

Рівні Сел Р були найменшими в основній групі – 19,7 [8,0; 26,7] нг/мл ( $p_{1-2} < 0,001$ ), найбільшими в групі контролю – 71,0 [54,3; 76,1] нг/мл ( $p_1 < 0,001$ ), а в групі порівняння вдвічі більшими за основну групу 43,1 [41,3; 45,4] нг/мл ( $p_{2-3} < 0,001$ ).

Найбільший рівень ІЛ-10 рееструвався у пацієнтів основної групи 20,3 [17,1; 24,4] пг/мл ( $p_{1-2} < 0,001$ ), а найменший – у групі контролю 3,6 [2,8; 5,0] пг/мл ( $p_1 < 0,001$ ), у групі порівняння 12,1 [10,5; 13,7] пг/мл ( $p_{2-3} < 0,001$ ).

У пацієнтів основної групи Сел Р достовірно прямо корелював із ІЛ-10 ( $\rho = 0,289$ ,  $p = 0,044$ ). У пацієнтів групи порівняння САТ та ДАТ прямо корелювали з ІЛ-10 ( $r_1 = 0,295$ ,  $r_1 = 0,036$  та  $r_2 = 0,263$ ,  $r_2 = 0,063$ ).

**Висновки.** Зниження рівнів Сел Р та підвищення ІЛ-10 у пацієнтів із ГХ у поєднанні з НАЖХП може бути обумовлено супутньою гіпертензивною ендотеліопатією внаслідок хронічного підвищення системного тиску та більш інтенсивним вторинно-потенційованим ураженням паренхіми печінки. Це додатково підтверджується відсутністю кореляції Сел Р та ІЛ-10 у пацієнтів із ізольованою НАЖХП. При цьому пряма кореляція Сел Р та ІЛ-10 у пацієнтів з коморбідними ГХ та НАЖХП може свідчити про взаємозалежність протизапальної відповіді та активності антиоксидантної системи за наявності підвищення системного артеріального тиску у таких пацієнтів.

## Вплив комплексного лікування на діастолічну функцію лівого шлуночка в пацієнтів з ізольованою систолічною артеріальною гіпертензією у поєднанні з ішемічною хворобою

С.О. Шейко

Дніпровський державний медичний університет

**Мета** – визначити прогностичні фактори поліпшення діастолічної функції лівого шлуночка (ДФЛШ) у пацієнтів з ізольованою систолічною артеріальною гіпертензією (ІСАГ) у поєднанні з ішемічною хворобою упродовж трирічного лікування із застосуванням комплексної антигіпертензивної терапії.

**Матеріали і методи.** У дослідження залучено 134 хворих похилого віку з ІСАГ та ІХС. До основної групи включено 91 пацієнта віком (71,1±3,5) років з ІСАГ, з ФВ ЛШ >50 % та рівнем NT-про BNP >125 пг/мл. Серед них 61 жінка (67 %) і 30 (33 %) чоловіків. Групу порівняння склали 43 пацієнта (27 жінок і 16 чоловіків віком (70,4±3,7) роки) з ІСАГ, ФВ ЛШ >50 % та NT-про BNP <125 пг/мл.

Пацієнти основної групи приймали фіксовану комбінацію бісопрололу fumarату (5 мг) з амлодіпіном (5 мг).

Виконували клінічне обстеження, моніторинг офісного та амбулаторного артеріального тиску (АТ), ЕКГ, ехокардіографію, особливості структурно-функціонального, прозапального статусу. Стан ДФЛШ вивчали на початку та наприкінці дослідження.

**Результати.** У 66 (72,5 %) хворих основної групи діагностовано діастолічну дисфункцію (ДД) за типом порушення релаксації (ПР) ЛШ. У 25 (27,5 %) пацієнтів з ІСАГ і ХСНзбФВ діагностували порушення діастолічної функції (ДФ) за типом псевдонормалізації (ПН). В усіх випадках мала місце концентрична ГЛШ. Незалежно від статі рівень індексу максимального об'єму ЛП (ІОЛПмакс.) перевищував 34 мл/м<sup>2</sup>. Розроблено критерії діагностики ХСНзбФВ ЛШ у хворих з ІСАГ: наявність клінічних симптомів СН при значеннях ФВ ЛШ >50 %, рівня Nt-pro BNP >125 пг/мл, концентричного варіанту ремоделювання ЛШ, переважно концентричної ГЛШ, ДД ЛШ за типом ПР (Е/А <0,8) або ПН (Е/А >0,8<2,0) та ІОЛПмакс. >34 мл/м<sup>2</sup>.

Хворі з ДДЛШ мали більшу тривалість артеріальної гіпертензії, вищі показники індексу маси тіла, добової екскреції альбуміну з сечею, офісного та амбулаторного АТ, у них вдвічі частіше реестрували порушення добового ритму АТ. ДДЛШ у 100 % випадків асоціювалася з вираженою гіпертрофією лівого шлуночка (ГЛШ), підвищенням вмісту в плазмі крові білків запалення (С-реактивного білка, фібриногену), цитокінів (інтерлейкіну-6, фактора некрозу пухлини  $\alpha$ ).

**Висновки.** Провідним патогенетичним чинником виникнення ХСНзбФВ є ДД ЛШ. Спектр порушень ДФ ЛШ залежить від профілю його ремоделювання. У 66 (73 %) хворих з ІСАГ і ХСНзбФВ діагностовано ДД за типом ПР ЛШ. У 25 (27 %) хворих спостерігали порушення діастолічного наповнення за типом ПН. Поліпшення та стабілізація показників ДФЛШ відбувалися одночасно із регресом ГЛШ (нормалізація індексу маси міокарда лівого шлуночка у 37,1 %, у інших 67,9 % – суттєве зменшення індексу маси міокарда лівого шлуночка) на тлі покращання контролю АТ, зменшення частки пацієнтів з порушенням його добового ритму. Незалежними чинниками розвитку ДДЛШ через 3 роки лікування були вихідні рівні альдостерону в плазмі крові ( $\beta = 0,553$ ;  $p = 0,0001$ ), глюкози ( $\beta = 0,364$ ;  $p = 0,0001$ ), добова екскреція альбуміну із сечею ( $\beta = 0,187$ ;  $p = 0,016$ ), вік пацієнта ( $\beta = 0,192$ ;  $p = 0,023$ ). Шанси на поліпшення ДФЛШ зростали в 3,5 рази, якщо пацієнт з ІСАГ не мав цукрового діабету та відбувався регрес ГЛШ.

## Endothelium functional state and cardiovascular risk factors in patients with essential hypertension and rheumatoid arthritis

I.M. Fushtey, S.L. Podsevahina, A.I. Palamarchuk

Zaporizhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, Ukraine

The goal of the present work is to investigate and evaluate significance of investigation of the endothelium functional state and the risk of fatal cardiovascular events