



Мета. Оцінити поширеність вперше виявлених порушень вуглеводного обміну серед пацієнтів кардіологічного стаціонару при застосуванні різних критеріїв діагностики (Всесвітньої організації охорони здоров'я та Американської діабетичної асоціації) порушень вуглеводного обміну.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано 417 історій хвороб пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні Навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» Запорізького державного медичного університету за період з 01.01.2019 по 31.06.2019 року. Оцінка стану вуглеводного обміну проводилась при госпіталізації за результатами глікемії плазми венозної крові визначеної натще. При виявленні відхилень понад 5,5 ммоль/л у пацієнтів з раніше недіагностованим цукровим діабетом, додатково проводилось визначення глікованого гемоглобіну, повторне визначення глікемії натще (венозна плазма) та/або пероральний тест толерантності до вуглеводів.

Результати. Із 417 хворих 286 не мали ознак порушення вуглеводного обміну. Встановлений до госпіталізації діагноз ЦД мали 62 особи (14,86 %), переддіабет – 2 особи (0,46 %). Під час перебування в стаціонарі за результатами додаткових обстежень у 14 пацієнтів (3,36 %) вперше діагностовано ЦД. Порушення толерантності до вуглеводів виявлено вперше у 3 осіб (0,71 %). За критеріями ВООЗ порушення глікемії натще мали 35 пацієнтів (8,39 %), в той час як використання діагностичних значень, запропонованих АДА, призвело до збільшення цієї групи пацієнтів на 14 % (до 50 осіб).

Висновки. Поширеність раніше недіагностованих порушень вуглеводного обміну у пацієнтів кардіологічного стаціонару є високою та складає 16,06 %. Найчастішим варіантом є порушення глікемії натще, що фіксується майже у половини цих хворих. Використання критеріїв Американської діабетичної асоціації збільшує кількість виявлених випадків порушень вуглеводного обміну. Впровадження сучасних рекомендацій призведе до збільшення витрат на первинну діагностику порушень вуглеводного обміну, проте в довгостроковій перспективі це дозволить зменшити витрати по лікуванню ускладнень та прогресувань до маніфесту цукрового діабету.

НОВІ БІОМАРКЕРИ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

К.мед.н. Котелюх М. Ю.

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Вступ. Актуальним питанням сьогодення є вплив маркерів адипокінової системи на виникнення і перебіг гострого інфаркту міокарда (ГІМ) за наявності цукрового діабету (ЦД) 2 типу.

Мета. Визначити показники адипокінової системи та їх взаємозв'язок із вуглеводним обміном у хворих на гострий інфаркт міокарда та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи. У дослідженні обстежено 102 хворих на ГІМ залежно від наявності та відсутності ЦД 2 типу, котрі перебували на стаціонарному лікуванні в відділенні реанімації та інтенсивної терапії Державної установи «Національному інституті терапії імені Л.Т. Малої Національної академії медичних наук України» та в першому кардіологічному відділенні Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті №1 філії «Центр охорони здоров'я» Публічного акціонерного товариства «Українська залізниця». Білок, зв'язуючий жирні кислоти-4 (Fatty acid Binding Protein



4 –FABP 4, C1q/TNF-зв'язуючий білок-3 (C1q/TNF-related protein-3 – CTRP 3) визначали імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Human FABP 4» (Elabsience, USA), «Human CTRP 3» (Aviscera Bioscience Inc, Santa Clara, USA) згідно із зазначеною інструкцією для проведення аналізу. Вміст інсуліна визначався імуноферментним методом за допомогою набору реагентів «Humay insulin» (Monobind Inc, Lake Forest, USA). Рівень глюкози натщесерце досліджували глюкооксидантним методом в капілярній крові. Оцінка інсулінорезистентності (IP) проводилася шляхом розрахунку індексу НОМА. Математична комп'ютерна обробка результатів дослідження проведена шляхом використання програмного пакету «IBM SPSS Statistics 27,0» (IBM Inc., США, ліцензія № L-CZAA-BKKMKE) та Microsoft Office Excel. Обчислювалися середнє значення (М), стандартне відхилення, вірогідність і рівень значущості (р). Для всіх груп хворих показники не мають нормального розподілу за критерієм Шапіро-Вілкса. Незалежні порівняння проводилися за допомогою непараметричного U-критерію Манна-Уїтні. Відмінності вважалися достовірними при рівні статистичної значущості $p < 0,05$. Для оцінки взаємозв'язків між параметрами застосовували метод кореляційного аналізу з розрахунками коефіцієнтів кореляції Спірмена (при розподілі, який відрізняється від нормального).

Результати. Рівень FABP 4 в сироватці крові у хворих на ГІМ зі ЦД 2 типу становив $10,72 \pm 0,33$ пг/мл порівняно зі пацієнтами на ГІМ – $9,76 \pm 0,27$ пг/мл та з групою контролю – $5,02 \pm 0,43$ пг/мл ($p = 0,000$). Рівень CTRP 3 в сироватці крові у хворих на ГІМ із ЦД 2 типу становив $238,55 \pm 7,48$ пг/мл порівняно з пацієнтами на ГІМ – $272,31 \pm 7,36$ пг/мл та з контрольною групою – $325,97 \pm 9,44$ пг/мл ($p = 0,000$). Визначено прямі кореляційні зв'язки між FABP 4 та глюкозою ($r = 0,34$; $p < 0,05$), інсуліном ($r = 0,39$; $p < 0,05$), індексом НОМА ($r = 0,38$; $p < 0,05$). Кореляційний аналіз засвідчив наявність зворотнього зв'язку між рівнем CTRP 3 та глюкозою ($r = 0,59$; $p < 0,05$), інсуліном ($r = 0,35$; $p < 0,05$), індексом НОМА ($r = 0,61$; $p < 0,05$). У хворих із наявністю ЦД 2 типу відбувається значне збільшення FABP 4 та зменшення CTRP 3 порівняно з хворими із відсутністю ЦД 2 типу.

Висновки. Тобто за наявності цукрового діабету 2 типу збільшується рівень білка, що зв'язує жирні кислоти-4 та зменшується вміст C1q/TNF-зв'язуючого білка-3, що доводить про зміни в адипокіновій системі. Патологічний процес у гострому періоді інфаркту міокарда із супутнім цукровим діабетом 2 типу зумовлений наявністю гіперглікемії, гіперінсулінемії, інсулінорезистентності та адипокінового дисбалансу.

ЗНАЧЕННЯ РІВНЯ РОЗЧИННОЇ ФОРМИ CD40 У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМ ІНФАРКТМ МІОКАРДА НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТРИВАЛОСТІ ПОРУШЕНЬ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ

Д.мед.н., проф. Кравчун П. Г., к.мед.н. Заїкіна Т. С.

Харківський національний медичний університет МОЗ України

Вступ. Розчинна форма CD40, експресуючись на тромбоцитах, ендотеліоцитах та Т-лімфоцитах, грає важливу роль у процесах активації лейкоцитарно-тромбоцитарної взаємодії, наслідком чого стає посилення агрегації тромбоцитів та формування тромбу. Утім, залишається невідомим питання впливу тривалості цукрового діабету 2 типу на рівні розчинної форми CD40.