

УДК: 616.36+616.12-009.72+616.36-008.6

КЛІНІЧНІ ТА ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТІ
КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ СТАБІЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ
ТА НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

Вакалюк І. І.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Постановка проблеми. Ішемічна хвороба серця (ІХС) обумовлює високий відсоток серцево-судинної смертності в загальній популяції. У свою чергу, неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) вже не розглядається як ізольована патологія, а вважається раннім предиктором розвитку серцево-судинної патології та відіграє вагомую роль у стратифікації кардіо-васкулярного ризику. Важливим є вивчення особливостей суміжного перебігу даних захворювань з метою розробки ефективних методів діагностики та лікування такої поєднаної патології.

Мета – виявити клінічні та електрофізіологічні особливості перебігу стабільної ІХС залежно від наявності та стадії неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП).

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 300 хворих (середній вік $54,2 \pm 5,7$ років) на стабільну ІХС ФК II-III, які перенесли гострий коронарний синдром більше 3 місяців тому, з хронічною серцевою недостатністю (ХСН) ФК II. Серед них було виділено 160 осіб без НАЖХП (I група) та 140 осіб із НАЖХП (II група). Серед хворих II групи у 89 пацієнтів виявляли неалкогольний жировий гепатоз (НАЖГ) (IIА група); у 51 особи – неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) (IIБ група). Усім хворим проводили загально-клінічне обстеження (аналіз скарг, анамнезу хвороби, анамнезу життя, об'єктивного статусу), електрокардіографію, коронарографію, ехокардіографію, еластографію печінки, ультразвукове дослідження печінки, оцінку функціонального стану печінки.

Результати дослідження. Встановлено, що перебіг стабільної ІХС у обстежених хворих чітко залежить від наявності та стадії НАЖХП. Зокрема,

характеризуючи клінічні прояви супутньої ХСН відмічено, що задишка, втома та серцебиття найбільш часто зустрічались у хворих ПБ групи (відповідно у 84,3%; 94,1% та 86,3%), дещо рідше в пацієнтів ПА групи (відповідно у 60,7%; 59,6% та 55,1%) та значно рідше у хворих І групи (відповідно у 46,9%; 52,5% та 41,9%) ($p < 0,05$). У свою чергу, перебої в роботі серця були найбільш частими у пацієнтів ПБ групи (відповідно у 64,7%), дещо рідше у хворих ПА групи (відповідно у 43,8%) та в І групі (відповідно у 36,9%) ($p < 0,05$). Дискомфорт та біль у правому підребер'ї були найбільш частими ознаками у хворих ПБ групи (відповідно у 84,3% та 72,5%) ($p < 0,05$). Натомість у пацієнтів ПА групи ці ознаки мали місце лише у 48,3% та 26,9% хворих відповідно; в І групі – у 23,7% та 13,1% відповідно ($p < 0,05$). Нудоту та гіркоту в роті відмічали лише у 10,6% та 9,4% хворих І групи; у 23,6% та 19,1% хворих ПА групи, та у 72,5% і 64,7% пацієнтів ПБ групи, відповідно ($p < 0,05$). У свою чергу, зниження працездатності спостерігали у 42,5% хворих І групи; у 57,3% хворих ПА групи та 82,3% хворих ПБ групи, відповідно ($p < 0,05$). Аналізуючи електрокардіографічні параметри, встановлено, що розширений комплекс QRS понад 120 мсек мав місце у 47,1% хворих ПБ групи, порівняно зі 34,8% хворих у ПА групі та 21,3% хворих у І групі ($p < 0,05$) відповідно. Наявність фрагментованого QRS спостерігали у 18,8% хворих І групи; у 30,3% хворих ПА групи та у 41,2% хворих ПБ групи ($p < 0,05$) відповідно.

Висновки. Особливостями коморбідного перебігу стабільної ІХС та НАЖХП є виражена клінічна симптоматика захворювання, висока частота наявності подовженого QRS та його фрагментації за умов НАСГ, що свідчить про взаємообтяжувальний вплив поєднаного захворювання на перебіг один одного та обумовлює погіршення довготривалого прогнозу таких хворих.

Перспективою подальших досліджень є аналіз виживання хворих на стабільну ІХС на тлі НАЖХП за умов поєднання різних кардіальних детермінант та розробка шляхів покращення довготривалого прогнозу таких хворих.