

УДК: 613.26+616.36+616.12-008.313+616.125

ВПЛИВ КОМБІНАЦІЇ НУТРИЦІЄНТІВ НА СТАН МІОКАРДА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Ольга ЦІДИЛО

Наукові керівники: доктор філософії, ас. Андрій ГЕРАЩЕНКО, аспірант Олесь ТЕСЛЕНКО, доктор філософії Микита БЄЛІНСЬКИЙ

Кафедра терапії, сімейної та екстреної медицини післядипломної освіти

Івано-Франківський національний медичний університет

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) є однією з найбільш поширених патологій гепатобіліарної системи у світі. Вона виникає через надмірне накопичення жиру в тканинах печінки за відсутності вживання алкоголю або інших етіологічних факторів. За даними досліджень, у 2017 році глобальна поширеність НАЖХП досягла 882 мільйони випадків, проте цей показник може бути навіть вищим через низький рівень діагностики, особливо у групах підвищеного ризику, де хвороба має безсимптомний перебіг. Фібриляція передсердь (ФП) є найпоширенішою формою порушення серцевого ритму, що має значний вплив на підвищення серцево-судинної смертності. ФП супроводжується численними несприятливими наслідками, зокрема, підвищеним ризиком тромбоемболічних ускладнень, серед яких найнебезпечнішим є інсульт. Очікується, що до 2030 року кількість випадків ФП у США досягне 12,1 мільйона. У пацієнтів із НАЖХП ФП часто має більш агресивний перебіг, що пов'язано з підвищеним рівнем системного запалення та оксидативного стресу, які погіршують прогноз та сприяють прогресуванню серцево-судинної патології

Мета. Метою дослідження було оцінити ефективність додавання урсодеоксихолевої кислоти (УДХК) та кверцетину до стандартної терапії у пацієнтів із НАЖХП та ФП з метою покращення функціонального стану міокарда.

Матеріали і методи. Дослідження було проспективним, рандомізованим, контрольованим, включало 127 пацієнтів з діагностованою НАЖХП та супутньою ФП, які були розподілені на три групи: Група 1 отримувала стандартне лікування (n=42), група 2 - стандарт-

не лікування плюс УДХК (n=44) і група 3 - стандартне лікування плюс УДХК і кверцетин (n=41). Ехокардіографія (ЕхоКГ) виконувалася на апараті Siemens NX3 Elite (Siemens, Німеччина). Процедура включала комплексний аналіз структур і функцій серця за допомогою різних зрізів та методів вимірювання.

Результати. Середній вік пацієнтів у групах був порівнянним: у групі 1 – 51 рік, у групі 2 – 52,5 роки, а у групі 3 – 50 років. Статистично достовірної різниці між групами не було ($p = 0,214$). Гендерний розподіл також не відрізнявся між групами: у групі 1 чоловіки становили 35,7%, а жінки – 64,3%; у групі 2 частка чоловіків складала 38,6%, а жінок – 61,4%; у групі 3 чоловіки становили 36,6%, а жінки – 63,4%. Порівняння поширеності різних форм фібриляції передсердь показало, що пароксизмальна ФП була найпоширенішою формою у всіх групах: У групі 1 вона спостерігалася у 61,9% пацієнтів, у групі 2 – у 54,5%, а у групі 3 – у 65,9%. Персистуюча форма ФП була діагностована у 21,4% пацієнтів групи 1, 27,3% групи 2 та 19,5% групи 3. Постійна форма ФП виявлялася рідше: у 16,7% пацієнтів групи 1, 18,2% групи 2 та 14,6% групи 3. Відмінності між групами за формами ФП були статистично недостовірними ($p = 0,871$). Індекс маси тіла у всіх трьох групах був порівнянним: У групі 1 медіана ІМТ становила 32,61 кг/м² (29,98–36,51). У групі 2 – 32,23 кг/м² (29,75–35,39). У групі 3 – 33,24 кг/м² (30,09–35,79). Статистичний аналіз не виявив достовірної різниці між групами за показниками ІМТ ($p = 0,797$). На початковому етапі вимірювання діаметру лівого передсердя були подібними в усіх трьох групах. Після лікування в усіх групах спостерігалася зменшення діаметра лівого передсердя. У групі 3 спостерігалася найбільш значне зменшення (-6,77%, $p=0,011$), що свідчить про потенційне покращення ремоделювання передсердь. Щодо об'єму ЛП, зміни в групах 1 і 2 були менш вираженими ніж у групі 3, проте воно не було статистично значущим. Після лікування не спостерігалася значних змін в об'ємі лівого передсердя в усіх групах. Втім, індекс об'єму лівого передсердя достовірного покращився у групі 3 порівняно із контрольною групою. Фракція викиду ЛШ покращилася у всіх групах, з найбільш значним збільшенням у групі 3 (7,74%, $p=0,001$). Результати вказують на те, що комбінована схема лікування в групі 3 призвела до покращення скоротливої функції. В групі 3 спостерігалася вірогідне збільшення співвідношення Е/А (32,04%, $p=0,001$), що свідчить про покращення діастолічного наповнення та потенційно кращу загаль-

ну серцеву функцію. На противагу цьому, в групі 1 спостерігалось зниження співвідношення E/A , а в групі 2 - незначне підвищення. Співвідношення E/e' , яке зазвичай використовується для оцінки тиску наповнення лівого шлуночка, показало достовірне зниження в групі 3 (-17,59%, $p=0,034$). Це свідчить про можливе зниження діастолічного тиску лівого шлуночка та покращення серцевої функції. Однак у групах 1 і 2 достовірних змін не спостерігалось.

Висновки. Додавання УДХК та кверцетину до стандартних схем лікування НАЖХП та фібриляції передсердь сприяє покращенню систолічної функції серця, що виразилося в достовірно вищих значеннях ФВ ЛШ у пацієнтів групи 3. Досліджувані нутріцієнти також сприяють покращенню діастолічної функції лівого шлуночка, що відображалось у нижчих значеннях відношення E/e' та вищих значеннях відношення E/A .