

ОЦЕНКА ПЛОТНОСТИ ПЕЧЕНИ ПРИ ФИБРОЭЛАСТОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Соловьева А. Е., Виллевалде С. В., Балашова А. А., Кобалава Ж. Д.

*Российский университет дружбы народов, Медицинский институт***Введение (цели/ задачи):**

Длительное течение сердечной недостаточности (СН) сопровождается прогрессирующим развитием фиброза печени с нарушением ее синтетической функции и формированием в конечном итоге кардиального цирроза печени, негативно влияющего на прогноз. Неинвазивным методом диагностики фиброза печени, во многих случаях заменяющим выполнение биопсии в клинической практике, является фиброэластометрия печени. Данные о возможности применения фиброэластометрии в оценке кардиогенного нарушения функции печени при декомпенсации СН неоднозначны. Цель исследования: изучить характеристики и ассоциации плотности печени при фиброэластометрии у пациентов с декомпенсированной СН.

Материал и методы:

57 пациентам с декомпенсацией СН (возраст 67.9±10.1 лет, мужчины 68.4%, артериальная гипертония (АГ) 96.5%, инфаркт миокарда 68.4%, фибрилляция предсердий (ФП) 68.4%, хроническая болезнь почек (ХБП) 40.4%, сахарный диабет 2 типа (СД) 47.4%, фракция выброса (ФВ) левого желудочка 33±14%, ФВ <35% 47.4%, NYHA IV функциональный класс (ФК) 75.4%) выполнена оценка плотности печени методом фиброэластометрии (FibroScan® 502 touch Echosens, Франция). Степень гидратации оценивалась с помощью биоимпедансного векторного анализа (БИВА) с расчетом активного и реактивного сопротивлений, приведенных по росту (R/h и Xc/h, соответственно). Для ориентировочной оценки степени фиброза печени у пациентов с декомпенсированной СН использовались значения плотности, полученные в крупных метаанализах при сопоставлении данных биопсии и фиброэластометрии печени. В качестве отрезных значений принимались значения < 5.9 кПа – для нормальной плотности печени, >7.1 – для фиброза печени (F2 по шкале METAVIR), >12.5 кПа – для цирроза печени (F3-4 по шкале METAVIR). При проведении статистического анализа использовались U-критерий Мана-Уитни, корреляция Спирмена, критерий хи-квадрат Пирсона (χ²). Статистически значимым считалось значение p<0.05.

Результаты:

У пациентов с декомпенсированной СН при фиброэластометрии превалировало патологическое значение плотности печени: >5.9, >7.1 и >12.5 кПа у 4 (7%), 12 (21.1%), 41 (71.9%) пациентов, соответственно. Средние значения плотности печени составили 18.8 (12.0;61.8) кПа. Значения плотности печени характеризовались высокой вариабельностью в пределах одного исследования (средний интерквартильный размах (IQR) – 29.1±5.8% во всей группе), а у 20 (35.1%) пациентов IQR в пределах одного исследования превышал 30%. Значение плотности печени при фиброэластометрии достоверно (p<0.05) коррелировало с ФВ (r=-0.54), относительной толщиной стенок (r=-0.495), продольным размером правого

предсердия (r=0.65, p<0.05), значениями активного и реактивного сопротивлений по данным БИВА (r=-0.64 и r=-0.61, соответственно), САД и пульсовым давлением при поступлении (r=-0.29 и r=-0.34, соответственно). Пациенты с плотностью печени >12.5 кПа по сравнению с пациентами с плотностью печени <12.5 кПа имели более длительный анамнез СН (4.9±3.5 и 2.4±1.6 лет, p=0.011), чаще имели в анамнезе хроническую анемию (43.9 и 18.8%, p<0.05, χ²=3.97), ХБП (48.8 и 18.8%, p<0.05, χ²=5.4), АГ (100 и 87.5%, p<0.05, χ²=4.1), реже страдали СД (39 и 68.8%, p<0.05, χ²=4.3). У пациентов с плотностью печени >12.5 кПа по сравнению с пациентами с плотностью печени <12.5 кПа преобладал IV ФК NYHA (92.7 и 31.3%, p<0.001, χ²=22.1), наблюдались более низкие значения активного (216±57 и 309±47 Ом/м, p<0.001) и реактивного (18.3±7.4 и 28.6±3.3 Ом/м, p<0.001) сопротивлений по данным БИВА, достоверно чаще наблюдались симптомы застоя: хрипы (100 и 81.3%, p<0.05, χ²=5.4), гидроторакс (60.9 и 12.5%, p<0.05, χ²=8.9), набухание шейных вен (56.1 и 31.3%, p<0.05, χ²=2.9), асцит (51.2 и 25%, p<0.05, χ²=3.2), гепатомегалия (82.9 и 25%, p<0.05, χ²=13.9), чаще встречались тяжелые митральная (60.9 и 18.8%, p<0.05, χ²=4.3) и трикуспидальная недостаточность (60.9 и 12.5%, p<0.05, χ²=7.4).

Заключение:

У пациентов с декомпенсацией СН наблюдалось увеличение плотности печени, оцененной при фиброэластометрии, с высокой вариабельностью значений в пределах одного исследования. Увеличение плотности печени >12.5 кПа по данным фиброэластометрии ассоциировалось как с более длительным анамнезом СН и большей частотой коморбидности, так и с более тяжелой декомпенсацией СН (высоким ФК NYHA, более выраженными клиническими признаками застоя и гипергидратацией по данным БИВА).

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

Затолока Н. В., Булгак А. Г., Тарасик Е. С.

*РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР "КАРДИОЛОГИЯ",***Введение (цели/ задачи):**

Оценить влияние тяжести синдрома обструктивного апноэ сна у пациентов с ишемической болезнью сердца и метаболическим синдромом на показатели брахиоцефальных артерий и эндотелий-зависимой вазодилатации.

Материал и методы:

В исследовании приняло участие 109 пациентов. Все пациенты были разделены на 4 группы по критериям наличия и тяжести синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС), ишемической болезни сердца (ИБС) и метаболического синдрома (МС). В группе 1 был исследован 21 пациент (6 женщин и 15 мужчин), имеющие МС, ИБС и легкую форму СОАС, средний возраст которых составил 48±2,2 лет. В группе 2 было исследовано 23 пациента (8 женщины и 15 мужчины), имеющие