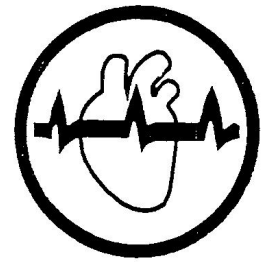


УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ



Додаток 1/2012

Ukrainian Journal of Cardiology

Науково-практичний журнал
Видається із січня 1994 року

Матеріали XIII Національного конгресу кардіологів України (Київ, 26–28 вересня 2012 р.)

Головний редактор: *В.О. Шумаков*

Наукова редакція випуску: *М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,
А.П. Дорогой, О.І. Мітченко, О.Г. Несукай, О.М. Пархоменко,
Є.П. Свіщенко, О.С. Сичов, Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва*

Адреса редакції журналу

ДУ «Національний науковий центр
«Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска»
НАМН України»
вул. Народного Ополчення, 5
03680 МСП м. Київ-151
Випускаючий редактор:
Н.П. Строганова (тел.: (44) 249-70-20)
Відповідальний секретар:
О.Й. Жарінов (тел./факс: (044) 291-61-30)
E-mail: 4w@4w.com.ua
www.ukrcardio.org

Адреса видавництва

ТОВ «Четверта хвиля»
проспект Червонозоряний, 119, оф. 213
03039, м. Київ
Тел.: (044) 221-13-82
Факс: (044) 501-68-24
E-mail: 4w@4w.com.ua
www.4w.com.ua

нцію до зниження офісного рівня САТ у чоловіків на %, у жінок – на 14,37 % ($P>0,05$), рівня ЗХС – на 11,32 % 14,28 % ($P>0,05$) відповідно. Відзначено тенденцію до ння показника SCORE. Серед хворих 1-ї групи лася кількість хворих з низьким рівнем SCORE < 4 % (75,00 %) випадків, високий рівень SCORE > 5 % чили у 7 (25,00 %) випадках. В жодному випадку не виявлено надвисокий індекс SCORE ≥ 10 %. Серед хворих 1-ї групи в 1-й категорії ризику розвитку ССП відзначено 15 %) випадків. Надвисокий ризик розвитку фатальних алишився у 3 (27,27 %) випадках. Із 3-ї категорії ризику категорії з високим ризиком перейшло 3 хворих. Серед хворих 3-ї групи до 1-ї категорії ризику розвитку ССП перейшло 3 (20,00 %) хворих, надвисокий ризик розвитку фатального ССП залишився у 5 (33,33 %) хворих.

Висновки. Включення аторвастатину до курсу лікування хворих на АГ з метаболічним синдромом підсилює антигіпертензивну дію лерканідипіну та кандесартану, а також сприяє зниженню ступеня ризику розвитку ССП у цієї категорії хворих.

Дисапопротеїнемія у хворих з артеріальною гіпертензією з ожирінням та маркері атерогенної дисліпідемії

О.М. Піонова, О.М. Ковальова

Харківський національний медичний університет

Мета – вивчення особливостей ліпідотранспортної системи та метаболізму ліпідів для прогнозування клінічного наслідку артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих на АГ з ожирінням залежно від наявності синдрому інсулінорезистентності (ІР).

Матеріал і методи. Діагноз АГ верифікували згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів (2009). Класифікаційний тип ожиріння (АО) визначали відповідно до рекомендацій IDF (2005). Наявність ІР визначали при значенні індексу НОМА більше 2,77. Концентрацію апопротеїна В (Апо В) та апопротеїна А-І (Апо А-І) визначали імунотурбідиметричним методом. Розраховували індекс Авогаро.

Результати. Обстежено 102 хворих на АГ з ожирінням. Середній вік (54,9 \pm 9,94) року, із них 56,86 % жінки та 43,14 % чоловіки. У 59,75 % хворих з АГ та АО виявлено ІР, у 40,25 % більше, ніж у хворих на АГ без АО ($P<0,05$). Виявлено пряму залежність між рівнем інсуліну і рівнями Апо В ($R=0,59$), ХС ЛПНЩ ($R=0,53$) ($P<0,05$). Хворих на АГ з ожирінням розподілили на 4 групи: перша – 10 (9,8 %) хворих з АГ без АО і ІР (НОМА < 2,77), середнє значення НОМА було (1,86 \pm 0,45) ум. од., другу – 10 (9,8 %) хворих з АГ без АО з ІР (НОМА > 2,77), індекс НОМА – (6,22 \pm 3,42) ум. од., третю – 33 (32,35 %) хворих з АГ та АО

без ІР (НОМА < 2,77). середнє значення НОМА дорівнювало (1,86 \pm 0,54) ум. од., четверту – 49 (48,03 %) хворих з АГ, АО та ІР (НОМА > 2,77), індекс НОМА – (6,22 \pm 3,42) ум. од. Мінімальне середнє значення ОТ було у хворих першої групи (у межах норми (74,60 \pm 7,61) см), зростало у хворих другої ((85,50 \pm 8,35) см) та третьої ((99,93 \pm 11,63) см) та максимальне значення виявлено у хворих четвертої групи ((105,20 \pm 12,75) см).

Показники периферійної гемодинаміки у хворих всіх груп достовірно не відрізнялися. Порівняння середніх показників тривалості АГ в групах достовірно не відрізнялися. Мінімальні значення загального холестерину (ЗХС) було у хворих першої групи ((5,18 \pm 0,56) ммоль/л), цей показник зростає у пацієнтів четвертої групи ((5,65 \pm 0,54) ммоль/л) і досягає максимальних значень у хворих другої ((5,8 \pm 0,55) ммоль/л) та третьої ((5,84 \pm 0,35) ммоль/л) груп, $P<0,05$. Поряд з цим, мінімальні середні значення холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) мали хворі першої групи ((3,06 \pm 0,72) ммоль/л), цей показник зростає у пацієнтів четвертої ((3,37 \pm 0,68) ммоль/л) та другої груп ((3,73 \pm 0,62) ммоль/л) та досягає максимальних значень у хворих третьої групи ((3,61 \pm 1,12) ммоль/л), $P<0,05$. Виявлено тенденцію до підвищення рівня тригліцеридів (ТГ) у хворих з АГ та АО незалежно від наявності ІР: рівень ТГ мав найбільші значення у хворих третьої ((2,51 \pm 0,50) ммоль/л) та четвертої ((2,42 \pm 0,52) ммоль/л) груп при менших значеннях у хворих першої ((2,33 \pm 0,55) ммоль/л) та другої ((2,25 \pm 0,47) ммоль/л) груп.

При порівнянні середніх показників рівня апопротеїнів виявлено, що рівень апо В у хворих третьої ((138,40 \pm 26,20) мг/дл) і четвертої ((138,95 \pm 23,31) мг/дл) груп достовірно ($P<0,05$) перевищував аналогічний показник у першій ((112,04 \pm 21,62) мг/дл) та недостовірно ($P>0,05$) у другій ((123,37 \pm 32,75) мг/дл) групах. У хворих третьої групи рівень апо В суттєво не відрізнявся від аналогічного показника у хворих четвертої ($P>0,05$). Одночасно показник апо А-І мав зворотну тенденцію: достовірно ($P<0,05$) знижувався у хворих четвертої ((98,93 \pm 12,68) мг/дл) і третьої ((102,99 \pm 19,90) мг/дл) груп порівняно з хворими першої групи ((136,67 \pm 24,23) мг/дл) і недостовірно ($P>0,05$) другої. Найбільше значення індексу Авогаро виявлено у хворих четвертої групи ((1,43 \pm 0,31) ум. од.), він знижувався у хворих третьої ((1,40 \pm 0,43) ум. од.) і другої груп ((1,13 \pm 0,49) ум. од.) та мав мінімальне значення у пацієнтів першої ((0,87 \pm 0,34) ум. од.) групи.

Висновки. Отримані результати свідчать, що у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з абдомінальним ожирінням за умови наявності інсулінорезистентності валідним маркером дисліпідемії є плазменний рівень проатерогенного апопротеїну В, антиатерогенного апопротеїну А-І та співвідношення Апо В/Апо А-І.