

України. Оцінювали фактори серцево-судинного ризику (куріння, вживання алкоголю, фізична активність), супутні серцево-судинні захворювання (ССЗ), наявність ожиріння та цукрового діабету 2 типу (ЦД). Вимірювання артеріального тиску (АТ) було здійснено в умовах медичного закладу. Прихильність до лікування вивчено за допомогою опитувальника Моріскі-Гріна (ММАС-8).

Результати. Середній вік пацієнтів становив $63,8 \pm 0,3$ роки, з яких 41,9 % були чоловіки. Активними курцями визнано 27,9 % осіб, ожиріння встановлено у 38,6 %, ЦД – 24,5 % осіб. Низький рівень фізичної активності (< 2000 кроків/день) зазначили 31,2 % учасників, а щоденне вживання алкоголю — лише 1 % опитаних. Більше курців виявлено серед чоловіків, ніж жінок (відповідно, 51,5 і 9,6 %, $p=0,0001$), про вживання алкоголю вказували у 3,6 рази більше чоловіків, ніж жінок (відповідно, 51,6 і 14,2 %, $p=0,0001$). Натомість жінки демонстрували нижчий рівень рухової активності: < 2000 кроків/день проходили 35,5 % жінок і 26,0 % чоловіків ($p=0,011$). Серцево-судинні захворювання мали 16,2 % пацієнтів з АГ, 8,7% — інсульт/ТІА, 8,3% — інфаркт міокарда або ревазуляризацію. Середній рівень АТ становив 158/91 мм рт. ст., при цьому досягнення офісного АТ < 140/80 мм рт. ст. спостерігали лише у 25,9 % осіб. Комбінації інгібіторів АПФ або БРА з діуретиком приймали 42,7% та 31,4% пацієнтів, відповідно. Лише 6,4 % та 9,4 % використовували комбінації інгібіторів АПФ або БРА з антагоністами кальцію, відповідно. Комбінацію інгібіторів АПФ з бета-блокатором отримували 9 % пацієнтів. Фіксовані комбінації антигіпертензивних препаратів переважали у 84,5 % пацієнтів, однак більшість (72,0 %) була неприхильною до лікування, 26,9 % мали помірну прихильність і лише 1 % осіб демонстрував високу прихильність до антигіпертензивної терапії.

Висновки. Цивільні пацієнти з артеріальною гіпертензією, які проживають в Україні в умовах збройного конфлікту, характеризуються значною поширеністю факторів серцево-судинного ризику, високим рівнем неконтрольованої АГ, низькою прихильністю до подвійної антигіпертензивної терапії та високою частотою супутніх ССЗ, ЦД та ожиріння.

Проблеми своєчасної діагностики тяжкого аортального стенозу

О.Г. Обертинська, А.Є. Данильчук

Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова

Вінницький регіональний центр серцево-судинної патології

Стеноз аорти (АС) є найпоширенішим дегенеративним захворюванням клапанів у розвинених

країнах. Своєчасне виявлення тяжкого АС та своєчасне направлення на втручання є надзвичайно важливими для покращення якості життя пацієнтів та їх прогнозу.

Мета – на прикладі клінічного випадку висвітлити проблему своєчасної діагностики тяжкого АС з можливими варіантами тактики ведення пацієнта.

Матеріали та методи. Ехокардіографія (ЕхоКГ) є найважливішим діагностичним інструментом при оцінці стенозу аорти та ґрунтується на трьох основних параметрах, а саме: піковій швидкості, середньому градієнті тиску (ΔP) і площі аортального отвору (ПАО). В ідеалі ці параметри повинні відповідати певному ступеню тяжкості, причому тяжкий АС визначається піковою швидкістю >4 м/с, $\Delta P >40$ мм рт. ст. і ПАО <1 см².

Клінічний випадок: 76-річний чоловік мав рецидив загострення лівошлуночкової серцевої недостатності, госпіталізований в Вінницький регіональний центр серцево-судинної патології. При оцінці попередньої медичної документації на амбулаторному етапі проводилась ЕхоКГ 3 місяці тому – ФВ ЛШ 42%, виражена концентрична ГЛШ, потік на аортальному клапані (АК) з піковою швидкістю – 2,9 м/с, ΔP – 31 мм рт.ст, помірна мітральна регургітація II–III, кальциноз АК++. Висновок: ознаки помірного АС, кальцинозу АК++, помірно зниженої скоротливості ЛШ. На госпітальному етапі виконана КВГ виявлено обструктивну форму ішемічної хвороби серця із показами до ревазуляризації, при цьому попередньо розглядалась можливість двосудинного стентування коронарних артерій. В умовах стаціонару проведена повторна ЕхоКГ, кальциноз АК++, при цьому ПАО склала 0,7 см, ΔP – 33 мм рт. ст., індекс серцевого викиду – 34 мл/м², ФВ за Сімпсон – 35%, помірна мітральна регургітація (II–III), помірна тристулкова регургітація (II), ознаки легеневої гіпертензії (сист. тиск у ЛА – 50 mmHg.). Після переоцінки ступеня тяжкості АС пацієнту була показана комплексна хірургічна допомога: протезування АК та ревазуляризація міокарду. Вибір шляхів оперативного втручання у таких випадках обирається індивідуально з урахуванням ризику операції та локальних можливостей. У даного пацієнта було успішно виконано заміну аортального клапана та аортокоронарне шунтування.

В клінічній практиці часто існують невідповідності між швидкісними показниками, градієнтом та значенням площі отвору АК. Так ряд досліджень продемонстрували, що у пацієнтів із помірним АС дискордантний ступінь АС можна виявити приблизно в 40% і при подальшому поглибленому обстеженні виявляються ознаки тяжкого АС, що спричиняє ризик затримки оперативного втручання із серйозними наслідками для пацієнта.