

шення віку хворого. Встановлено, що коморбідні захворювання зокрема артеріальна гіпертензія (АГ) та цукровий діабет (ЦД) є факторами ризику важкого перебігу коронавірусної хвороби COVID-19 та летальності.

Мета – вивчити вплив статинів та антигіпертензивних препаратів на перебіг коронавірусної хвороби COVID-19, ускладненої пневмонією.

Матеріали і методи. Обстежено 135 невакцинованих пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу коронавірусної хвороби COVID-19, ускладненої пневмонією. Пацієнтів поділено на 2 групи: основна група, яка включала 106 пацієнтів з АГ, та контрольна група, до складу якої увійшло 29 пацієнтів, які не хворіли на АГ. Основну групу поділено на дві підгрупи: перша підгрупа – 29 пацієнтів якої приймали статини, та друга – 77 пацієнтів які не приймали статини.

Результати. У пацієнтів основної групи індекс маси тіла у пацієнтів, які померли, виявився вищим, ніж у пацієнтів, які одужали ($p=0,02$). В основній групі 12 (11,3 %) пацієнтів померли, а в контрольній групі – 2 (6,9 %) пацієнтів. Середній вік померлих обох груп був вищим за середній вік тих, хто вижив ($p=0,035$). Встановлено, що пацієнти з ЦД мали вищу летальність, ніж пацієнти, які не хворіли ЦД (ВР – 2,96 [1,01–8,67], $p=0,047$). Рівень креатиніну на момент госпіталізації статистично достовірно не відрізнявся у обох групах ($p=0,66$), однак на момент виписки був вищим у основній групі ($(97,8\pm 4,0)$ мкмоль/л), ніж у контрольній групі ($(84,2\pm 6,2)$ мкмоль/л) ($p=0,008$). Ймовірними причинами цього могла бути нефротоксична дія антибіотиків на тлі пошкодження нирок вірусом SARS-CoV-2. Статини не зменшували загальну летальність госпіталізованих пацієнтів (ВР – 0,24 [0,03–1,79], $p=0,16$) та потребу в оксигенотерапії (ВР – 0,84 [0,51–1,37], $p=0,48$), але зменшували ризик падіння сатурації кисню до рівня <92 % та знижували летальність у пацієнтів віком ≥ 65 років з ІМТ $\geq 25,0$ кг/м² на 67,3 % ($p=0,03$). Розлади нюху спостерігалися рідше у пацієнтів, які приймали статини ($p=0,03$).

Висновки. 1. Летальність внаслідок COVID-19, ускладненої пневмонією, у невакцинованих пацієнтів з АГ, які перебували на стаціонарному лікуванні, становила 11,3 %. 2. Збільшення індексу маси тіла, наявність ЦД та похилий вік є факторами ризику летального наслідку при COVID-19, ускладненій пневмонією. 3. На момент виписки у пацієнтів з АГ рівень креатиніну та сечовини є вищим, ніж у пацієнтів, які не хворіють АГ. 4. Статини знижують летальність при коронавірусній хворобі у пацієнтів віком ≥ 65 років з ІМТ $\geq 25,0$ кг/м² та АГ, але не впливають на загальну летальність.

Зв'язок показників обміну селену та протизапальної відповіді у пацієнтів з гіпертонічною хворобою та неалкогольною жировою хворобою печінки

І.І. Тверезовська, Н.М. Железнякова

Харківський національний медичний університет

Новітні дослідження розглядають оксидативний стрес як ключовий елемент у патогенезі розвитку серцево-судинної патології та неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП).

Селенопротеїн Р (Сел Р) синтезується в гепатоцитах та є основним джерелом селену в організмі, обумовлюючи активацію та підтримку антиоксидантного захисту. Інтерлейкін-10 (ІЛ-10) є одним із основних протизапальних цитокінів, дія яких безпосередньо спрямована на запобігання запалення та формування фіброзу

Мета – дослідити рівні та взаємозв'язки Сел Р та ІЛ-10 у пацієнтів із ГХ та супутньою НАЖХП.

Матеріали і методи. До дослідження увійшло 100 пацієнтів: 49 основної групи мали супутній перебіг НАЖХП та гіпертонічної хвороби (ГХ), та 51 групи порівняння – ізольований перебіг НАЖХП. Група контролю представлена 20 відносно здоровими особами. За гендерним розподілом групи були зіставні ($p=0,544$), в усіх групах переважала частка жінок: в основній групі 67,3 % (33 особи), у групі порівняння 58,8 % (30 осіб), у групі контролю – 55 % (11 осіб). Віковий показник у досліджуваних хворих також не мав статистичних розбіжностей ($p>0,05$): медіанний вік основної групи становив 51,0 [45,0; 56,0] років; групи порівняння – 52,0 [47,0; 54,0] роки та контролю – 51,0 [45,0; 55,0] років.

Серед пацієнтів основної групи 1 ступінь ГХ мали 14 осіб (28,6 %), 2 ступінь – 35 осіб (71,4 %); 1 та 2 стадію ГХ – відповідно 16 осіб (32,7 %) та 33 особи (67,3 %).

Рівні Сел Р та ІЛ-10 визначали за допомогою імунофлуоресцентного методу (ElabScience Human IL-8 ELISA).

Для статистичних розрахунків застосовували IBM SPSS 25.0 для Windows.

Результати. Медіанний систолічний артеріальний тиск був: 150,0 [145,0; 158,0] мм рт. ст. в основній, 125,0 [115,0; 130,0] мм рт. ст. у групі порівняння, 120,0 [110,0; 120,0] мм рт. ст. – контролю. Медіанний діастолічний артеріальний тиск відповідно 90,0 [85,0; 90,0] мм рт. ст. та по 80,0 [70,0; 80,0] мм рт. ст. у групах порівняння та контролю.

Рівні Сел Р були найменшими в основній групі – 19,7 [8,0; 26,7] нг/мл ($p_{1-2} < 0,001$), найбільшими в групі контролю – 71,0 [54,3; 76,1] нг/мл ($p_1 < 0,001$), а в групі порівняння вдвічі більшими за основну групу 43,1 [41,3; 45,4] нг/мл ($p_{2-3} < 0,001$).

Найбільший рівень ІЛ-10 рееструвався у пацієнтів основної групи 20,3 [17,1; 24,4] пг/мл ($p_{1-2} < 0,001$), а найменший – у групі контролю 3,6 [2,8; 5,0] пг/мл ($p_1 < 0,001$), у групі порівняння 12,1 [10,5; 13,7] пг/мл ($p_{2-3} < 0,001$).

У пацієнтів основної групи Сел Р достовірно прямо корелював із ІЛ-10 ($\rho = 0,289$, $p = 0,044$). У пацієнтів групи порівняння САТ та ДАТ прямо корелювали з ІЛ-10 ($r_1 = 0,295$, $r_1 = 0,036$ та $r_2 = 0,263$, $r_2 = 0,063$).

Висновки. Зниження рівнів Сел Р та підвищення ІЛ-10 у пацієнтів із ГХ у поєднанні з НАЖХП може бути обумовлено супутньою гіпертензивною ендотеліопатією внаслідок хронічного підвищення системного тиску та більш інтенсивним вторинно-потенційованим ураженням паренхіми печінки. Це додатково підтверджується відсутністю кореляції Сел Р та ІЛ-10 у пацієнтів із ізольованою НАЖХП. При цьому пряма кореляція Сел Р та ІЛ-10 у пацієнтів з коморбідними ГХ та НАЖХП може свідчити про взаємозалежність протизапальної відповіді та активності антиоксидантної системи за наявності підвищення системного артеріального тиску у таких пацієнтів.

Вплив комплексного лікування на діастолічну функцію лівого шлуночка в пацієнтів з ізольованою систолічною артеріальною гіпертензією у поєднанні з ішемічною хворобою

С.О. Шейко

Дніпровський державний медичний університет

Мета – визначити прогностичні фактори поліпшення діастолічної функції лівого шлуночка (ДФЛШ) у пацієнтів з ізольованою систолічною артеріальною гіпертензією (ІСАГ) у поєднанні з ішемічною хворобою упродовж трирічного лікування із застосуванням комплексної антигіпертензивної терапії.

Матеріали і методи. У дослідження залучено 134 хворих похилого віку з ІСАГ та ІХС. До основної групи включено 91 пацієнта віком (71,1±3,5) років з ІСАГ, з ФВ ЛШ >50 % та рівнем NT-про BNP >125 пг/мл. Серед них 61 жінка (67 %) і 30 (33 %) чоловіків. Групу порівняння склали 43 пацієнта (27 жінок і 16 чоловіків віком (70,4±3,7) роки) з ІСАГ, ФВ ЛШ >50 % та NT-про BNP <125 пг/мл.

Пацієнти основної групи приймали фіксовану комбінацію бісопрололу fumarату (5 мг) з амлодипіном (5 мг).

Виконували клінічне обстеження, моніторинг офісного та амбулаторного артеріального тиску (АТ), ЕКГ, ехокардіографію, особливості структурно-функціонального, прозапального статусу. Стан ДФЛШ вивчали на початку та наприкінці дослідження.

Результати. У 66 (72,5 %) хворих основної групи діагностовано діастолічну дисфункцію (ДД) за типом порушення релаксації (ПР) ЛШ. У 25 (27,5 %) пацієнтів з ІСАГ і ХСНзбФВ діагностували порушення діастолічної функції (ДФ) за типом псевдонормалізації (ПН). В усіх випадках мала місце концентрична ГЛШ. Незалежно від статі рівень індексу максимального об'єму ЛП (ІОЛПмакс.) перевищував 34 мл/м². Розроблено критерії діагностики ХСНзбФВ ЛШ у хворих з ІСАГ: наявність клінічних симптомів СН при значеннях ФВ ЛШ >50 %, рівня Nt-pro BNP >125 пг/мл, концентричного варіанту ремоделювання ЛШ, переважно концентричної ГЛШ, ДД ЛШ за типом ПР (Е/А <0,8) або ПН (Е/А >0,8<2,0) та ІОЛПмакс. >34 мл/м².

Хворі з ДДЛШ мали більшу тривалість артеріальної гіпертензії, вищі показники індексу маси тіла, добової екскреції альбуміну з сечею, офісного та амбулаторного АТ, у них вдвічі частіше реестрували порушення добового ритму АТ. ДДЛШ у 100 % випадків асоціювалася з вираженою гіпертрофією лівого шлуночка (ГЛШ), підвищенням вмісту в плазмі крові білків запалення (С-реактивного білка, фібриногену), цитокінів (інтерлейкіну-6, фактора некрозу пухлини α).

Висновки. Провідним патогенетичним чинником виникнення ХСНзбФВ є ДД ЛШ. Спектр порушень ДФ ЛШ залежить від профілю його ремоделювання. У 66 (73 %) хворих з ІСАГ і ХСНзбФВ діагностовано ДД за типом ПР ЛШ. У 25 (27 %) хворих спостерігали порушення діастолічного наповнення за типом ПН. Поліпшення та стабілізація показників ДФЛШ відбувалися одночасно із регресом ГЛШ (нормалізація індексу маси міокарда лівого шлуночка у 37,1 %, у інших 67,9 % – суттєве зменшення індексу маси міокарда лівого шлуночка) на тлі покращання контролю АТ, зменшення частки пацієнтів з порушенням його добового ритму. Незалежними чинниками розвитку ДДЛШ через 3 роки лікування були вихідні рівні альдостерону в плазмі крові ($\beta = 0,553$; $p = 0,0001$), глюкози ($\beta = 0,364$; $p = 0,0001$), добова екскреція альбуміну із сечею ($\beta = 0,187$; $p = 0,016$), вік пацієнта ($\beta = 0,192$; $p = 0,023$). Шанси на поліпшення ДФЛШ зростали в 3,5 рази, якщо пацієнт з ІСАГ не мав цукрового діабету та відбувався регрес ГЛШ.

Endothelium functional state and cardiovascular risk factors in patients with essential hypertension and rheumatoid arthritis

I.M. Fushtey, S.L. Podsevahina, A.I. Palamarchuk

Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, Ukraine

The goal of the present work is to investigate and evaluate significance of investigation of the endothelium functional state and the risk of fatal cardiovascular events