

КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ

КАРДІОПРОТЕКТИВНА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ РЕВАСКУЛЯРИЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДАМ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Белінський М. В.^{1,2}, Середюк Н. М.¹, Василюшин-Белінська А. Я.³¹м. Івано-Франківськ, Івано-Франківський національний медичний університет²м. Івано-Франківськ, Медичний центр «ФРАНКОМЕД»³КНМП «Рогатинська центральна районна лікарня»

Гострий інфаркт міокарду (ГІМ) є одним з головних винуватців смерті пацієнтів із хворобами системи кровообігу. Разом з тим, у пацієнтів з ГІМ, коморбідних по цукровому діабету (ЦД) 2 типу, ревазуляризація менш ефективна. Кардіопротективна терапія є важливою складовою комплексного лікування пацієнтів з ГІМ та ЦД 2 типу, проте її ефективність з використанням кверцетину та адвокарду недостатньо вивчена.

Мета: встановити ефективність кардіопротективної терапії з використанням кверцетину та адвокарду в лікуванні ревазуляризованих пацієнтів з ГІМ, коморбідних по ЦД 2 типу.

Матеріали та методи. Досліджувані хворі поділені на дві групи по 30 пацієнтів, перша з яких отримувала додатково до стандартної терапії обох захворювань кверцетин (курс 5 днів) та адвокард (курс 3 тижні); пацієнти другої групи (контроль) отримували лише стандартну терапію. Ефективність оцінювали за допомогою ультразвукових, електрокардіографічних і біохімічних показників.

Результати. Ми отримали такі результати: динаміка глобальної скоротливості міокарду (GLS) – з $(14,21 \pm 3,19) \%$ до $(21,75 \pm 1,82) \%$ vs з $(14,17 \pm 1,79) \%$ до $(16,51 \pm 2,57) \%$ ($p < 0,05$); ФВ ЛШ – з $(48,51 \pm 10,88) \%$ до $(51,52 \pm 8,11) \%$ vs з $(45,26 \pm 14,15) \%$ до $(46,01 \pm 8,10) \%$ ($p < 0,05$); відсотка резольуції сегмента ST – $(77,07 \pm 10,62) \%$ vs $(54,85 \pm 8,52) \%$ ($p < 0,05$); рівень фібрoneктину – з $(1,91 \pm 0,12) \text{ нг/мл}$ до $(1,10 \pm 0,11) \text{ нг/мл}$ vs з $(1,91 \pm 0,07)$ до $(2,58 \pm 0,14) \text{ нг/мл}$ ($p < 0,05$).

Висновки. Кардіопротектори кверцетин та адвокард є ефективними засобами посткондиціонування і посилення антиішемічних та цитопротекторних ефектів стандартної терапії у пацієнтів з ГІМ в поєднанні з ЦД 2 типу.

ОСТЕОПОРОЗ ТА ОСТЕОПЕНІЯ В ЖІНОК У ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

Дубецька Г. С., Дубецька-Грабоус І. С.

¹м. Київ, ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова» НАМН України²м. Львів, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Відомо, що при деяких захворюваннях, зокрема, гіпертонічній хворобі, метаболічному синдромі, патології нирок у пацієнтів виявляють гіперурикемію, і сечова кислота, як кінцевий продукт метаболізму пуринів в організмі людини, розглядається як фактор ризику їх розвитку. Проте деякі наукові дослідження підтверджують позитивний вплив гіперурикемії на метаболічні процеси в кістковій тканині.

Мета: вивчити показники мінеральної щільності кісткової тканини в жінок у постменопаузальному періоді з різним рівнем сечової кислоти у сироватці крові та визначити частоту розвитку у них остеопорозу і остеопенії.

Матеріали і методи. Обстежено 412 жінок у постменопаузальному періоді, які знаходились на амбулаторному та стаціонарному лікуванні в ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України». Було виділено 4 групи пацієнтів залежно від рівня сечової кислоти у сироватці крові за кuartильним розподілом: Q1 = < 235 мкмоль/л; Q2 = 235–281 мкмоль/л; Q3 = 282–329 мкмоль/л; Q4 = > 329 мкмоль/л. Рівень сечової кислоти в сироватці крові визначали за допомогою уриказно-пероксидазного методу. Оцінку мінеральної щільності кісткової тканини всього скелету, поперекового відділу хребта, шийки стегнової кістки, променевої кістки проводили методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії за допомогою приладу «Prodigy». Статистичну обробку даних виконували у програмі «Statistica 7.0».

Результати. Частота остеопорозу в жінок у постменопаузальному періоді з гіперурикемією нижча порівняно з жінками з нормоурикемією (відповідно 23 % та 28 % – на рівні поперекового відділу хребта й 17 % та 21 % – на рівні шийки стегнової кістки). Остеопенію виявили у 49 % жінок з гіперурикемією та 53 % жінок з нормоурикемією на рівні шийки стегнової кістки. Мінеральна щільність кісткової тканини була вірогідно вищою в жінок у постменопаузальному періоді з найвищими показниками рівня сечової кислоти: на рівні шийки стегнової кістки, трохантера та ультрадистального відділу кісток передпліччя між Q1 та Q4 кватильними групами ($p < 0,05$).

Висновки. Встановлено, що частота остеопорозу та остеопенії в жінок у постменопаузальному періоді з гіперурикемією нижча порівняно з жінками з нормоурикемією. Виявлено, що в жінок у постменопаузальному періоді з найвищим рівнем сечової кислоти були найвищі показники мінеральної щільності кісткової тканини, що підтверджує позитивний вплив гіперурикемії на метаболічні процеси в кістковій тканині.

СУЧАСНІ БІОМАРКЕРИ ФІБРОЗУ МІОКАРДУ В ДІАГНОСТИЦІ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Кулаєць Н. М., Кулаєць В. М.

м. Івано-Франківськ, ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Актуальність проблеми хронічної серцевої недостатності (ХСН) для лікарів багатьох країн залишається важливою та обумовлена значущими економічними втратами і високим рівнем смертності. Мета лікування пацієнта з ХСН – покращення якості та тривалості життя, зниження смертності від ускладнень. Специфічні біомаркери (натрійуретичні пептиди, розчинний ST2 рецептор, копептин, галектин-3) стали незамінними інструментами для діагностики, прогнозування та моніторингу різних серцево-судинних захворювань (ССЗ). У клінічній практиці представлено ряд біомаркерів, які довели свою ефективність (натрійуретичні пептиди, розчинний ST2 рецептор, копептин, галектин-3). Визначення концентрації в крові натрійуретичних гормонів (пептидів, НП) – сімейство пептидів, що включає в себе передсердний натрійуретичний пептид (ANP), мозковий натрійуретичний пептид (BNP), а також пізніше ідентифікований С-тип – натрійуретичний пептид (CNP). Натрійуретичні пептиди понад 15 років «доводили» свою значущість і нарешті їх визначення є невід'ємною складовою діагностичного процесу для пацієнтів з серцевою недостатністю, як при гострій, так і при хронічній серцевій недостатності. Важливу роль в біології міокарду при СН відіграє біомаркер ST2 – новітній маркер, який використовується в першу чергу для прогнозування і стратифікації ризику розвитку СН, випереджаючи значущість натрійуретичних пептидів (НП, NT-proBNP). ST2 використовується при прогнозуванні несприятливих наслідків і смерті пацієнтів з підтвердженим діагнозом СН, а також дає можливість прогнозувати розвиток ССЗ в майбутньому в популяції в цілому. Фізіологічна роль ST2 полягає в тому, що він діє як кардіопротектор (зворотній процес ремоделювання та гіпертрофії) та здійснює імунну відповідь на запалення. З урахуванням цього, високий рівень розчинного sST2 асоціюється з прогресуванням фіброзу міокарду, гіпертрофії міокарду, несприятливим ремоделюванням серця та серцево-судинними наслідками. Отже, на сьогодні ми маємо загальноновизнані біомаркери, що входять в рекомендації з ведення хворих з СН (BNP і NT-proBNP) та «молоді» біомаркери, що продовжують доводити свою цінність (sST2). Вони можуть і повинні застосовуватися сімейними лікарями та кардіологами в рутинній клінічній практиці, адже вчасне підтвердження СН та прогнозування перебігу дасть можливість скоротити затрати на лікування та запобігти ускладненням СН.