

Rezumatul activității și a rezultatelor obținute în subprogram în anul 2025**Denumirea subprogramului: Managementul integrat al pacientului comorbid cu insuficiență cardiacă ischemică și sindrom cardiovascular-reno-metabolic**

Codul subprogramului: 090103

Rezumat:

Material. Au fost colectate datele primare a 221 pacienți (pct) incluși în studiul MIIC-SCRM în anul curent și 505 pacienți cu insuficiență cardiacă cronică (ICC) simptomatică de etiologie ischemică folosind baza de date a laboratorului insuficiență cardiacă. Vârsta medie de $63,5 \pm 0,4$ ani, dintre care bărbații au constituit 79,4% (401 pct), iar femeile – 20,6% (104 pct). Pacienții au fost divizați în două grupuri în raport cu valoarea ratei filtrării glomerulare (RFG): gr.1 - RFG < $60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ constituie boala cronică renală moderat-severă (BCRm-s) – 93 pacienți (18,4%) și gr.2 – lotul de control RFG - normală sau ușor redusă $\geq 60 \text{ ml/min/1,73m}^2$ - BCRn-u normală sau ușor redusă înregistrând o pondere de 81,5% (412 pct). **Metode.** Sindromul de insuficiență cardiacă cronică a fost caracterizat prin semnele și simptomele clinice caracteristice, durata instalării, clasa funcțională, stadiul, fenotipul, valoarea markerului biochimic NT-proBNP, parametrii remodelării și funcției ventriculelor, prezența și valoarea hipertensiunii pulmonare, capacitatea de efort fizic. Fiecare cercetător științific a completat și analizat o serie de chestionare, care sunt utilizate pentru caracterizarea evoluției bolii: analiza a 17 comorbidități (chestionarul Charlson), indicele de stare a activității fizice Duke, riscul de evenimente cardiovasculare acute repetate (SMART), prognoza supraviețuirii și mortalității pacienților cu ICC la 1-3-5 ani de supraveghere (SHFM). **Rezultate.** Principalii factori de risc cardiometabolic (obezitatea, diabetul zaharat, spectrul lipidic, hipertensiunea arterială) au fost repartizați omogen în două grupuri, spre deosebire de parametrii clinici ai bolii aterosclerotice cardiace, caracteristicile sindromului de insuficiență cardiacă și comorbidități, aceștia înregistrând cele mai importante deosebiri semnificative. Astfel, a predominat ponderea pacienților, care au suportat angioplastie coronariană în antecedente, au avut o durată mai mare a ICC, clasa funcțională a ICC mai avansată, valoare medie a fracției de ejeție din ventriculul stâng mai mică și nivelul seric al markerului insuficienței cardiace NT-proBNP a fost de trei ori mai mare în grupul de cercetare comparativ cu control. Capacitatea de efort apreciată în testul de efort cardiopulmonar (TECP) și Indicele de stare a activității fizice Duke a fost inferioare în grupul gr.1. La prima etapă prognoza supraviețuirii și a riscului de mortalitate la 1, 3, 5 ani, a semnatificat o agravare continuă, predominând în lotul de cercetare comparativ cu control. La etapa 3 luni după externarea din spital s-au înregistrat modificări pozitive în lotul total de pacienți, demonstrând majorarea RFG, a fracției de ejeție din ventriculul stâng și reducerea nivelului seric al markerului insuficienței cardiace NT-proBNP. S-a înregistrat o corelație negativă dintre NT-proBNP și RFG, $r = -0,294$, $p < 0,001$. **Concluzii.** 1. Pacienții cu BCR moderat-severă au fost semnificativ mai vârstnici, cu o rată superioară a PCI în antecedente, prezentând un indice al comorbidităților Charlson mai înalt. 2. ICC la gr 1. BCR moderat-severă, se distinge printr-o durată prelungită a ICC, nivel seric superior al NT-proBNP, o rată mai mare a ICC CF III și IV NYHA și fenotip insuficiență cardiacă cu fracția de ejeție redusă. 3. Capacitatea de efort exprimată prin VO_{2p} în BCR moderat-severă a fost redusă notabil. 4. SMART Risk a înregistrat o valoare elevată considerabil în grupul BCR moderat-severă. 5. La etapa 3 luni de supraveghere după evenimentul cardiac acut s-a atestat ameliorarea evoluției insuficienței cardiace concomitent cu majorarea ratei filtrării glomerulare.

Summary:

Material. Primary data were collected from 221 patients (pts) included in the MIIC-SCRM study in the current year and 505 patients with symptomatic chronic heart failure (CHF) of ischemic etiology using the heart failure laboratory database. Mean age 63.5 ± 0.4 years, of which men constituted 79.4% (401 pts), and women – 20.6% (104 pts). Patients were divided into two groups according to the value of glomerular filtration rate (GFR): gr.1 - $GFR < 60 \text{ ml/min/1.73m}^2$ constitutes moderate-severe chronic kidney disease (BCRm-s) - 93 patients (18.4%) and gr.2 - control group GFR - normal or slightly reduced $\geq 60 \text{ ml/min/1.73m}^2$ - BCRn-u normal or slightly reduced recording a burden of 81.5% (412 pts). **Methods:** Chronic heart failure syndrome was characterized by characteristic clinical signs and symptoms, duration of installation, functional class, stage, phenotype, value of the biochemical marker NT-proBNP, parameters of ventricular remodeling and function, presence and value of pulmonary hypertension, physical exercise capacity. Each scientific researcher completed and analyzed a series of questionnaires, which are used to characterize the course of the disease: analysis of 17 comorbidities (Charlson questionnaire), Duke physical activity status index, risk of repeated acute cardiovascular events (SMART), prognosis of survival and mortality of patients with CHF at 1-3-5 years of surveillance (SHFM). **Results.** The main cardiometabolic risk factors (obesity, diabetes mellitus, lipid spectrum, arterial hypertension) were homogeneously distributed in two groups, unlike the clinical parameters of atherosclerotic heart disease, characteristics of heart failure syndrome and comorbidities, which recorded the most important significant differences. Thus, the proportion of patients who had undergone coronary angioplasty in the past prevailed, had a longer duration of CHF, a more advanced functional class of CHF, a lower mean value of the left ventricular ejection fraction and the serum level of the heart failure marker NT-proBNP was three times higher in the research group compared to the control. The exercise capacity assessed in the cardiopulmonary exercise test (TECP) and the Duke Physical Activity Status Index were lower in the gr.1 group. At the first stage, the prognosis of survival and the risk of mortality at 1, 3, 5 years signified a continuous worsening, prevailing in the research group compared to the control. At the stage of 3 months after discharge from the hospital, positive changes were recorded in the total group of patients, demonstrating an increase in GFR, left ventricular ejection fraction and a reduction in the serum level of the heart failure marker NT-proBNP. There was a negative correlation between NT-proBNP and GFR, $r = -0.294$, $p < 0.001$. **Conclusions.** 1. Patients with moderate-severe CKD were significantly older, with a higher rate of prior PCI, presenting a higher Charlson comorbidity index. 2. CHF at gr 1. with moderate-severe CKD is distinguished by a prolonged duration, higher serum NT-proBNP levels, a higher rate of CHF in NYHA class III and IV, and a heart failure phenotype with reduced ejection fraction. 3. Exercise capacity expressed by VO_{2p} in moderate-severe CKD was significantly reduced. 4. SMART Risk recorded a considerably elevated value in the moderate-severe CKD group. 5. At the 3-month follow-up stage after the acute cardiac event, improvement in the evolution of heart failure was observed, along with an increase in the glomerular filtration rate.

Coordonatorul subprogramului
de cercetare

Vataman Eleonora

(numele, prenumele)

(semnătura)

Data: _____