M., Shah A. S.* et al. Course and prognosis in patients >70 yrs of age with congestive heart failure and normal versus abnormal left ventricular ejection fraction // Am. J. Cardiol. – 1997. – Vol. 79. – P. 216–219.
17. *Stewart S., Mac Intyre K., Hole D. Y.* More malignant than cancer? Five year survival for heart failure // Eur. J. Heart Failure. – 2001. – Vol. 3. – P. 315–322.
18. *Yamamoto K., Sakata Y., Ohtani T.* et al. Heart Failure With Preserved Ejection Fraction (What is Known and Unknown) // Circ. J. – 2009. – Vol. 73. – P. 404–410.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ 48 МЕС И ЕЁ ПРЕДИКТОРЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЕГО СОХРАНЁННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

И. О. Дюдина, Л. П. Паращенко, Н. А. Ткач (Киев)

Обследовано 354 больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического происхождения с систолической дисфункцией левого желудочка (СДЛЖ) и 227 больных с сохранённой фракцией выброса левого желудочка (СФВЛЖ). Изучали выживаемость длительною 48 мес и её предикторы у больных с ХСН и СДЛЖ, а также с ХСН и СФВЛЖ. Выживаемость больных с ХСН и СФВЛЖ была достоверно лучшей, чем больных с СДЛЖ (66 % против 42 % соответственно). Наиболее информативными предикторами невыживаемости больных с СДЛЖ в этот период были гиперурикемия (OR = 3,17), значение КСО (OR = 2,71), КДО (OR = 2,49) и ИКСО (OR = 2,44), уровень гемоглобина (OR = 2,64), креатинина (OR = 2,36). Вместе с тем для больных с ХСН и СФВЛЖ наиболее информативными предикторами невыживаемости были уровень холестерина (OR=2,14) и дистанция 6-минутной ходьбы (OR = 2,11).

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, систолическая дисфункция, сохранённая фракция выброса, выживаемость, предикторы.

SURVIVAL FOR 48 MONTHS, SURVIVAL PREDICTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE OF ISCHEMIC ORIGIN WITH SYSTOLIC LEFT VENTRICULAR DYSFUNCTION AND PRESERVED LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION

I. O. Dyudina, L. P. Parashcheniuk, N. A. Tkatch (Kiev)

SI "NSC" "Institute of Cardiology named after acad. M. D. Strazhesko"

354 patients with chronic heart failure (CHF) of ischemic origin with systolic left ventricular dysfunction (SLVD) and 227 patients with preserved left ventricular ejection fraction (PLVEF) were examined. This study was aimed at the studying of comparative aspect of survival of patients with CHF and SLVD and with PLVEF for 48 months of observation, and the studying of nonsurvival predictors. Survival of patients with PLVEF is significantly better compared with survival of patients with SLVD for 48 months (66 % and 42 % respectively). The most informative predictors of 48 month in patients with SLVD were: uric acid level (OR = 3,17), end-systolic volume (OR = 2,71), hemoglobin level (OR = 2,64), creatinine level (OR = 2,36), end-dyastolic volume (OR = 2,49), index of end-systolic volume (OR = 2,44). The most informative predictors in patients PLVEF were: cholesterol level (OR = 2,14) and distance of 6-minute walk (OR = 2,11).

Key words: chronic heart failure, systolic dysfunction, preserved ejection fraction, survival, predictors.

Г. А. СОЛОВЙОВА (Київ)

ЕНДОСКОПІЧНІ ОЗНАКИ ПЕРЕДРАКОВИХ ЗМІН ШЛУНКА У ХВОРИХ З ЕРОЗІЯМИ ШЛУНКА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця,
універсальна клініка «Оберіг» <g.solovyova@oberigclinic.com>

У статті порівнюється частота передракових змін шлунка, діагностованих за допомогою ендоскопії з високою роздільною здатністю, високим збільшенням ($\times 115$), вузькосмуговою візуалізацією (NBI) та хромоскопії, у трьох групах хворих: з ерозіями шлунка при захворюваннях жовчовивідних шляхів, з ерозіями шлунка при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, з ерозіями шлунка при хронічному гастриті. Показано, що для хворих з ерозіями шлунка при захворюваннях жовчовивідних шляхів характер-