

КЕ лікування оцінювались паралельно – лікар/пацієнт і базувалась на клініко-біохімічних та УЗ критеріях НАСГ.

Результати. Виявлено позитивну динаміку маркерів захворювання: збільшилась кількість хворих із нормальним рівнем активності ферментів (в 2,6 разів); УЗ критерії НАСГ (ехогеність, однорідність паренхіми, імпеданс печінки) у 71,4% хворих I групи через 3 міс. зменшились в 2,1, 3 та 2,6 разів відповідно. В II групі аналогічні показники були лише у 36% пацієнтів. Загальна ефективність лікування як добра визначена лікарями у 82,9%, пацієнтами у 91,4%.

Висновки. Включення альфа-ліпоевої кислоти до складу комплексного лікування хворих на НАСГ дозволило досягнути значного клініко-лабораторного ефекту. Таким чином, на основі отриманих результатів можна рекомендувати включення альфа-ліпоевої кислоти в базисне лікування хворих на НАСГ.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ АДИПОЦИТОКИНОВ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

*Гопцій Е.В., Буряковская Е.А., Вовченко М.Н.*

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков  
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМНУ», г.  
Харьков*

Цель. Изучить взаимосвязь инсулина с уровнем лептина и ФНО-альфа у больных гипертонической болезнью с повышенной массой тела.

Материалы и методы. Обследовано 123 больных гипертонической болезнью с повышенной массой тела, средний возраст 53,87±0,92 лет. Уровень лептина, ФНО-альфа, инсулина определяли иммуноферментным методом. Индекс инсулинорезистентности (индекс НОМА) рассчитывали по формуле.

Результаты и их обсуждение. Всех больных разделили на тертили в зависимости от уровня инсулина в крови натощак: 1-й тертиль (n=41) - уровень инсулина составил от 1,75 до 7,66 мкЕд/мл; 2-й тертиль (n=41) - от 7,72 до 14,44 мкЕд/мл, 3-й тертиль (n=41) - от 14,45 до 77,20 мкЕд/мл.

При сравнении уровня ФНО-альфа и индекса инсулинорезистентности в тертилях выявлено четкое и достоверное увеличение данного показателя параллельно повышению уровня инсулина в крови: 1 тертиль - ФНО-альфа (5,42±0,044 пг/мл), индекс НОМА (1,04±0,05 усл.ед.), 2 тертиль - ФНО-альфа (6,71±0,38 пг/мл), индекс НОМА (2,04±0,09 усл.ед.), 3 тертиль - ФНО-альфа (10,38±0,070 пг/мл), индекс НОМА (7,35±0,70 усл.ед.), (p<0,05). Подобная тенденция к увеличению наблюдалась при сопоставлении уровня лептина: 1 тертиль (9,84±0,156 нг/мл, у мужчин - 7,03±0,79 нг/мл, у женщин - 12,03±2,64 нг/мл); 2 тертиль (10,30±0,79 нг/мл, у мужчин - 7,32±0,77 нг/мл, у женщин - 11,52±0,99 нг/мл), 3 тертиль (12,74±0,80 нг/мл, у мужчин - 11,94±1,37 нг/мл, у женщин - 13,30±0,96 нг/мл), (p<0,05 между 3 тертилем и 1, 2 тертилем).

Корреляционная связь показала прямую достоверную зависимость между

уровнем інсуліна і лептіна ( $R=0,32$ ;  $p=0,04$ ), урівнем ФНО- $\alpha$  ( $R=0,36$ ;  $p=0,002$ ), індексом НОМА ( $R=0,86$ ;  $p=0,0001$ ) у больних 2-го тертіля. Межу урівнем інсуліна і лептіна ( $R=0,46$ ;  $p=0,002$ ), урівнем ФНО- $\alpha$  ( $R=0,44$ ;  $p=0,004$ ), індексом НОМА ( $R=0,96$ ;  $p=0,0001$ ) у пацієнтів 3-го тертіля.

Выводи. Установлено, що збільшення урівня адипоцитокінів у крові пацієнтів гіпертонічної болєзньою підвищується паралельно збільшенню содержанія інсуліна, що підтверджує вплив ФНО-альфа і лептіна на розвитке гіперінсулінемії у гіпертензивних пацієнтів с підвищеною масою тіла.

## **ВИЗНАЧЕННЯ ФУНКЦІЇ СИСТОЛИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКУ ПРІ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА ЯК ОЦІНКА РИЗИКУ ПРОГРЕСУВАННЯ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ**

*Гречко С.І., Трефаненко І.В., Савчук О.В.*

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці*

Серцева недостатність (СН) є одним з найпоширеніших хронічних станів, що впливають на розвиток і прогресування серцево-судинних захворювань (ССЗ). Для визначення клінічних ознак прогресування СН обстежено 76 хворих. Клінічні ознаки СН виявлялися у 25 (32,8%) хворих, об'єднаних в 1-у групу, в тому числі, СН II функціонального класу (ФК) було діагностовано у 17 (22,3%), СН III ФК - у 6 (7,9%) і СН IV ФК у 2 (2,6%) обстежених. У 51 (67,1%) хворого під час обстеження через 6 міс. після розвитку ІМ симптоми СН не визначалися - ці пацієнти склали 2-у групу. Кінцевий діастолічний об'єм (КДО) і кінцевий систолічний об'єм (КСО) не змінювалися за час спостереження ні в 1-ій, ні в 2-ій групі хворих. Показники КДО і КСО у хворих 1-ої групи на всіх етапах спостереження були достовірно більшими, ніж у хворих 2-ої групи ( $p<0,05$ ). Був виявлений стійкий і щільний зв'язок значень показників, які характеризують функцію систоли лівого шлуночка, з наявністю і вираженістю СН в післяінфарктному періоді.

Серед хворих на інфаркт міокарда (ІМ), як перший прояв ІХС, СН у післяінфарктному періоді виникала у 23% випадків, тоді як у пацієнтів із стенокардією давністю більше року до розвитку ІМ частота СН складала 46,8%. Значно частіше СН в післяінфарктному періоді виявлялася у пацієнтів із стабільним підвищенням артеріального тиску (АТ) (46,2%) в порівнянні з хворими без артеріальної гіпертензії (26,7%) або з лабільним підвищенням АТ (32,9%). У хворих з супутньою легеневою патологією СН виявлялася в 2 рази частіше, ніж у пацієнтів без захворювань органів дихання (55,6% порівняно з 27,5%). Частіше діагностували прояви СН через 6 місяців у пацієнтів з передньою локалізацією ІМ - у 38,2% випадків, тоді як при нижній локалізації вогнища некрозу - тільки у 23,7% випадків. Достовірно частіше перебіг післяінфарктного періоду ускладнювався розвитком СН при повторному ІМ, ніж при первинному (66,7 і 27,0% відповідно). Частота розвитку СН в післяінфарктному періоді залежала від наявності клінічних ознак недостатності лівого шлуночка (ЛШ) в гострому і підгострому періодах ІМ та при виписці із стаціонару. Симптоми СН у післяінфарктному періоді виявлялись у 74,1% хворих, що