

діабету, гіперхолестеринемії, наявності в анамнезі стенокардії та ступінь коронарного ушкодження артерій за даними коронароангіографії. Виявлено достовірно вищий рівень ВЕФР-А у носіїв генотипу GG 194,10 [115,02–398,86] пг/мл порівняно з GC генотипом 148,44 [68,84–221,28] пг/мл ($P=0,047$). Частота ГІМпСТ передньої локалізації була в 2,58 разу вищою за наявності поліморфного генотипу GC. В групі GC-генотипу виявлено достовірне збільшення кінцеводіастолічного об'єму лівого шлуночка (ЛШ) ($P=0,049$), кінцевосистолічного об'єму ЛШ ($P=0,045$) та маси міокарда ЛШ ($P=0,04$).

Висновки. Визначено достовірно вищу концентрацію ВЕФР-А у носіїв генотипу GG порівняно з пацієнтами з GC генотипом ($P=0,047$). При вивченні алельного поліморфізму G634C гена ВЕФР-А встановлено, що носійство генотипу GC у хворих ГІМпСТ асоціюється з більш вираженими змінами геометрії ЛШ.

Возможности спекл-трекинг эхокардиографии в диагностике инфаркта миокарда

Н.П. Копица, Н.В. Титаренко, И.А. Суманова, Ю.В. Родионова, А.В. Гончарь, А.В. Кобец

ГУ «Национальный Институт терапии им. Л.Т. Малой НАМН Украины», Харьков

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», Харьков

Спекл-трекинг эхокардиография (Speckle tracking echocardiography) (СТЭ) – перспективная современная неинвазивная ультразвуковая методика для оценки структурно-функциональных изменений миокарда, в основе которой лежит отслеживание траекторий движения (tracking) в ходе сердечного цикла акустических маркеров миокарда (speckle) в серошальном двухмерном ультразвуковом изображении.

Цель – изучить показатель глобального продольного стрейна и показатели локальной продольной сократимости у пациентов с острым инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов с острым ИМ, 18 мужчин и 2 женщины, средний возраст (58,4±7,48) года. Всем пациентам была проведена коронароангиография (большинству пациентов в течение суток с момента установления диагноза) с последующей эхокардиографией, включая спеклтрекингэхокардиографию, в частности показатели продольного стрейна в 2-, 3-, 4-камерной верхушечных позициях, глобального продольного стрейна, а также анализ сегментарной продольной деформации. Результаты представлены в виде M±SD.

Результаты. У 40 % пациентов была зарегистрирована передняя локализация ИМ, еще у 40 % – нижняя, и у 20 % – боковая локализация ИМ. Глобальный продольный стрейн в среднем по группе составил – (–8,9±3,63) %, продольный стрейн в бассейне инфарктзависимой артерии – (–5,5±1,87) %. Глобальный продольный стрейн у пациентов с пе-

редней локализацией ИМ (–(6,2±2,8) %) достоверно отличался от указанного показателя (–(11,3±2,3) %) у пациентов с нижней локализацией ИМ ($p<0,05$) и не отличался от пациентов с боковой локализацией ИМ (–(9,1±2,2) %). Группы с кровотоком по TIMI 0–2 и TIMI-3 достоверно не отличались по показателю глобального продольного стрейна. В группе с наличием стеноза инфарктзависимой артерии и стенозами в неинфарктзависимых артериях > 70 % глобальный продольный стрейн был достоверно ниже, чем в группе, где выявлен только стеноз инфарктзависимой артерии (–(5,9±2,1) %) в сравнении (–(11,8±1,76) %) ($p<0,05$). Фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) у пациентов в нашей группе составила (58±9,09) %, в то же время отмечена достоверная корреляция между ФВЛЖ и глобальным продольным стрейном у пациентов в острый период ИМ ($r=0,83$). Однако при значении ФВ в пределах нормы величина глобального продольного стрейна оказалась значительно сниженной.

Выводы. Показатель глобального продольного стрейна чувствительнее, чем фракция выброса в выявлении дисфункции левого желудочка. Значение глобального продольного стрейна достоверно ниже у пациентов с передней локализацией ИМ и у пациентов, у которых есть другие стенозы > 70 %, кроме стеноза в инфарктзависимой артерии. Отсутствие различий в показателе глобального продольного стрейна в группах с кровотоком TIMI 0–2 и TIMI-3, по всей видимости, объясняется малым размером выборки и незначительным промежуточным временем между проведением стентирования и эхокардиографии.

Зміни біохімічних показників у пацієнтів, які перенесли гострий інфаркт міокарда і пройшли курс кардіореабілітації при спостереженні протягом 1 року

І.Е. Малиновська, В.О. Шумаков, Н.М. Терещенко, О.Б. Кучменко, Ю.О. Хоменко, О.П. Терешкевич

ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска» НАМН України», Київ

Стабілізація клініко-гемодинамічного стану пацієнтів з відновленням толерантності до фізичного навантаження лишається одним з головних завдань раннього постінфарктного періоду. Вагома роль у цьому належить кардіореабілітаційним заходам, які не втратили свого значення в еру інтенсивної медикаментозної терапії та ургентних перкутанних інтервенцій в перші години розвитку гострого коронарного синдрому. Втім, окремі механізми ефективності фізичної складової кардіореабілітації потребують свого подальшого вивчення.

Мета – встановити характер змін атерогенного потенціалу крові та системи антиатерогенного і антиоксидантного захисту у пацієнтів, які перенесли гострий інфаркт міокарда (ІМ) і взяли участь у програмі кардіореабілітації, включаючи курс фізичних тренувань (ФТ) на велоергометрі, при тривалому спостереженні.