

сопоставимы по возрасту (средний возраст (57,62±6,73) год). Методом биоимпеданса на мониторе состава тела (модель OMRON BF 511, Япония) измеряли процентное содержание жировой массы тела (ЖМТ, %), процентное содержание мышечной массы тела (ММТ, %) и уровень висцерального жира (ВЖ, ед.). Статистический анализ проводили с использованием программы статистической обработки данных Statistika 7,0 (StatSoft Inc, США), Microsoft Office Excel 2003.

Результаты. В группе без СД показатели ОТ ((98,15±10,92) см), ОБ ((102,35±7,22) см), ОТ/ОБ (0,95±0,06), ОТ/рост (0,56±0,05). В группе с СД показатели ОТ ((107,15±12,18) см), ОБ ((105,35±8,37) см), ОТ/ОБ (1,01±0,07), ОТ/рост (0,61±0,07). Достоверно эти показатели не отличались. В группе без СД и с СД соответственно были получены следующие данные: ЖМТ ((29,15±8,61) % vs (29,89±8,87) %, нд), ВЖ ((13,78±4,87) % vs (17,65±5,70) %, $p=0,0056$) и ММТ ((31,53±4,92) vs (29,89±8,87) %, нд). При анализе корреляционных связей была отмечена равнозначная корреляционная связь ОТ и ИМТ в обеих группах. Так ОТ коррелировал с: ОО ($r=0,32$ vs $0,33$), ВЖ ($r=0,43$ vs $0,43$), ЖМТ ($r=0,54$ vs $0,56$). ИМТ коррелировал с: ОО ($r=0,62$ vs $0,63$), ЖМТ ($r=0,58$ vs $0,54$) ($p<0,05$). Показатель ОТ/рост в обеих группах коррелировал с ВЖ ($r=0,62$ vs $0,58$).

Выводы. При отсутствии достоверных различий между группами в антропометрических показателях, в группе с СД показатель ВЖ достоверно выше. В обеих группах антропометрические показатели ОТ и ОТ/рост коррелируют с ВЖ, однако коэффициент корреляции у ОТ/рост ВЖ выше, следовательно ОТ/рост может оцениваться как показатель висцерального ожирения.

Вплив ожиріння на гемодинаміку, лабораторні показники та субфракційний склад сироватки крові у літніх пацієнтів з коморбідною кардіальною патологією

Н.В. Тофан

Одеський національний медичний університет

Мета – виявити гемодинамічні особливості, лабораторні зміни та субфракційний склад сироватки крові після комбінованої фармакотерапії (ФТ) у літніх пацієнтів з первинною артеріальною гіпертензією (ПАГ) та ішемічною хворобою серця (ІХС) залежно від наявності ожиріння.

Матеріал і методи. 60 пацієнтів з ПАГ та ІХС були розподілені на 2 групи. Перша група включала пацієнтів з ПАГ у поєднанні з ІХС. Друга група складалась з хворих з ПАГ, ІХС та ожирінням (ІМТ > 30). Середній вік хворих в 1-й групі – (67,2±7,7) року, в 2-й – (63,8±10,4) року. Дослідження проведено в рівнозначних (n=30) вибірках. Пацієнти були обстежені у відповідності до протоколу надання медичної допомоги МОЗ України № 384 та № 816 в Університетській клініці Одеського національного медичного університету. Хворим було призначено лізиноприл, бісопролол та комбінований препарат, що містить гідроксид магнію і ацетилсаліцилову кислоту (кардіомагніл, Takeda, Японія). Дози препаратів варіювали залежно від клінічної ситуації кожного пацієнта. Для оцінки субфракційного розподілу сироватки крові був використаний біофізичний лабораторний метод – лазерна кореляційна спектроскопія (ЛКС). Забір сироватки крові прово-

дився до початку лікування та на 10-й день ФТ. Отримані дані оброблено методами непараметричної статистики (перцентильний аналіз: медіана, 25-й та 75-й перцентилі).

Результати. ІМТ в 1-й групі – 23,4 (21,5; 24,8) кг/м², а в 2-й – 31,9 (30,6; 33,7) кг/м². В другій групі до початку ФТ спостерігалась гіперглікемія – 6,8 (5,9; 8,9) ммоль/л та підвищений рівень холестерину по 75-му перцентилію – 4,9 (4,7; 7,6) ммоль/л. В субфракційному розподілі до початку лікування достовірних відмінностей не спостерігалось ($p>0,05$). Під впливом ФТ систолічний та діастолічний артеріальний тиск досягли цільових значень, рекомендованих для пацієнтів літнього віку – <150 мм рт. ст. в обох досліджуваних групах ($p<0,05$). В першій групі спостерігалось підвищення рівня креатиніну на 26,5 мкмоль/л (100,0 vs 73,5 мкмоль/л) та зниження швидкості клуб очкової фільтрації на 17,1 мл/хв/1,73 м² (58,2 vs 75,3 мл/хв/1,73 м²). В даних ЛКС-метрії 1-ї групи відзначалось збільшення внеску часток II дискретно-динамічної зони (ДДЗ) на 13% (29 vs 16%) та одночасне зростання часток IV ДДЗ на 12% (28 vs 16%). Частки II ДДЗ виявляються при наявності катаболічних реакцій, а частки IV ДДЗ визначаються при превалюванні алергоподібних реакцій. В 2-й групі не відзначалось статистично достовірних змін за даними ЛКС-метрії ($p>0,05$).

Висновки. Функціональна ниркова недостатність розвинулась у пацієнтів першої групи (ПАГ з ІХС) на тлі лікування і асоціювалась з динамікою ЛКС-метрії у вигляді зростання катаболічних та алергоподібних реакцій. У другій групі (ПАГ, ІХС та ожиріння) не відзначалось негативного впливу на функцію нирок, а також була відсутня динаміка ЛКС параметрів. Ця особливість може бути викликана депонуванням лікарських засобів у жировій тканині. Методика ЛКС-метрії демонструє високу чутливість у моніторингу гомеостатичних змін, асоційованих із впливом лікування, та дозволяє контролювати безпечність ФТ.

Розповсюдженість факторів кардіоваскулярного ризику серед хворих на остеоартрит у поєднанні з ожирінням

Г.В. Черкасова, О.В. Курята

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Мета – оцінити розповсюдженість факторів кардіоваскулярного ризику (КВР) серед хворих на остеоартрит у поєднанні з ожирінням.

Матеріал і методи. Було проведено ретроспективне дослідження 109 історій хвороб пацієнтів з гонартрозом (n=54) та коксартрозом (n=55) II та III ступеня за Kellgren та Lawerence, серед яких було 36 чоловіків (середній вік – 59,8 [38; 81] роки) і 74 жінки (середній вік – 64,2 [46; 82] роки) із середньою тривалістю захворювання 6,6 [2; 20] років.

Середній індекс маси тіла (ІМТ) становив 35,1 [30; 46,9] кг/м², згідно з яким усі хворі були розподілені на 3 групи: пацієнти з ожирінням 1-го ступеня (n=61), пацієнти з ожирінням 2-го ступеня (n=32) та пацієнти з ожирінням 3-го ступеня (n=17).

У ході дослідження проаналізована наявність діагностованої артеріальної гіпертензії, цукрового діабету (ЦД) 2-го типу, абдомінального ожиріння (АОЖ) та гіперхолестеринемії.

Результати. Згідно з отриманими даними, домінуючою коморбідною патологією серед хворих на гонартроз та коксартроз у поєднанні з ожирінням була АГ 1- та 2-го ступеня, діагностована у 88,1% (96 пацієнтів) з перевалюванням 2-го ступеня АГ – 66,7%. При цьому поширеність АОЖ становила 61,5%, гіперхолестеринемії – 58,7%, ЦД 2-го типу – 12,8%. Середній рівень холестеринемії становив 5,4 [1,75; 10] ммоль/л, середня окружність талії серед чоловіків – 95 [82; 106] см, серед жінок – 82 [73; 90] см.

Серед пацієнтів з гонартрозом та коксартрозом у поєднанні з ожирінням було продемонстровано достовірне ($p < 0,001$) підвищення поширеності АГ, ЦД 2-го типу та АОЖ, що було асоційоване із збільшенням ІМТ, з максимальною поширеністю серед пацієнтів з ожирінням 3-го ступеня – 94,1%, 35,3% та 82,7% відповідно. При цьому поширеність АГ серед пацієнтів з ожирінням 3-го ступеня була на 12,1%, ЦД 2-го типу – на 22,8% та АОЖ – на 21,2% вища порівняно з пацієнтами з ожирінням 1-го ступеня. Натомість поширеність гіперхолестеринемії не продемонструвала тенденції до зростання у разі підвищення ступеня ожиріння, і становила 66,7% серед пацієнтів з ожирінням 1-го ступеня, та 47% серед хворих з ожирінням 2- та 3-го ступеня. У ході дослідження було проаналізовано частоту поєднання основних кардіоваскулярних факторів ризику у хворих на гонартроз та коксартроз у поєднанні з ожирінням. Найбільш частою комбінацією факторів КВР було поєднання АОЖ + гіперхолестеринемія – 32,1% та АГ + ЦД 2-го типу – 29,3%. Так, АОЖ + гіперхолестеринемія зустрічалася найбільш часто серед пацієнтів з ожирінням 3-го ступеня (41,2%) порівняно з ожирінням 1-го та 2-го ступеня – 27,9 та 25% відповідно. Поширеність комбінації АГ + ЦД 2-го типу майже не відрізнялася серед пацієнтів з різним ступенем ожиріння і склала 31,1% серед пацієнтів з ожирінням 1-го ступеня, 34,4% – серед хворих з ожирінням 2-го ступеня, 35,3% – серед пацієнтів з ожирінням 3-го ступеня.

Висновки. Поєднання ОА та ожиріння характеризується підвищеним ризиком розвитку кардіоваскулярних захворювань, в структурі яких АГ посідає провідне місце. Підвищення ступеня ожиріння асоційоване не лише з підвищенням таких факторів КВР, як АГ, ЦД 2-го типу та абдомінальне ожиріння, а й сприяє підвищенню частоти їх взаємного поєднання, найбільш часто у комбінації АОЖ + гіперхолестеринемія та АГ + ЦД 2-го типу.

Ефективність контролю факторів ризику після інфаркту міокарда: роль соціально-економічних чинників

А.В. Ягенський, І.М. Січкарук, М.М. Павелко, Р.Я. Зубик

*Волинський обласний центр кардіоваскулярної патології, Луцьк
Луцька міська клінічна лікарня*

Мета – оцінка ефективності контролю основних факторів ризику (ФР) залежно від соціально-економічних чинників у віддалений період після інфаркту міокарда (ІМ).

Аналіз впливу соціально-економічних чинників на якість контролю ФР був проведений за результатами двох міжнародних проектів з оцінки якості вторинної профілактики після

ІМ, які проводились в 2005–2015 рр. на базі Волинського обласного центру кардіоваскулярної патології. За допомогою клініко-лабораторного обстеження оцінювалась поширеність основних ФР, соціально-економічний статус визначався за допомогою анкетування.

Матеріал і методи. Загалом в Луцьку проектами було охоплено 789 пацієнтів (29,4% жінок), які в цей період проходили лікування з приводу гострого ІМ. Середній вік пацієнтів становив (62,3±9,6) року. Виявлена висока поширеність основних ФР. Найпоширенішим ФР була артеріальна гіпертензія (АГ) – понад 80%, найменш поширеним – цукровий діабет (ЦД) – до 16%. Виявлено, що одночасно три та більше ФР мали 61,9% пацієнтів. Цільові значення АТ та загального холестерину досягалися лише у кожного п'ятого пацієнта. Була проведена оцінка значення соціально-економічних чинників у контролі ФР. Виявлено, що цільових рівнів АТ достовірно частіше досягають пацієнти з вищою освітою. Хворі, які працюють, краще контролюють свій АТ, порівняно з тими, які не працюють – 32,7% та 17,5%. Кращий контроль АГ у пацієнтів з низькими доходами. Такий, на перший погляд, парадоксальний факт можна пояснити тим, що рівень доходів осіб з вищою освітою виявився нижчим, ніж у осіб з середньою освітою. Аналіз зв'язку інших ФР із соціально-економічними чинниками не виявив істотних відмінностей за виключенням більшої поширеності абдомінального ожиріння у самотніх пацієнтів та куріння у одружених. Вагомим чинником, який визначав контроль ФР виявився медичний нагляд. Пацієнти, які спостерігались у кардіолога, мали істотно кращі показники контролю, порівняно з пацієнтами, які спостерігались у сімейного лікаря.

Результати. Загальний вплив соціально-економічних умов був проаналізований у проекті з оцінки вторинної профілактики після інфаркту міокарда у клініках міст Луцьк (Україна), Гданськ (Польща) та Берн (Швейцарія) (загальна кількість пацієнтів 1086). Виявлена істотна відмінність у загальній смертності через 3,5 року після інфаркту – відповідно 14,6%, 8,5% та 4,6%. Поширеність усіх факторів ризику була найнижчою у Берні при дещо меншій кількості курців в Луцьку та більшій кількості пацієнтів з ЦД (22,3%) та ожирінням (33,3%) у Гданську. Основна відмінність між центрами була в частоті реперфузійного лікування – 98% в Берні, 92% в Гданську та 20% в Луцьку. Медикаментозне лікування при виписці зі стаціонару практично не відрізнялось між трьома центрами, тоді як через 3,5 року кількість пацієнтів, які приймали статини, в Луцьку становила всього 31,7%, при 90,9% в Берні та 78,5% у Гданську.

Ймовірно, однією з причин є істотна різниця в доходах населення, вищий рівень безробіття та відсутність страхової медицини в Україні. Рівень безробіття був найнижчий у Швейцарії (3,5%) при значно вищому в Польщі (9,7%) та Україні (8,9%). Співвідношення доходів на душу населення склало 29:4:1 відповідно. У Швейцарії та Польщі практично усі пацієнти були покриті медичним страхуванням, у той час як в Україні понад 95% пацієнтів були не застраховані. Втім, чіткої залежності прогнозу пацієнтів після ІМ від окремих економічних чинників виявлено не було.

Висновки. Висока поширеність ФР та низький рівень їх контролю у пацієнтів після ІМ лише частково зумовлені соціально-економічними чинниками. Необхідні істотні організаційні зусилля для покращення ситуації.