

сування запобігатиме прогресуванню серцево-судинних ускладнень у цієї категорії пацієнтів.

Біохімічні маркери атерогенезу та синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини

А.А. Заздравнов

Харківський національний медичний університет

Перебіг багатьох поширених ревматологічних захворювань (ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, системна склеродермія, подагра) супроводжується підвищенням інтенсивності атерогенезу. Синдром недиференційованої дисплазії сполучної тканини (СНДСТ) є одним з найбільш поширених генетично обумовлених захворювань сполучної тканини. Структурні зміни серцево-судинної системи спостерігаються у 80 % хворих на СНДСТ. Найбільш типовими з них є пролапс мітрального клапана, аномально розташовані хорди, варикозне розширення вен. Більше того, існує виважена думка, що пролапс мітрального клапана є серцевим маркером для СНДСТ. Таким чином, серце та судини являють собою організовані для СНДСТ. Проте проблема виникнення атеросклеротичного процесу на тлі цього синдрому залишається невивченою. Тому оцінка біохімічних маркерів атерогенезу при СНДСТ є актуальною як для ревматологічної, так і для кардіологічної клініки.

Мета – вивчити біохімічні маркери атерогенезу у хворих на СНДСТ різних вікових груп.

Матеріал і методи. Обстежено 38 пацієнтів з СНДСТ, у тому числі 27 пацієнтів у віці 25–44 роки (молодий вік) та 11 пацієнтів у віці 45–60 років (середній вік). Обов'язковими критеріями для включення було залучення серцево-судинної системи у цих хворих. У всіх пацієнтів досліджували рівень загального холестерину (ЗХ), холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ), сечової кислоти (СК). Результати дослідження порівнювали з показниками цих маркерів у 20 практично здорових осіб у віці 25–44 років (контрольна група 1) і 20 практично здорових осіб у віці 45–60 років (контрольна група 2). Для статистичної обробки результатів використовувався t-критерій Стьюдента.

Результати. У молодих хворих на СНДСТ рівень ЗХ в сироватці крові був ($4,0 \pm 0,13$) ммоль/л, ЛПНЩ – ($2,9 \pm 0,09$) ммоль/л, а СК – ($268 \pm 24,1$) мкмоль/л. В контрольній групі 1 сироватковий вміст цих маркерів був у межах ($4,1 \pm 0,17$) ммоль/л; ($2,8 \pm 0,11$) ммоль/л та ($284 \pm 26,2$) ммоль/л відповідно. Виявлені величини не мали статистичних відмінностей при їх

порівнянні з аналогічними показниками молодих хворих ($p > 0,05$). У пацієнтів середнього віку з СНДСТ рівень ЗХ становив ($4,4 \pm 0,12$) ммоль/л, ЛПНЩ – ($2,8 \pm 0,10$) ммоль/л, а СК – ($312 \pm 29,5$) ммоль/л. Вміст ЗХ та СК у хворих середнього віку були дещо збільшені порівняно з маркерами молодих пацієнтів – вочевидь мав місце віковий аспект атерогенезу, проте дані зміни мали характер лише тенденції ($p > 0,05$). У контрольній групі 2 величини означених маркерів дорівнювали: ЗХ – ($4,4 \pm 0,09$) ммоль/л, ЛПНЩ – ($2,9 \pm 0,11$) ммоль/л, а СК – ($304 \pm 26,5$) ммоль/л. Таким чином, статистичних відмінностей у вмісті маркерів атерогенезу в осіб середнього віку при порівнянні з контрольною групою 2 не спостерігалось ($p > 0,05$). Отже, метаболічні зміни, які супроводжують перебіг СНДСТ, не істотно не впливали на атерогенез.

Висновки. Рівень біохімічних маркерів атерогенезу не збільшується у молодих хворих і хворих середнього віку з СНДСТ порівняно з загальнопопуляційним рівнем у відповідних вікових групах. Серцево-судинна патологія в цих хворих обумовлена насамперед структурно-функціональними змінами серця та судин внаслідок дегенерації сполучної тканини.

Вплив індивідуального навчання основам медичних знань на основні фактори серцево-судинного ризику

Г.С. Ісаєва, Л.А. Рєзнік, М.М. Вовченко,
О.О. Буряковська

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої
НАМН України», Харків

Мета – встановити вплив індивідуального навчання основам медичних знань у доповнення до сучасної медикаментозної терапії на ефективність контролю основних факторів кардіоваскулярного ризику.

Матеріал і методи. Обстежено 75 хворих високого та дуже високого серцево-судинного ризику, з них 25 осіб (33 %) – чоловіки, 50 осіб (66 %) – жінки. Середній вік хворих – ($61,63 \pm 10,74$) року. У дослідження включали хворих, які отримували медикаментозну терапію відповідно до сучасних стандартів. Пацієнти відвідували клініку 1 раз на місяць. Всього було 9 візитів. З пацієнтом по черзі (сам на сам) спілкувалися кардіолог, ендокринолог, дієтолог, стоматолог і інструктор з лікувальної фізкультури. Тривалість індивідуальної консультації з кожним спеціалістом – 15 хвилин. Хворі були обстежені до та наприкінці циклу консультацій. Визначали антропометричні показники (індекс маси тіла (ІМТ), склад тіла (кількість жирової і м'язової тканини, вісцерального жиру), рівень