



manifestations are more pronounced than in patients with normal body weight. However, arrhythmias and conduction were more common in patients with normal body weight.

Conclusions: thus, the clinical course of chronic heart failure in patients with coronary artery disease in combination with concomitant obesity is more often characterized by anginal attacks, shortness of breath and edema of the lower extremities.

Іванова Катерина Володимирівна

ОСОБЛИВОСТІ ОБМІНУ ГЛІКОЗАМІНОГЛІКАНІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА

Харків, Україна

Харківський національний медичний університет

Кафедра загальної практики - сімейної медицини та внутрішніх хвороб

Науковий керівник: д. мед. наук, професор Пасієшвілі Людмила Михайлівна

Розвиток деструктивних процесів у кістковій та сполученій тканинах супроводжується змінами фракційного складу глікозаміногліканів (ГАГ) - компонентів протеогліканів, які також входять в склад стінок кровоносних судин. У результаті проведених досліджень стало очевидно, що зміни кількісного та якісного складу глікопротеїдів і ГАГ можуть характеризувати системну запальну реакцію у пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) та ожирінням.

Глікозаміноглікани налічують декілька фракцій, які у сукупності можуть характеризувати стан метаболічних змін у кістковій тканині: загальні глікозаміноглікани, хондроїтин-4-сульфати, хондроїтин-6-сульфати, гепарансульфати.

Мета: порівняти показники обміну глікозаміногліканів у хворих на ішемічну хворобу серця в залежності від індексу маси тіла.

Матеріали і методи: досліджено 98 пацієнтів на ІХС, 79 з яких мали надмірну масу або ожиріння та 19 хворих з ІХС і нормальною масою тіла у віці від 42 до 65 років. Співвідношення чоловіків та жінок у основній групі було 43 (54,4%) та 36 (45,6%), у групі порівняння 11 (57,9%) та 8 (42,1%) відповідно. Пацієнтів



основної групи було поділено на підгрупи за ІМТ: група 1а - 24 особи із надмірною вагою тіла – середній ІМТ 29,4 (27,4; 28,9) кг/м²; група 1б - 31 пацієнта з ожирінням I ступеню – середній ІМТ по групі 32,9 (30,4; 33,4) кг/м²; група 1в - 31 особа з ожирінням II-III ступеню – середній ІМТ 37,7 (35,8; 40,3) кг/м².

Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб аналогічного віку та статі. Визначення рівню ГАГ та їх фракцій проводилося за методом М.Р. Штерн. Статистична обробка отриманих результатів проводилася пакетом «Statistica10». Результати та обговорення. При розподілі хворих за ІМТ було встановлено, що показники ГАГ та інших глікопротеїдів були найнижчими у пацієнтів з ІХС та ожирінням I ступеню, тобто найближчими до контрольних значень. Рівень загального ГАГ, навпаки, був найвищим у групі хворих з ожирінням високих ступенів 13,3 (11,2;15,65) у.о порівняно з контрольними значеннями 11,4 (10,7;12,3) у.о та показниками групи з ожирінням I ступеню 10,5 (10;11,6) у.о., $p < 0,05$. Вміст хондроїтин-6-сульфату у хворих з ожирінням високих ступенів 7,75 (7,1;9,75) був статистично значуще вищим, ніж у хворих з помірним ожирінням та нормальною масою тіла 6,50 (6,2;7,8), $p < 0,05$. Вміст хондроїтин-4-сульфату теж був найвищим у хворих на ІХС з ожирінням II-III ступенів 4 (3,0;4,95) у.о. та майже на 50% перевищував рівень показників хворих з ожирінням I ступеню 2,0 (1,6;2,3) у.о., $p < 0,05$. Статистично значуща різниця рівню гепарансульфату спостерігалась між пацієнтами з надмірною вагою 1,8 (1,5;2,0) у.о та ожирінням I ступеню 1,5 (1,4;1,9) у.о, $p < 0,05$. Підвищення глікопротеїдів та хондроїтинсульфатів відбувалося і у пацієнтів з нормальною масою тіла та надмірною вагою, порівняно з хворими на ІХС і ожирінням I ступеню, але ці дані достовірно не відрізнялися. Нормальні показники метаболізму кісток у хворих на ожиріння I ступеню, на нашу думку, є захисним механізмом жирової тканини щодо деструкції кісткової тканини.

Висновки. Таким чином, рівні глікозаміногліканів були найвищими у пацієнтів з високими ступенями ожиріння і найменшими у осіб з ІХС надмірною вагою та ожирінням I ступеню. Вірогідно, такий результат можна пояснити протективним



ефектом гормоноподібних речовин жирової тканини та зникненням цього ефекту у хворих з високими ступенями ожиріння внаслідок розвитку резистентності рецепторів гормоноподібних речовин, які регулюють метаболізм.

Катамадзе Русудан Нодаріївна

ЧИННИК РИЗИКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ЧОЛОВІКІВ З ОЖИРІННЯМ ЗА НАЯВНОСТІ І ВІДСУТНОСТІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМА

Харків, Україна

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини №3 та ендокринології
Науковий керівник: Лахно Ольга Вікторівна

Мета: виявити особливості гормонально-метаболічних показників у чоловіків середнього віку з ожирінням (ОЖ) в залежності від наявності і відсутності компонентів метаболічного синдрому (МС).

Матеріали і методи: обстежено 50 чоловіків працездатного віку (середній вік $48 \pm 6,7$ років) з ОЖ 1-3 ступеня тяжкості. Крім стандартного загально-клінічного обстеження, у всіх хворих досліджувалися інсулін, глікемія натще з розрахунком НОМА-IR (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance) як показника інсулінорезистентності (IR), адипонектин, ліпідограма, оцінювалися антропометричні показники (зріст, маса тіла з розрахунком індексу Кетле, вимір окружності талії і стегон для визначення типу ОЖ). Наявність МС оцінювалося за критеріями АТР III (Adult Treatment Panel III). Залежно від наявності або відсутності компонентів МС пацієнти були розділені на 2 групи: I група (17 чол.) з метаболічно здоровим ОЖ (МЗО) та II група (33 чол.) з метаболічно ускладненим ОЖ (МУО). Хворі порівнюваних груп були ідентичні за віком, ступеня тяжкості ОЖ відповідно до показників індексу маси тіла (ІМТ), який в групах склав $33,7 \pm 5,3$ кг/м² і $34,2 \pm 6,1$ кг/м² відповідно. Статистична обробка даних проведена за допомогою програми STATISTICA 6.0 з використанням непараметричних методів[2].

Результати: при порівнянні гормонально-метаболічних показників в двох групах виявлено, що при МУО секреція адипонектину значно знижена (7,7 мкг / мл