

УДК 616.12-008.46-036.12:616.127-005.4+616.127-007.64]-036.47

*О.М.Овчарова, Л.П.Паращенко, А.В.Ляшенко*

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНИХ КЛІНІЧНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ЗУМОВЛЕНОЮ ДИЛАТАЦІЙНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Відділ серцевої недостатності (зав. – проф. Л.Г.Воронков)  
ННЦ “Інститут кардіології ім. М.Д.Стражеска АМН України”, м. Київ

**Резюме.** Обстежений 391 пацієнт із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) та систолічною дисфункцією лівого шлуночка (СДЛШ) (фракція викиду <40 %) II-IV функціональних класів (ФК) за критеріями NYHA, що розвинулася на фоні ішемічної хвороби серця (ІХС) (265 пацієнтів) та дилатаційної кардіоміопатії (ДКМП) (126 пацієнтів). Метою роботи стало порівняння особливостей основних клінічно-демографічних показників та показників якості життя в пацієнтів із ХСН та СДЛШ на ґрунті ІХС, у тому числі в поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ), та на ґрунті ДКМП. Для хворих на ХСН та СДЛШ на ґрунті ІХС порівнянно з групою хворих на ДКМП характерні старший вік, більша частота зустрічальності III-IV ФК, цукрового

діабету, нормального та підвищеного індексу маси тіла, повної блокади лівої ніжки пучка Гіса. Виявлені відмінності, зумовлені завдяки переважанню пацієнтів із супутньою АГ в групі ІХС. У хворих на ХСН та СДЛШ на ґрунті ІХС більше виражене порушення якості життя порівнянно з групою хворих на ДКМП, за бальною оцінкою анкети MNFLQ. Однак вищевказані відмінності значною мірою зумовлені віковою характеристикою хворих на ІХС та на ДКМП, ніж етіологією ХСН.

**Ключові слова:** хронічна серцева недостатність, ішемічна хвороба серця, дилатаційна кардіоміопатія, артеріальна гіпертензія, якість життя.

**Вступ.** Хронічна серцева недостатність (ХСН) є одним із найбільш несприятливих ускладнень захворювань серцево-судинної системи, яке погіршує прогноз та якість життя хворих. На сьогодні основними нозологічними чинниками, що призводять до розвитку синдрому ХСН, є ішемічна хвороба серця (ІХС) та дилатаційна кардіоміопатія (ДКМП) [9, 2, 14]. ІХС, як і ДКМП, у більшості випадків характеризується розвитком кардіомегалії, зниженням систолічної спроможності лівого шлуночка (ЛШ) зі зменшенням фракції викиду (ФВ) <40 %, прогресуванням ХСН, що інколи призводить до утруднення їх диференційної діагностики [9, 5, 7]. Тому на сьогодні вбачаються актуальними аспекти диференційної діагностики вказаних захворювань, насамперед, з метою удосконалення підходів щодо диспансерного нагляду осіб в окремих групах. Результати незначної кількості досліджень, в яких намагалися порівняти клінічно-демографічні показники хворих на ХСН різної етіології та показники їх якості життя, найчастіше містять протиріччя [9, 8, 12, 15, 16].

**Мета дослідження.** Вивчити в порівняльному аспекті особливості основних клінічно-демографічних показників та показників якості життя в пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю та систолічною дисфункцією лівого шлуночка на ґрунті ішемічної хвороби серця, у тому числі в поєднанні з артеріальною гіпертензією, та на ґрунті дилатаційної кардіоміопатії.

**Матеріал і методи.** У дослідження включені пацієнти з ХСН та систолічною дисфункцією лівого шлуночка (СДЛШ), зменшенням ФВ (<40 %), II-IV функціональним класом (ФК) за критеріями NYHA, віком від 18 до 75 років (се-

редній вік складав 57 років). Загалом обстежений 391 пацієнт, серед яких 126 пацієнтів із ДКМП та 265 – із ІХС. Хворі на ІХС були додатково розподілені на підгрупи за наявністю та відсутністю АГ – 171 та 94 пацієнти відповідно. Критерії, за якими пацієнти не включені в дослідження, наступні: вік, старший 75 або молодший 18 років, безсимптомна (I ФК) дисфункцією ЛШ, гострі форми ІХС, інсульт або транзиторна ішемічна атака, давністю <6 міс., клапанні, запальні та рестриктивні ураженнями серця, гіпертрофічна 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, наявність якої унеможлилювала виконання тесту з 6-хвилинною ходьбою. Діагноз ІХС встановлювали згідно із загальноприйнятими клінічними критеріями (стенокардія та/або документований перенесений інфаркт міокарда, та/або відповідні дані коронароангіографії), діагноз ДКМП – за критеріями ВООЗ після виключення інших причин дисфункції серця [10].

Обов'язкові методи обстеження пацієнтів включали: стандартну ехокардіографію [1], рутинну електрокардіографію, стандартні лабораторні аналізи (загальноклінічні та біохімічні) відповідно до чинних стандартів діагностики [6] на базі біохімічної лабораторії ННЦ Інститут кардіології ім. акад. М.Д.Стражеска (зав. – Т.В.Пономарьова). Після досягнення хворими еуволемічного стану, стабілізації показників гемодинаміки всім обстеженим був проведений тест із 6-хвилинною ходьбою за стандартною методикою [13].

У ході дослідження для характеристики стану якості життя проведено стандартизоване опитування пацієнтів за допомогою Мінесотської анкети – Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), яка вважається «золотим» стандартом для хвороб-специфічних анкет при ХСН.

Усі хворі отримували лікування, відповідне до чинних стандартів Європейського товариства кардіологів [2, 14], яке включало діуретики, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту,  $\beta$ -адреноблокатори, а також інші засоби (продлонговані нітрати, серцеві глікозиди, антиаритмічні препарати), що призначалися за клінічними показаннями.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту "STATISTICA for Windows. Release 6.0". Вид розподілу визначали за критерієм Ліллієфорса та Шапіро-Уїлка. Якщо розподіл ознаки відрізнявся від норми, для його описання використовували медіану та інтерквартильний розмах (інтервал, що охоплює 50 % значень ознаки у виборці). Гіпотезу про вірогідність різниці значень показників у групах перевіряли за допомогою непараметричного критерію Манна-Уїтні.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Основні клінічно-інструментальні дані пацієнтів із ХСН на фоні ІХС та на фоні ДКМП надані в

Таблиця 1

**Порівняльна характеристика основних клінічно-демографічних показників у хворих на хронічну серцеву недостатність та систолічну дисфункцію лівого шлуночка на ґрунті дилатаційної кардіоміопатії та ішемічної хвороби серця**

Показники	Дилатаційна кардіоміопатія (n=126)	Ішемічна хвороба серця (n=265)	Ішемічна хвороба серця з артеріальною гіпертензією (n=171)	Ішемічна хвороба серця без артеріальної гіпертензії (n=94)	P (1-2)	P (1-3)	P (1-4)
Вік, роки	43,96 (18 – 67)	61 (35-75)	60 (35-75)	63 (44-75)	<0,01	<0,01	<0,01
Чоловіки, n (%)	97 ( 77 % )	210 ( 74 % )	121 (71%)	78 (84 %)	>0,05	>0,05	>0,05
Жінки, n (%)	29 (23%)	75 ( 26 % )	50 (29 %)	15 ( 16 % )	>0,05	>0,05	>0,05
NYHA II	11 (9 %)	17 (6 %)	11 (6,4 %)	5 (53 %)	>0,05	>0,05	>0,05
NYHA III-IV	88 (70%)	228 (80 %)	136 (80%)	74 (80 %)	<0,05	<0,05	<0,05
Тривалість симптомів СН, міс.	23,5 (10-59,0)	24 (10,5-54,5)	35 (12,0-60,0)	12 (9,0-36,0)	>0,05	>0,05	>0,05
Супутня ХОЗЛ, n (%)	31 (25 %)	99 (37 %)	71 (42 %)	28 (29 %)	<0,05	<0,01	>0,05
Супутній цукровий діабет, n (%)	5 (4 %)	43 (15 %)	22 (13 %)	14 (15 %)	<0,01	<0,01	<0,01
ІМТ, кг/м <sup>2</sup>	25,73 (23,67-28,69)	27,25 (24,03-30,84)	28,03 (25,24-31,57)	25,95 (22,98-28,38)	<0,05	<0,01	>0,05
ІМТ < 22 кг/м <sup>2</sup> , n(%)	15 (12 %)	29 (10 %)	11 (6,4 %)	17 (18,3%)	>0,05	>0,05	>0,05
ІМТ 22-25 кг/м <sup>2</sup> , n(%)	49 (39 %)	84 (30 %)	43 (25 %)	31 (33,3 %)	>0,05	<0,01	>0,05
ІМТ 26-30 кг/м <sup>2</sup> , n(%)	39 (31 %)	85 (30 %)	52 (30,6 %)	26 (28 %)	>0,05	>0,05	>0,05
ІМТ > 30 кг/м <sup>2</sup> , n(%)	23 (18 %)	87 (30 %)	65 (38 %)	19 (20,4 %)	<0,01	<0,01	>0,05
Фібриляція передсердь постійна форма, n (%)	47 (37 %)	90 (32 %)	54 (32 %)	30 (32 %)	>0,05	>0,05	>0,05
Синусовий ритм, у т.ч. з пароксизмальною ФП, n (%)	79 (63 %)	196 (68%)	117 (68%)	63 (68 %)	>0,05	>0,05	>0,05
Повна блокада ЛНПГ, n (%)	17 (13 %)	85 (30 %)	61 (36 %)	20 (22 %)	<0,01	<0,01	>0,05

Таблиця 2

**Індекс якості життя та його структура при хронічній серцевій недостатності та систолічній дисфункції лівого шлуночка у групах пацієнтів із дилатаційною кардіоміопатією, ішемічною хворобою серця, ішемічною хворобою серця із артеріальною гіпертензією та без артеріальної гіпертензії**

Показники	Дилатаційна кардіоміопатія (n=126)	Ішемічна хвороба серця (n=265)	Ішемічна хвороба серця з артеріальною гіпертензією (n=93)	Ішемічна хвороба серця без артеріальної гіпертензії (n=171)	P (1-2)	P (1-3)	P (1-4)
Індекс якості життя, бали	56 (39,0-77,0)	60 (50,0-72,0)	60 (51,0-72,5)	60 (49,0-69,0)	>0,05	>0,05	>0,05
Симптоми ХСН, бали	17,0 (12,0-22,0)	20,0 (14,0-23,0)	20,0 (15,0-23,0)	19,0 (14,0-23,0)	<0,05	<0,05	<0,05
Обмеження в повсякденному житті, бали	16,0 (11,0-21,0)	17,0 (14,0-20,0)	17,5 (14,0-20,5)	17,0 (14,0-19,0)	>0,05	>0,05	>0,05
Якість сну, бали	3,0 (1,0-5,0)	4,0 (2,0-5,0)	3,0 (3,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	>0,05	>0,05	>0,05
Соціальні наслідки ХСН, бали	12,0 (7,0-16,0)	11,0 (8,0-15,0)	12,0 (8,0-15,0)	11,0 (8,0-14,0)	>0,05	>0,05	>0,05
Психологічні наслідки ХСН, бали	5,0 (1,0-10,0)	6,0 (3,0-9,0)	6,0 (3,0-9,0)	5,0 (3,0-8,0)	>0,05	>0,05	>0,05
Сексуальні порушення внаслідок ХСН, бали	3,0 (1,0-5,0)	4,0 (2,0-5,0)	4,0 (2,0-5,0)	4,0 (2,0-5,0)	>0,05	<0,05	>0,05

Таблиця 3

**Індекс якості життя та його структура при хронічній серцевій недостатності та систолічній дисфункції лівого шлуночка у групах пацієнтів з дилатаційною кардіоміопатією та ішемічною хворобою серця, зіставним за віком**

Групи	Індекс якості життя, бали	Симптоми ХСН, бали	Обмеження в повсякденному житті, бали	Якість сну, бали	Соціальні наслідки ХСН, бали	Психологічні наслідки ХСН, бали	Сексуальні порушення внаслідок ХСН, бали
Дилатаційна кардіоміопатія (n=81)	57,0 (46,0-78,0)	19,0 (13,0-23,0)	17,0 (12,0-22,0)	4,0 (2,0-5,0)	12,0 (9,0-16,0)	6,0 (3,0-10,0)	4,0 (2,0-5,0)
Ішемічна хвороба серця (n=84)	60,0 (49,50-4,50)	18,5 (14,0-2,0)	17,0 (14,5-20,0)	3,5 (2,0-5,0)	12,0 (9,0-15,0)	6,0 (3,0-9,0)	4,0 (2,0-5,0)
P (1-2)	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

таблиці 1, яка свідчить, що хворі на ДКМП та на ІХС достовірно не відрізнялися за співвідношенням чоловіків та жінок ( $p>0,05$ ), тривалістю симптомів ХСН ( $p>0,05$ ). Порівняння вищевказаних показників між групами хворих на ДКМП із ІХС у поєднанні з АГ та без АГ демонструє аналогічні результати: пацієнти зазначених груп були зіставними за статтю та тривалістю симптоматики ХСН. Проте пацієнти із ДКМП виявилися достовірно молодшими при порівнянні з пацієнтами загальної групи ІХС ( $p<0,01$ ) та підгрупами залежно від наявності чи відсутності АГ. Так, згідно з даними інших досліджень, хворі на ДКМП також мають відмінні анамнестичні дані, характеризу-

ються більш молодим віком порівняно з хворими на ІХС, однак не відрізняються за співвідношенням чисельності чоловіків та жінок в обох групах [9, 7, 16, 15]. Натомість, за нашими даними пацієнти з ІХС проти пацієнтів із ДКМП характеризувалися більшою частотою III та IV ФК, але лише в загальній групі та в групі із супутньою АГ ( $p<0,05$  та  $p<0,05$  відповідно). Порівняння частоти III та IV ФК між групами пацієнтів із ДКМП та ІХС без АГ достовірних відмінностей не виявило ( $p>0,05$ ).

Хворі на ІХС мали достовірно більшу частоту супутнього цукрового діабету (ЦД) II типу як у загальній групі, так і в підгрупах незалежно від

наявності чи відсутності супутньої АГ, проти частоти ЦД у групі хворих на ДКМП ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,01$  відповідно). Частота хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ) достовірно більш висока серед пацієнтів із ІХС у загальній групі та ІХС із супутньою АГ порівняно із частотою ХОЗЛ серед хворих на ДКМП. Проте, групи хворих на ДКМП та ІХС без АГ достовірно не відрізнялися за часткою хворих із супутнім ХОЗЛ ( $p > 0,05$ ). Хворі з коронарогенною та некоронарогенною етіологією ХСН достовірно відрізнялися за співвідношенням середнього індексу маси тіла (ІМТ), але лише при порівнянні ІМТ між групами ДКМП з ІХС та ІХС із супутньою АГ ( $p < 0,05$  та  $p < 0,01$  відповідно). Групи осіб із ДКМП та ІХС без АГ достовірно не відрізнялися за співвідношенням середнього ІМТ ( $p > 0,05$ ). Достовірних відмінностей частоти кахексії (ІМТ  $< 22$  кг/м<sup>2</sup>) між чотирма вищевказаними групами не виявлено ( $p > 0,05$ ,  $p > 0,05$ ,  $p > 0,05$ ). Нормальний ІМТ (22-25 кг/м<sup>2</sup>) достовірно частіше (порівняно з хворими на ДКМП) траплявся в групі хворих на ІХС, але лише із супутньою АГ ( $p < 0,01$ ). Проте частка осіб із ожирінням (ІМТ  $> 30$  кг/м<sup>2</sup>) була більшою в групах пацієнтів із ІХС та ІХС із супутньою АГ проти відповідної частки осіб із ожирінням у групі ДКМП ( $p < 0,01$  та  $p < 0,01$  відповідно). Частота підвищеного ІМТ ( $> 30$  кг/м<sup>2</sup>) у групах ДКМП та ІХС без супутньої АГ достовірно не відрізнялась ( $p > 0,05$ ). За низкою даних хворі на ІХС також характеризуються

більшою частотою таких супутніх захворювань, як цукровий діабет, ХОЗЛ, ожиріння [9, 16].

У різних джерелах показана більша частота порушень ритму при ХСН із ДКМП, ніж з ІХС [12]. В інших джерелах вказано на більш часту наявність фібриляції передсердь (ФП) у хворих на ІХС порівняно з хворими на ДКМП [3]. При порівняльному аналізі частоти порушень ритму та провідності між обстеженими нами хворими чотирьох вищевказаних груп отримані наступні результати: синусовий ритм (СР) та постійна форма ФП траплялась з однаковою частотою серед пацієнтів із ДКМП та ІХС, у тому числі із супутньою АГ та без АГ (табл. 1). Проте, як видно із таблиці 1, повна блокада лівої ніжки Гіса (ПБЛНПГ) достовірно частіше траплялась серед хворих на ІХС та ІХС із супутньою АГ при порівнянні із частотою ПБЛНПГ у групі хворих на ДКМП ( $p < 0,01$  та  $p < 0,01$ ), що суперечить результатам, в яких ПБЛНПГ та інші зміни провідної системи серця виявляли серед хворих на ДКМП [11]. При порівнянні частоти ПБЛНПГ серед хворих на ДКМП та ІХС без АГ достовірних відмінностей не виявлено ( $p > 0,05$ ). Отже, виходячи із вищевказаного, бачимо, що більшість виявлених відмінностей між групами хворих на ДКМП та ІХС (частота ІІ-ІV ФК, наявність супутнього ХОЗЛ, середній ІМТ, ІМТ  $> 30$  кг/м<sup>2</sup>, частота ПБЛНПГ) зумовлена наявністю супутньої АГ у групі пацієнтів із ІХС.

На сьогодні для контролю за станом хворих на ХСН проводяться: оцінка клінічного стану пацієн-

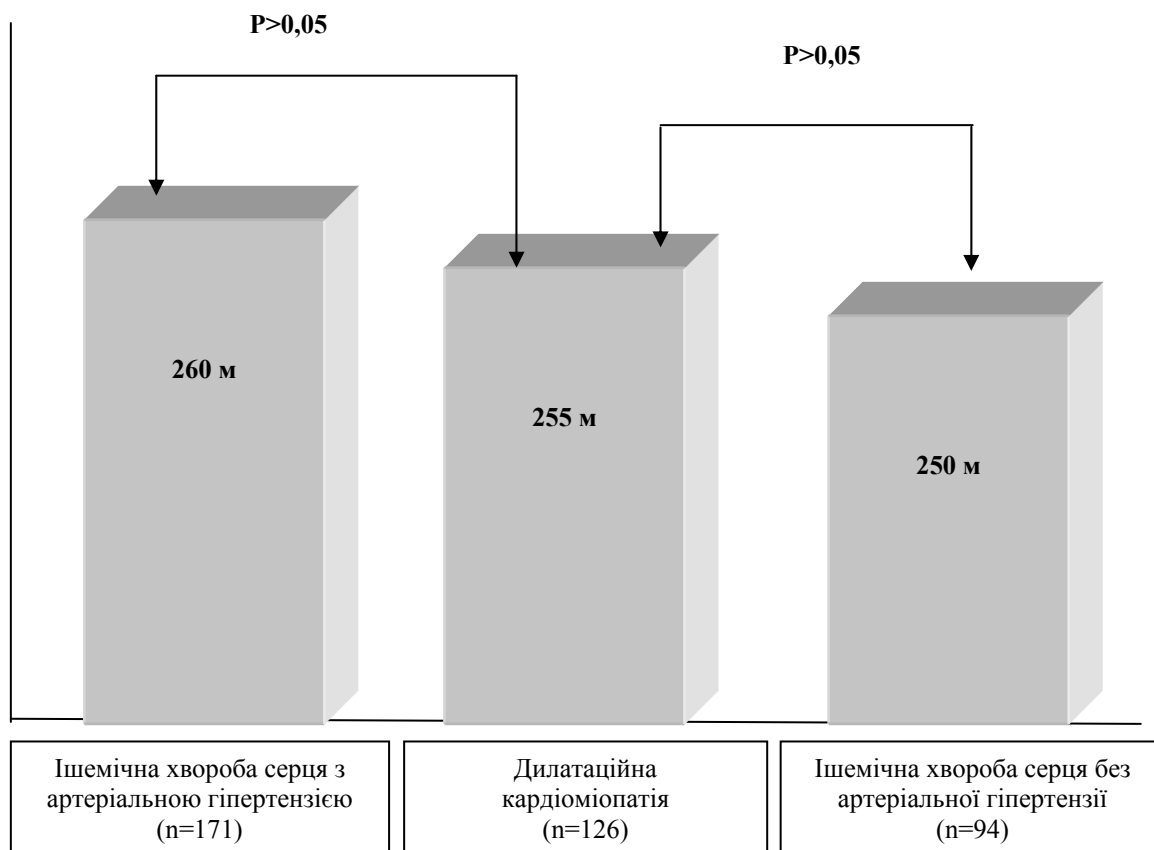


Рис. 1. Дистанція 6-хвилинної ходьби в пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю, зумовленою дилатаційною кардіоміопатією та ішемічною хворобою серця

та, оцінка якості життя хворого (яка вимірюється балами при використанні спеціальних анкет), використання 6-хвилинного тесту ходьби [8, 13]. Але на сьогодні не приділяється достатньої уваги порівнянню показників якості життя та толерантності до фізичного навантаження між хворими на ХСН різного нозологічного походження.

Так, проведений нами порівняльний аналіз індексу якості життя за бальною оцінкою анкети MNFLQ між групами ДКМП та ІХС, у тому числі із супутньою АГ та без АГ, не виявив достовірних відмінностей. Проте подальший аналіз структури порушень якості життя показав, що хворі на ІХС у загальній групі, у групах із супутньою АГ та без АГ, порівнянно із хворими на ДКМП мали більш виражену симптоматику ХСН. Достовірно виражені сексуальні порушення внаслідок ХСН виявлені лише в групі хворих на ІХС у поєднанні з АГ при порівнянні із такими в групі хворих на ДКМП ( $p < 0,05$ ), як наведено в таблиці 2. Однак при порівнянні груп хворих на ХСН та СДЛШ, відмінних за нозологією, але зіставних за віком, виявлено нівелювання попередніх достовірних відмінностей (табл. 3).

Порівняння дистанції 6-хвилинної ходьби в пацієнтів ХСН, зумовленою ДКМП та ІХС, не виявило достовірних відмінностей даного показника в зазначених групах, у т.ч. з урахуванням наявності супутньої АГ серед хворих на ІХС (рис.1).

Таким чином, стан якості життя та толерантність до фізичного навантаження хворих на ХСН практично не залежав від етіології основного захворювання. Водночас відмінності складової індексу якості життя, пов'язаної з симптомами ХСН у хворих на ДКМП та ІХС, залежали від вікового чинника (більший вік у пацієнтів із ХСН).

### Висновки

1. Для хворих на хронічну серцеву недостатність та із систолічною дисфункцією лівого шлуночка на ґрунті ішемічної хвороби серця порівнянно із групою хворих на дилатаційну кардіоміопатію характерні старший вік, більша частота проявів хронічної серцевої недостатності III-IV функціонального класу, цукрового діабету, нормального та підвищеного індексу маси тіла, повної блокади лівої ніжки Гіса. Виявлені відмінності у пацієнтів із супутньою артеріальною гіпертензією, яким притаманні зазначені зміни.

2. У хворих на хронічну серцеву недостатність та систолічну дисфункцію лівого шлуночка на ґрунті ішемічної хвороби серця більше виражене порушення якості життя порівнянно з групою хворих на дилатаційну кардіоміопатію за бальною оцінкою анкети MNFLQ. Хворі на ішемічну хворобу серця також характеризуються вираженим за відповідною шкалою оцінки сприйняттям симптомів хронічної серцевої недостатності, не залежно за наявності чи відсутності супутньої артеріальної гіпертензії. Сексуальні порушення структури якості життя між групами ішемічної та неішемічної етіології хронічної серцевої недостатності формуються за рахунок пацієн-

тів з ішемічною хворобою серця та із супутньою артеріальною гіпертензією. Вищенаведені відмінності значною мірою зумовлені віковою характеристикою хворих на ішемічну хворобу серця та на дилатаційну кардіоміопатію, ніж етіологією хронічної серцевої недостатності.

**Перспективи подальших досліджень.** Дані, отримані в результаті проведеного порівняльного дослідження клінічно-демографічних показників та показників якості життя в пацієнтів із ХСН, зумовленою ДКМП та ІХС, можуть бути використані щодо удосконалення диспансерного нагляду хворих на ХСН, а також при здійсненні наступного етапу роботи – розробці алгоритму індивідуального прогнозування ХСН.

### Література

1. Вінкенсхоф У. Ехокардіографія / У.Вінкенсхоф, І.Крук. – М.: Медична література, 2007. – 223 с.
2. Воронков Л.Г. Хронічна серцева недостатність / Л.Г.Воронков. – К.: Четверта хвиля, 2004. – 198 с.
3. Гуревич М.А. Дилатаційна та ішемічна кардіоміопатія: питання диференційної діагностики / М.А.Гуревич, П.В.Гордієнко // *Consilium medicum*. – 2003. – № 5 – С. 68-71.
4. Гуревич М.А. Досвід застосування навантажувальної добутамінової проби для диференційної діагностики дилатаційної та ішемічної кардіоміопатії / М.А.Гуревич, Б.В.Гордієнко // *Рос. кардіол. ж.* – 2004. – № 6. – С. 69-72.
5. Гуревич М.А. Диференційна діагностика некоронарогенних захворювань міокарда та ішемічної хвороби серця / М.А.Гуревич // *Consilium medicum*. – 2004. – Т. 3, № 6. – С. 54-57.
6. Загальна лікарська практика: діагностичне значення лабораторних аналізів / За ред. С.С.В'ялова, Т.А.Васіної. – М.: МЕДпресінформ, 2006. – 158 с.
7. Коваленко В.М. Серцево-судинні захворювання / В.М.Коваленко, М.І.Лутай. – К.: Четверта хвиля, 2005. – 542 с.
8. Рекомендації Української асоціації кардіологів з діагностики, лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності в дорослих / [авт. тексту Л.Г.Воронков]. – К.: Четверта хвиля, 2006. – 48 с.
9. Керівництво з кардіології / За ред. В.М.Коваленко. – К.: Моріон, 2008. – 1421 с.
10. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / За ред. В.М.Коваленко, М.І.Лутай. – К.: Асоціація кардіологів України, 2008. – 121 с.
11. Bayes-Genis A. Distinct left bundle branch block pattern in ischemic and non-ischemic dilated cardiomyopathy / A.Bayes-Genis, L.Lopes, X.Vinolans // *The Eur. Journal of Heart Failure*. – 2003. – Vol. 5, № 3. – P. 165-171.
12. Bocchianardi M. Ventricular arrhythmias of ischemic and non-ischemic heart failure patients implanted with biventricular cardioverter-defibrillators or primary or secondary prevention: in Sync

- ICD Italian registry / M.Bocchianiaro, M.Lunati // Eur. Journal of Heart Failure. – 2004. – Vol. 3, № 4. – P. 45.
13. Faggiano P. The 6 minute walking test in chronic heart failure: indications, interpretation and limitations from a review of the literature / P.Faggiano, A.D'Aloia, A.Gualeni // Eur. J. Heart Fail. – 2003. – Vol. 6, № 6. – P. 687-691.
14. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure, European Society of Cardiology // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 22. – P. 1527-1562.
15. Predicting Effects of Exercise Training in Patients With Heart Failure Secondary to Ischemic or Idiopathic Dilated Cardiomyopathy / M.Hareid [et al.] // Am. J. Cardiol. – 2008. – Vol. 102. – P. 1073-1078.
16. Relation of Systolic Blood Pressure to Survival in Both Ischemic and Nonischemic Systolic Heart Failure / A.Cheng, K.Richard, D.Horwich [et al.] // Am. J. of Cardiol. – 2008. – Vol. 102, № 3. – P. 1698-1705.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*О.М.Овчарова, Л.П.Паращенко, А.В.Ляшенко*

**Резюме.** Обследован 391 пациент с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и систолической дисфункцией левого желудочка (СДЛЖ) (фракция выброса < 40 %) II – IV функциональных классов (ФК) по критериям NYHA, которая развилась на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) (265 пациентов) и дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) (126 пациентов). Целью работы стало сравнение особенностей клинко-демографических показателей и показателей качества жизни у пациентов дилатационной кардиомиопатией и ишемической болезнью сердца, в том числе в сочетании с артериальной гипертензией (АГ). Пациенты ХСН коронарогенной этиологии характеризовались более старшим возрастом, большей частотой встречаемости III-IV ФК, сахарного диабета, нормального и повышенного индекса массы тела, полной блокады левой ножки пучка Гиса по сравнению с группой пациентов с ДКМП. Указанные отличия обусловлены за счет преобладания пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией в группе ИБС. Более выраженное нарушение качества жизни по бальной оценке анкеты MHFLQ определяется в группе больных с ИБС по сравнению с группой пациентов с ДКМП. Вышеуказанные отличия обусловлены, главным образом, возрастной характеристикой больных с ИБС и ДКМП, чем этиологией ХСН.

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, дилатационная кардиомиопатия, артериальная гипертензия, качество жизни.

### A COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF THE BASIC CLINICO-DEMOGRAPHIC PARAMETERS AND AN EVALUATION OF LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE DUE TO DILATED CARDIOMYOPATHY AND CORONARY DISEASE

*O.M.Ovcharova, L.P.Parashcheniuk, A.V.Liashenko*

**Abstract.** We have examined 391 patients with chronic heart failure (CHF) and left ventricular systolic dysfunction (LVSD) (ejection fraction < 40%) of functional classes (FC) II-IV based on the NYHA criteria that developed against a background of coronary disease (CD) (265 patients) and dilated cardiomyopathy (DCMP) (126 patients). The object of the paper was a comparison of the basic clinico-demographic indices and life quality markers in the patients with CHF and LVSD associated with DCMP, including in combination with arterial hypertension (AH) and associated with DCMP. As a result of an investigation it has been found out that the patients with CHF and LVSD against a background of CD in comparison with the group of patients with DCMP are characterized by an older age, a higher case rate of FC-II-IV, diabetes mellitus, a normal and increased body mass index (BMI), a complete block of the left peduncle of the His bundle. The detection distinctions are due to a predomination of patients with concomitant AH among the examined persons with CD. A more marked impairment of the quality of life is observed in the patients with CHF and LVSD against a background of CD in comparison with the group with DCMP according to the score system of the MHFLQ survey. However, the above – mentioned differences are largely due to the age-specific characteristic of the patients with CD and DCMP than CHF etiology.

**Key words:** chronic heart failure, coronary disease, dilated cardiomyopathy, arterial hypertension, life quality.

NSC «M.D. Strazhesko Institute of Cardiology» of Ukraine's AMS" (Kyiv)

Рецензент – проф. В.К.Ташук

Buk. Med. Herald. – 2009. – Vol. 13, № 3. – P.49-54

Надійшла до редакції 13.07.2009 року