лівого шлуночка (ЛШ) за даними ЕхоКГ (r=0,26, p=0,007), негативний – з ознаками концентричної гіпертрофії ЛШ (r=-0,21, p=0,034). Встановлено кореляційний зв'язок психічного статусу з тяжкістю задишки (r=-0,33, p<0,001), товщиною міжшлуночкової перетинки за даними ЕхоКГ (r=-0,25, p=0,04), індексом маси міокарда ЛШ (r=-0,26, p=0,03), наявністю ексцентричної гіпертрофії ЛШ (r=-0,23, p=0,03), кількістю парних шлуночкових екстрасистол за добу (r=-0,21, p=0,03), частотою викликів невідкладної допомоги (r=-0,26, p<0,001)

Висновки. У пацієнтів з поєднанням стабільної ІХС та ХОЗЛ відзначається достовірне зниження параметрів ЯЖ. Супутня патологія, а саме ХОЗЛ, має значний вплив на ЯЖ пацієнтів з ІХС, що проявляється змінами сприйняття пацієнтами власного фізичного та психічного статусу. Найбільший взаємозв'язок ЯЖ пацієнтів з ІХС та ХОЗЛ встановлено з тяжкістю задишки, ознаками ремоделювання лівого шлуночка, за даними ЕхоКГ, частотою госпіталізацій та звернень до сімейного лікаря протягом року.

Зв'язок рівня циркулюючих імунних комплексів плазми крові з відносним вмістом арахідонової кислоти у фосфоліпідах мембран тромбоцитів та лімфоцитів у хворих на стабільну та нестабільну стенокардію

Т.В. Завальська, В.Г. Лизогуб, В.В. Богдан, Ю.О. Мошковська, О.В. Смирнова

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Мета – зважаючи на важливу роль порушень імунологічного статусу, жирнокислотного спектра плазми крові в розвитку атеросклерозу коронарних артерій, проаналізувати кореляційний зв'язок між циркулюючими імунними комплексами (ЦІК) та відносним вмістом арахідонової кислоти (С20:4), що є субстратом для прозапальних цитокінів, у фосфоліпідах (ФЛ) мембран тромбоцитів (Тр) та лімфоцитів при стабільному та нестабільному перебігу ішемічної хвороби серця (ІХС).

Матеріал і методи. Обстежено 105 хворих на ІХС віком від 56 до 72 років, що лікувалися в кардіологічному відділенні МКЛ № 12 м. Києва. Хворих розподілено на дві групи: І група – 52 хворих на стабільну стенокардію (СС) напруги ІІ–ІІІ ФК, ІІ група – 53 хворих на нестабільну стенокардію (НС). Імунний статус хворих визначали методом Манчіні та методом моноклональних антитіл. Газохроматографічний аналіз спектра жирних кислот (ЖК) ліпідів мембран Тр та Лф здійснювали за допомогою газового хроматографа «Цвет-500» з йонізаційним детектором в ізометричному режимі.

Результати. Беручи до уваги достовірне підвищення відносного вмісту арахідонової кислоти у ФЛ мембран Тр і достовірне зменшення відносного її вмісту у ФЛ мембран Лф у хворих на СС та НС, проведено кореляційний аналіз між рівнем цієї ЖК та ЦІК. У хворих на СС та НС відзначено пряму кореляцію між відносним вмістом арахідонової кислоти (С 20:4) у ФЛ мембран Тр і у ФЛ мембран Лф та ЦІК плазми крові відповідно – r=0,76 (p<0,05) та r=0,59 (p<0,05). У хворих на НС збільшення рівня ЦІК в плазмі крові супроводжується достовірним зменшенням відносного вмісту арахідонової кислоти у ФЛ мембран Лф (r=–0,21, p<0,05). Отримані результати досліджень свідчать, про те, що існує зв'язок між утворенням ЦІК в плазмі крові та порушенням балансу арахідонової кислоти в ФЛ мембран Тр та Лф. На етапі стабільного перебігу ІХС (у хворих на СС) дисбаланс арахідонової кислоти приводить до порушення структури мембран Тр та Лф, а при дестабілізації коронарного кровообігу (у хворих на НС) достовірне зменшення відносного вмісту арахідонової кислоти в ФЛ мембран Лф може свідчити про виражене порушення функції Лф – імунокомпетентних клітин крові. Вихід арахідонової кислоти в плазму крові імовірно супроводжується посиленим синтезом прозапальних цитокінів, що запускають каскад реакцій з розвитком гострого порушення коронарного кровообігу.

Висновки. 1. У хворих на СС та НС доцільно визначати рівень ЦІК в плазмі крові та відносний вміст арахідонової кислоти у ФЛ мембран Тр та Лф. 2. Оптимізувати лікування хворих на СС та НС шляхом пошуку лікарських засобів, що корегують рівень ЦІК в плазмі крові та відносний вміст арахідонової кислоти у ФЛ мембран Тр та Лф.

Фактор росту фібробластів 21 та мінеральна щільність кісткової тканини у хворих на ішемічну хворобу серця з ожирінням

К.В. Іванова, Л.М. Пасієшвілі

Харківський національний медичний університет

Остеопороз (ОП) та ішемічна хвороба серця (ІХС) ще нещодавно вважалися окремими нозологічними формами, але численні клінічні дослідження довели єдність механізмів формування порушення мінеральної щільності кісткової тканини та атеросклерозу судинних стінок на молекулярному рівні. Як маркер стану мінерального обміну у таких хворих запропоновано розглядати фактор росту фібробластів 21 (ФРФ21) – цитокін, який раніше використовували тільки як показник змін у вуглеводному та ліпідному обмінах.

Мета – проаналізувати показники рентгенабсорбціометрії поперекового відділу хребців та зіставити їх з рівнем ФРФ21 у хворих на ІХС залежно від індексу маси тіла (ІМТ).

Матеріал і методи. Обстежено 98 хворих на ІХС, 79 з яких мали надмірну масу або ожиріння (основна група) та 19 пацієнтів з ІХС і нормальною масою тіла (група порівняння) у віці від 42 до 65 років. За ІМТ хворі основної

групи було поділено на три підгрупи: з надмірною масою тіла (n=24), з ожирінням I ступеня (n=30) та ІХС і ожирінням II–III ступенів. Середній вік обстежених – (48,61±4,1) року; співвідношення чоловіків та жінок у основній групі становило 43 (54,4 %) та 36 (45,6 %) та у групі порівняння – 11 (57,9 %) та 8 (42,1 %) відповідно. В цьому дослідженні брали участь хворі з такими формами ІХС: атеросклеротичний кардіосклероз (24 %), стабільна стенокардія напруги (41 %), післяінфарктний кардіосклероз (35 %). Тривалість анамнезу хвороби коливалась від 5 до 12 років. До групи контролю увійшло 20 практично здорових осіб аналогічного віку та статі.

Мінеральна щільність кісткової тканини (МЩКТ) визначалась за допомогою рентгенабсорбціометрії поперекового відділу хребта (DEXA-Dual-energy X-ray Absorbtiometry) при оцінці Т-критерію. Вміст ФРФ 21 вивчали за допомогою реактивів ELISA Kit з використанням AVISCERA BIOSCIENCE SK00145–01 (США). Статистичний аналіз проводився з використанням критерію Манна – Уїтні.

Результати. Найвищими показники ФРФ 21 були у групах хворих ІХС з надмірною масою тіла 305 (276; 395) пг/мл та ожирінням I ступеня 299 (270; 329) пг/мл, які вірогідно відрізнялись від групи контролю 110,65 (92,5; 125,8) пг/мл (p<0,05). Вміст ФРФ21 у пацієнтів з ІХС та нормальною масою тіла становив 215 (200; 282) пг/мл, тобто був у 1,4 разу нижчим за попередні групи – у осіб з надмірною масою тіла та ожирінням I ступеня. У хворих з ожирінням високих ступенів цей показник мав найнижчий результат та становив 106,4 (78; 134,8) пг/мл, та статистично значуще відрізнявся від результатів пацієнтів з надмірною вагою та ожирінням (p<0,05). Мінеральна щільність кісткової тканини оцінювалась за Т-критерієм DEXA. Найвищими ці показники були у групі хворих ІХС з надмірною вагою -0,45 (0,6; -1) та найнижчі – у хворих на ІХС з ожирінням високих ступенів -2 (-1,5; -2,8). Результати групи з ожирінням II–III ступенів достовірно значуще відрізнялися від групи контролю та групи хворих на ІХС з надмірною масою тіла (p<0,05). Показники інших груп не виходили за межі референтних норм та статистично значуще не відрізнялись.

Висновки. У хворих на ІХС надмірна вага та ожиріння 1-го ступеня надають захисний ефект щодо формування остеопенічних станів; при збільшенні маси тіла (ожиріння 2–3 ст.) виникають передумови до зменшення МЩКТ та, таким чином, розвитку остеопорозу. Отже, пацієнтам із встановленим діагнозом ІХС доцільним є проведення денситометричного дослідження та визначення рівня ФРФ 21.

Особливості змін функціональної активності тромбоцитів у хворих із поєднанням ІХС та цукрового діабету 2-го типу в умовах проведення подвійної антитромбоцитарної терапії

О.О. Карпенко, В.З. Нетяженко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Реактивність тромбоцитарної складової розглядається як провідна ланка розвитку, перебігу та формування ускладнень багатьох захворювань. І у цьому зв'язку найбільш часте на сьогоднішній день та загрозливе поєднання становить ішемічна хвороба серця (ІХС) та цукровий діабет (ЦД). Саме судинні ускладнення ЦД вважаються найбільш частою причиною ранньої інвалідизації та смерті цієї когорти хворих. У той же час, рання діагностика і ефективна терапія цих грізних захворювань можуть відтермінувати або запобігти розвитку ускладнень.

Мета – оцінити спонтанну та індуковану агрегацію тромбоцитів з використанням арахідонової кислоти (АК) та аденозиндифосфату (АДФ) у пацієнтів з гострою ІХС (ГІХС) та виявити особливості агрегаційної активності тромбоцитів при поєднанні ГІХС та ЦД.

Матеріал і методи. У процесі дослідження нами було обстежено 60 осіб: 30 хворих на ГІХС (I група), 30 хворих на ГІХС у поєднанні з ЦД (II група) та 15 практично здорових (контрольна група). Серед обстежених хворих чоловіків було 30 (50 %), жінок – 30 (50 %). Середній вік хворих становив (64,2±10,01) року (від 40 до 84 років). Первинне обстеження проводилось у першу добу після госпіталізації.

Результати. При аналізі показника спонтанної агрегації, виявлено, що в обох досліджуваних групах її ступінь достовірно відрізнявся від групи контролю: у групі I у 2,5 разу, а в групі II у 4,6 разу відповідно перевищував значення здорових осіб (p<0,001 для обох випадків). У пацієнтів з ГІХС у поєднанні з ЦД 2-го типу спостерігалась також активація швидкості спонтанної агрегації, що на 30 % прискорювало формування агрегатів у порівнянні з групою ізольованої ГІХС (p<0,05).

При вивченні індукованої агрегації тромбоцитів враховувалось, що пацієнти обох груп отримували подвійну антитромбоцитарну терапію (ПАТТ), що мало суттєво позначитись на їх активності. Проте, очікуване пригнічення агрегаційного потенціалу виявилось лише при дії АК. Так, ступінь агрегації тромбоцитів у відповідь на АК у групі I був у 1,9 разу достовірно нижчим за контрольні значення 18,8 % [12,1; 26,4], у групі II – у 1,5 разу і становив 24,38 % [21,5; 32,9] (p<0,001 для обох випадків). Звертало на себе увагу, що у пацієнтів із ЦД ступінь АК-індукованої агрегації тромбоцитів на 29,7 % перевищував значення групи ГІХС без ЦД (p=0,018). Отже, застосування АСК, осно-