

ISSN 1608-635X (Print)
ISSN 2664-4479 (Online)



Національна академія медичних наук України

Всеукраїнська асоціація кардіологів України

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології
імені академіка М.Д. Стражеска" НАМН України»

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

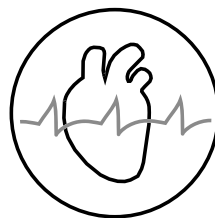
Матеріали XXII Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 21–24 вересня 2021 р.)

Головний редактор: О.М. Пархоменко

Наукова редакція випуску: Л.Г. Воронков, С.М. Кожухов, М.І. Лутай,
О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов,
Ю.М. Сіренко, М.Ю. Соколов, Т.В. Талаєва, В.О. Шумаков

Том 28 Додаток 1 2021



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2021

нарних синдромів (ГКС), але вплив різних факторів на рівень КПП у хворих з ГКС вивчений недостатньо.

Мета – дослідити рівень КПП у пацієнтів, які були госпіталізовані з діагнозом ГКС без елевації ST (ГКСбST), та оцінити вплив віку, статі і зв'язок з рівнем класичного маркера несприятливого перебігу ГКС – тропоніну I (TrI).

Матеріали і методи. У групу дослідження було включено 121 пацієнта з діагнозом ГКСбST, що були госпіталізовані у перші 72 години від початку ангінозного нападу і надали письмову згоду на участь у дослідженні. Виключались пацієнти з анемією середнього та тяжкого ступеня, хронічною нирковою недостатністю тяжкого ступеня та хронічними захворюваннями у стадії загострення або декомпенсації. Крім стандартного клініко-біохімічного обстеження при надходженні до стаціонару, додатково визначено рівень TrI методом ІФА (нормальний рівень <0,014 нг/мл) та КПП методом автофлуоресценції з використанням флуориметра Hoefeg DQ 2000 (США). Розрахунок рівня КПП проводився за власною запатентованою методикою з використанням в якості контролю глікованого альбуміну (ГА), результати визначались як кількість мг ГА у 1 мл плазми крові (мг/мл). Статистичний аналіз проводився за допомогою MS Excel, Statistica 6.0.

Результати. Середній вік пацієнтів – 67,5 [59; 76,3] р. Кількість чоловіків та жінок була приблизно однакова: 63 чоловіки (52 %) та 58 жінок (48 %). Найпоширенішими супутніми захворюваннями та станами були артеріальна гіпертензія (103 пац. (85,5 %)), перенесений у минулому інфаркт міокарда (37 пац. (30,7 %)), хронічна серцева недостатність (59 пац. (49 %)), цукровий діабет (25 пац. (20,8 %)), фібриляція передсердь (28 пац. (23,2 %)). Гемодинамічні показники на момент госпіталізації були стабільні. Середній рівень тропоніну становив 0,031

Таблиця 1. Рівні КПП (мг/мл) залежно від статі, віку та наявності підвищення рівня тропоніну

Групи	Пацієнти з нормальним рівнем TrI		Пацієнти з підвищеним рівнем TrI	
	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
	0.006 [0.004; 0.008]		0.049 [0.029; 0.165]	
40–49 років	0.157 [0.137; 0.17]	–	0.148 [0.144; 0.153]	0.190 [0.18; 0.19]
51–59 років	0.150 [0.14; 0.159]	0.164 [0.152; 0.168]	0.157 [0.144; 0.169]	0.157 [0.149; 0.157]
60–69 років	0.163 [0.136; 0.167]	0.145 [0.133; 0.152]	0.167 [0.145; 0.18]	0.135 [0.119; 0.144]
70–79 років	0.146 [0.142; 0.148]	0.131 [0.128; 0.134]	0.16 [0.153; 0.178]	0.165 [0.146; 0.177]
≥ 80 років	–	0.11 [0.109; 0.11]	0.136 [0.1; 0.145]	0.155 [0.148; 0.177]
Разом у групі	0.15 [0.134; 0.166]	0.144 [0.118; 0.159]	0.157 [0.143; 0.173]	0.155 [0.138; 0.176]

«–» – відсутні пацієнти з заданими характеристиками.

[0,013; 0,076] нг/мл, а КПП – 0,154 [0,136; 0,172] мг/мл (норма (0,128±0,005) мг/мл). У чоловіків рівень КПП становив 0,15 [0,14; 0,16] мг/мл, а у жінок – 0,14 [0,12; 0,16] мг/мл.

Висновки. Пацієнти з підвищеним рівнем тропоніну мали більш високі рівні КПП на момент госпіталізації. Такі параметри, як вік і стать мали незначний вплив на рівень КПП у пацієнтів як з підвищеним, так і нормальним рівнем тропоніну I.

Взаємозв'язок між показниками абдомінального ожиріння та структурним станом міокарда у жінок з артеріальною гіпертензією і раком молочної залози

Т.В. Колесник, В.О. Киричак

Дніпровський державний медичний університет

Мета – дослідити особливості антропометричних параметрів та показників структурного стану міокарда у жінок з артеріальною гіпертензією (АГ) в залежності від наявності раку молочної залози (РМЗ).

Матеріали і методи. Обстежено 62 жінки з АГ, які були розподілені на дві групи: I група – 34 жінки з АГ та РМЗ, і II група – 28 жінок з АГ без РМЗ. Середній вік в I і II групах був 62,00 (56,00; 66,00) та 61,00 (53,00; 65,00) рік відповідно (p>0,05). За даними офісного вимірювання артеріального тиску (АТ) та добового моніторування АТ (ДМАТ) показники систолічного (САТ) та діастолічного (ДАТ) АТ були зіставні, рівень АГ відповідав АГ 1-го ступеня. За тривалістю АГ групи не різнились між собою. На момент включення в дослідження жодна жінка не приймала антигіпертензивну та протипухлинну терапію. Аналізували наступні антропометричні показники: обвід талії (ОТ), обвід стегон (ОС), співвідношення ОТ до ОС (ОТ/ОС), співвідношення ОТ до зросту (ОТ/зріст) та індекс маси тіла (ІМТ). Трансторакальну ЕхоКГ проводили за стандартною методикою, Оцінювали: розмір лівого передсердя (ЛП), товщину міжшлуночкової перегородки (ТМШП), товщину задньої стінки лівого шлуночка (ТЗС ЛШ), фракцію викиду лівого шлуночка (ФВ). Гіпертрофію лівого шлуночка (ГЛШ) оцінювали за індексом маси міокарда ІММЛШ, г/м², та за індексацією ММЛШ до зросту в ступені 2,7 (ІММЛШ/зр^{2,7}). Величини представлені у вигляді медіани та інтерквартильного розподілу даних (25 %; 75 %).

Результати. За даними аналізу антропометричних показників встановлено, що величини ОС (I група – 102,5 (98,0; 105,0) см, II група – 99,0 (98,0; 104,0) см) та ІМТ (I група – 29,50 (25,10; 33,80) кг/м², II група – 31,05 (28,10; 34,04) кг/м²) між групами статистично не відрізнялись. При зіставних величинах ОТ і ОТ/зріст, які відповідали критеріям абдомінального ожиріння (АО)

(I група – 0,58 (0,54; 0,62), II група – 0,51 (0,48; 0,54)), саме у жінок з АГ в поєднанні з РМЗ рівень ОТ був вище на 19,01 % ($p < 0,0005$), а величина ОТ/зріст на 13,73 % ($p = 0,0008$) відповідно, на відміну від пацієнток з АГ без РМЗ. Тільки у групі жінок з АГ та РМЗ співвідношення ОТ/ОС відповідало критеріям АО і було вищим на 13,41 % ніж у хворих на АГ без РМЗ ($p = 0,00002$) (I група – 0,93 (0,87; 0,96), II група – 0,82 (0,8; 0,87)). Відмінною рисою хворих I групи був вірогідно вищий відсоток жінок з АО лише за критерієм співвідношення ОТ/ОС (79,4 %), порівняно з II групою (39,3 %) ($\chi^2 = 10,4205$, $p = 0,0012$).

Аналіз структурного стану міокарда показав, що величини ЛП, ГМШП, ТЗС ЛШ, ІММЛШ та ІММЛШ/зр^{2,7} в групах не відрізнялись. Слід зазначити, що в обох групах пацієнтів величина ФВ (I група – 66,35 (64; 68,69), II група – 69,2 (65,49; 72,72) %) відповідала нормі, але у жінок I групи була достовірно нижче на 4,11 % ($p = 0,02$) на відміну від II групи.

З даними кореляційного аналізу встановлено прямий зв'язок між збільшенням тривалості АГ та величинами ОТ і ОТ/ОС ($r = +0,35$ і $r = +0,39$; $p < 0,005$). Лише у жінок з АГ в поєднанні з РМЗ встановлено, що збільшення ОТ та ОТ/ОС було асоційовано із зростанням розміру ЛП ($r = +0,43$ та $r = +0,4$; $p < 0,005$), величин ГМШП ($r = +0,51$ та $r = +0,45$; $p < 0,005$), ІММЛШ/зр^{2,7} ($r = +0,44$ та $r = +0,42$; $p < 0,005$).

Висновки. Доведено, що жінки з АГ у поєднанні з РМЗ мають статистично вищий ступінь та частоту виявлення АО, аніж жінки без РМЗ. Встановлено ряд статистично значущих кореляційних зв'язків між параметрами АО та характеристиками структурного стану міокарда: ОТ і ОТ/ОС з значеннями розміру ЛП та ІММЛШ/зр^{2,7}. Ступінь ГЛШ у жінок хворих на АГ та РМЗ слід аналізувати саме за ІММЛШ/зр^{2,7}. Отримані дані обумовлюють доцільність обов'язкового визначення параметрів АО (ОТ та ОТ/ОС) у жінок з АГ в сполученні з РМЗ.

Залежність ризику розвитку ЦД 2-го типу за шкалою FINDRISC від поліморфних варіантів гена ADRB2(AGR16GLY) у пацієнтів з помірним та високим серцево-судинним ризиком

І.Р. Комір, Г.С. Ісаєва

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», Харків

Мета – оцінити антропометричні, глюкометаболічні показники та рівень ліпідів крові в залежності від носійства різних поліморфних варіантів гена ADRB2(Agr16Gly), а також дослідити зв'язок між генетичними факторами і ризиком розвитку цукрового діабету (ЦД) 2-го типу.

Матеріали і методи. Обстежено 192 хворих, 103 (53,6 %) жінки і 89 (46,3 %) чоловіків віком від 23 років до 79 років (середній вік (59,39±1,09) років) з помірним та високим серцево-судинним ризиком. Ризик розвитку ЦД 2-го типу в найближчі 10 років оцінювали за допомогою опитувальника FINDRISC. Генотипування поліморфізму 46 A>G (Agr16Gly) гена ADRB2 (rs1042713) здійснювали методом полімеразної ланцюгової реакції в режимі реального часу з використанням набору реагентів «SNP-ЭКСПРЕСС-SHOT» («Литех»). Концентрації загального холестерину (ЗХС) і фракції ліпопротеїдів (ТГ, ХСЛПНЩ, ХСЛПВЩ) визначали ферментативним методом. Рівень глікемії визначали глюкозооксидазним методом. Фізичну активність оцінювали за опитувальником IPAQ (International Questionnaire on long Physical Activity). М'язову силу оцінювали за допомогою динамометру SAMRY, EH101. Склад тіла визначали методом біоімпедансу (ваги OMRONHJ-203-EK). Для статистичного аналізу використовували SPSSIBM, версія 17.0.

Результати. Залежно від кількості отриманих балів, пацієнти були ранжировані по категоріях десятирічного ризику розвитку ЦД 2-го типу. В категорії низького, незначно підвищеного та дуже високого ризику переважали чоловіки, в усіх інших – жінки. У нашому дослідженні 15,5 % осіб мали високий та дуже високий ризик, зокрема 15,4 % чоловіків та 18,1 % жінок. Встановлено, що носії поліморфного варіанту AA гена ADRB2 (Agr16Gly) мали достовірно нижчий десятирічний ризик потенційного розвитку ЦД 2-го типу (7,0 [6,0–11,0]; 10,0 [6,0–13,0]; 10,0 [6,0–15,0] бала, $p = 0,03$). Не встановлено статистично значущих відмінностей в показниках FINDRISC, середнього балу та ризику розвитку ЦД 2-го типу протягом 10 років між носіями AG, GG гену ADRB2(Agr16Gly). При аналізі антропометричних показників встановлено, що носії варіанту AA поліморфного гена ADRB2(Agr16Gly) мали найменший ІМТ (27,05 [23,25–31,80]; 29,50 [25,60–33,50]; 30,20 [27,20–34,30] кг/м², $p = 0,02$), частку жирової тканини (30,65 [26,0–38,0]; 38,2 [30,2–44,4]; 35,8 [29,9–44,0] %, $p = 0,02$) та мали меншу м'язову силу, ніж носії варіантів AG, GG ADRB2(Agr16Gly) (31,6 [26,4–49,4]; 33,0 [27,9–51,2]; 35,4 [27,2–50,3] кг/м², $p = 0,03$). При аналізі ліпідного профілю встановлено достовірні розбіжності між рівнями ТГ крові. Так носії варіанту AA поліморфного гена ADRB2(Agr16Gly) мали менші показники ТГ, ніж носії варіанту GG (1,1 [0,6–1,7]; 1,3 [0,9–1,9]; 1,5 [1,2–2,17] ммоль/л, $p = 0,03$). Також носії варіанту AA поліморфного гена ADRB2(Agr16Gly) мали достовірно нижчі рівні глюкози крові натще (4,9 [4,7–5,4]; 5,4 [4,9–6,3]; 5,5 [4,6–5,9], ммоль/л, $p = 0,03$), НвА1с% (5,7 [5,2–5,9]; 5,9 [4,7–5,8]; 6,1 [5,3–7,2] %, $p = 0,04$) та сечової кислоти (223,0 [192,0–255,0]; 282,0 [231,0–383,0]; 321,0 [262,0–387,0] мкмоль/л, $p = 0,003$), ніж носії варіанту GG.

Висновки. Носійство поліморфного варіанту AA гена ADRB2(Agr16Gly) асоційовано з достовірно нижчим десятирічним ризиком потенційного розвитку ЦД