

Український кардіологічний журнал Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXV Національного конгресу кардіологів України (Київ, 24-27 вересня 2024 р.)

- Атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- Гострий інфаркт міокарда
- Інтервенційна кардіологія
- Дисліпідемії
- Артеріальна гіпертензія
- Легенева гіпертензія
- Некоронарні захворювання міокарда
- Аритмії та раптова серцева смерть
- Гостра та хронічна серцева недостатність
- Профілактична кардіологія та реабілітація
- Фундаментальна кардіологія та регенеративна медицина
- Медико-соціальні аспекти кардіології в умовах війни



II стадії, середній вік $49,5 \pm 0,91$ років та 50 чоловіків з ЕГ, що ускладнена ХСН II А стадії середній вік $51,9 \pm 0,99$ років. Усім учасникам дослідження проводили визначення плазмової концентрації СТ-1 у сироватці крові методом імуноферментного аналізу (ІФА) та визначення (rs8046707) поліморфізму гена СТ-1 у зразках венозної крові методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Математичну обробку отриманих даних проводили за допомогою стандартного статистичного пакету STATISTICA 10.0.

Результати. Встановлено, що рівень СТ-1 у осіб без ознак серцево-судинної патології - $76,21 \pm 2,60$ пг/мл, у володарів генотипу GG він був достовірно нижчий - $55,77 \pm 2,53$ пг/мл, ніж у носіїв генотипів GA+AA - $92,46 \pm 1,54$ пг/мл ($p < 0,05$). У представників основної групи рівень СТ-1 становить при ЕГ II стадії - $236,92 \pm 9,87$ пг/мл і ЕГ ускладненою ХСН II А стадії - $349,62 \pm 10,03$ пг/мл. У чоловіків з ЕГ II стадії, мешканців Поділля, плазмова концентрація СТ-1 є вірогідно більшою у носіїв пулу генотипів GA+AA ($272,71 \pm 12,57$) пг/мл ніж у носіїв генотипу GG гена СТ-1, відповідно ($189,50 \pm 9,51$) пг/мл, така ж закономірність і при ЕГ, що ускладнена ХСН, відповідно ($359,05 \pm 5,79$) пг/мл, та ($322,81 \pm 27,01$) пг/мл ($p < 0,05$).

Результати. Встановлені особливості концентрації СТ-1 у пацієнтів з різним перебігом ЕГ дозволяють використати цей біомаркер для ранньої діагностики ХСН у цієї групи пацієнтів. Точність діагностики підвищується при визначенні носійства певного варіанта генотипу гена, що корегує екскрецію СТ-1.

Оптимізації лікування СН зі зниженою ФВ: час має значення

О.Г. Обертинська, Л.В. Распутіна

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Незважаючи на доведену безперечну користь багатокомпонентної терапії СН зі зниженою фракцією (СН зі зниженою ФВ) застосування її на практиці залишається дуже низьким. Відкладання ініціації рекомендованих препаратів при СН із зниженою ФВ на госпітальному етапі має низьку ймовірність їх призначення на амбулаторному етапі лікування, особливо у пацієнтів із коморбідними станами.

Мета – дослідити безпеку ініціації інгібіторів натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу (ІНЗКТГ) разом із антагоністами мінеролокортикоїдних рецепторів (АМР) у пацієнтів, госпіталізованих з приводу декомпенсації СН зі зниженою ФВ ($\leq 40\%$).

Матеріали та методи. Проведено аналіз попередньої терапії 116 пацієнтів, госпіталізованих з

приводу декомпенсації СН зі зниженою ФВ: 77 (80 %) пацієнтів приймали ІАПФ (65 % з них у субоптимальних дозах), 64 (66 %) приймали β -блокатори (65 % з них у субоптимальних дозах), 23 (24 %) – АМР, 13 (13,5%) – ІНЗКТГ та 6 (6 %) сакубітріл-валсартан. З анамнезу встановлено, що 51 % пацієнтів припинили прийом раніше рекомендованих АМР, 22 % відмінили β -блокатори, 11 % ІАПФ та 3 % сакубітріл-валсартан. Отже, лише 3 % пацієнтів госпіталізованих з приводу декомпенсації СН зі зниженою ФВ приймали 4-компонентну терапію. У подальше дослідження включено 76 пацієнтів, які приймали ІАПФ чи сакубітріл-валсартан та β -блокатори. Проведена оцінка загального аналізу крові, визначенням рівня калію (K^+), креатиніну (Кр), проведено оцінку функції нирок за формулою СКД-ЕРІ (середня ШКФ становила 52 мл/хв/1,73 м²). Пацієнтам до попередньої терапії після оцінки лабораторних показників приєднано ІНЗКТГ 10 мг на добу та еплеренон (ЕП) 25 мг на добу із врахуванням протипоказів (рівень $K^+ > 5,0$ ммоль/л, значна дисфункція нирок ШКФ < 30 мл/хв/1,73 м²). Кр, K^+ та ШКФ оцінювались на 3, 5 добу та перед випискою.

Результати. Середній рівень K^+ підвищився від $4,56 \pm 0,53$ до $5,12 \pm 0,55$ ммоль/л ($P < .01$). Протягом лікування було зафіксовано 1 епізод помірної ГК ($K^+ 6,0-6,5$ ммоль/л) та 3 епізоди легкої ГК ($K^+ 5,6-5,9$ ммоль/л), після чого прийом ЕП був припинений, тобто відміни препарату потребувало 5 % пацієнтів. Виникнення гіперкаліємії було прогнозоване висхідним рівнем $K^+ \geq 4,9$ ммоль/л та ШКФ ≤ 40 мл/хв/1,73 м². Середній рівень ШКФ знизився від $52,44 \pm 2,13$ до $48,21 \pm 2,35$ мл/хв/1,73 м² ($P < .01$).

За літературними даними під час терапії ІАПФ/БРА та АМР частота ГК коливається від 18 % до 35 %. За результатами нашого дослідження епізоди ГК були значно рідші і це може бути обумовлено комбінованим застосуванням АМР із ІНЗКТГ. Так, дослідження DAPA-HF та EMPEROR-reduced продемонстрували, що ІНЗКТГ знижують ризик ГК у пацієнтів із СН і створюють позитивні умови для пролонгації прийому АМР.

Висновки. Незважаючи на високий рівень рекомендації, застосування чотирикомпонентної терапії при СН зі зниженою ФВ використання цих груп препаратів є недостатнім. Ініціації ІНЗКТГ разом із АМР на ранньому госпітальному етапі у пацієнтів, госпіталізованих з приводу декомпенсації СН із зниженою ФВ ($\leq 40\%$) є безпечною. Епізоди гіперкаліємії є більш прогнозованими при висхідному рівні $K^+ \geq 4,9$ ммоль/л та ШКФ ≤ 40 мл/хв/1,73 м², тому з міркувань безпеки такі пацієнти потребують більш щільного моніторингу рівня калію та функції нирок як на госпітальному, так і амбулаторному етапі лікування.