

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський державний медичний університет

Матеріали науково-практичної конференції
З міжнародною участю

**МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ
В ПРАКТИЦІ КАРДІОЛОГА**

14-15 ЛИСТОПАДА 2006 РОКУ
ХАРКІВ

Таким образом, можно сказать, что развитие и прогрессирование инсулинорезистентности у больных с метаболическим синдромом оказывает значительное влияние на энергетический и экстрацеллюлярный обмен миокарда.

ЗАСТОСУВАННЯ СИМВАСТАТИНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕСТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ З ПРОЯВАМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Вакалюк І.П., Бошорко Ю.В., Звонар П.І., Гайналь Н.П., Клименко В.І.

Івано-Франківський державний медичний університет

Наявність метаболічного синдрому поглиблює прояви дисліпідемії та імунзапального процесу у пацієнтів з нестабільною стенокардією (НС), ускладнює клінічний перебіг захворювання.

Метою роботи було встановлення ефективності симвастатину в комплексному лікуванні хворих на нестабільну стенокардію з проявами метаболічного синдрому.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежені 25 пацієнтів на НС (16 чоловіків і 9 жінок), з клінічними ознаками дестабілізації ІХС. Тривалість цього періоду у всіх пацієнтів складала в середньому $7,2 \pm 1,9$ діб. Критеріями включення в дослідження були: наявність типового больового синдрому в спокої тривалістю більше 10 хвилин упродовж останніх 24 годин, що супроводжувалось відповідними змінами на ЕКГ. Діагноз метаболічного синдрому встановлювали за критеріями АТР ІІІ (у всіх обстежених було не менше 3 з 5 критеріїв). Всім хворим проводили стандартну терапію, симвастатин (Симвакор-Дарниця) призначали в стандартній дозі 20 мг/день одноразово ввечері з першого дня лікування упродовж 8 тижнів.

Результати дослідження. Застосування симвастатину призвело до зменшення рівня загального холестерину на 18% ($p < 0,05$), ХС ЛПНГ на 26% ($p < 0,05$), тригліцеридів на 7% ($p > 0,05$). Водночас рівень ХС ЛПВГ збільшився на 5,9% ($p > 0,05$). Цільові рівні ХС ЛПНГ ($2,6$ ммоль/л) були досягнуті в 13 хворих (56,7%). У 8 пацієнтів (34,8%) концентрація ХС ЛПНГ залишалась вищою за цільовий рівень, проте рівень ХС ЛПНГ зменшився більш, ніж на 10%, Цій категорії хворих в подальшому доза була збільшена до 40 мг на добу. Водночас на фоні терапії встановлено зменшення середньої концентрації СРП з $1,88 \pm 0,12$ до $1,56 \pm 0,13$ мг/л ($p < 0,05$).

Заключення. Симвастатин в дозі 20 мг на добу в складі комплексного лікування у хворих на НС з проявами метаболічного синдрому виявив не лише задовільну ліпідознижуючу активність, але й суттєво сприяв клінічній стабілізації ішемічної хвороби серця, проявляючи протизапальну дію.

10

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРИХ КОРОНАРНИХ СИНДРОМІВ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Васпшчук В.В., Вакалюк І.П.

Івано-Франківський державний медичний університет

Зростання захворюваності на цукровий діабет (ЦД) спостерігається сьогодні практично в усіх країнах світу, в тому числі і в Україні. Поряд з цим постійно збільшується кількість хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС). Проблема полягає в тому, що поєднання ЦД та ІХС не тільки значно гірше відображається на стані здоров'я хворих, ніж окремі перебіги цих захворювань, але й зумовлює частіший розвиток ускладнень.

Метою нашого дослідження було встановити клінічні особливості перебігу гострих коронарних синдромів (ГКС) у хворих на цукровий діабет.

Обстежено 100 хворих на ГКС віком ($59,5 \pm 2,3$) років. Усі хворі були розподілені на 2 групи: у 50 хворих ГКС поєднувався з ЦД, у інших 50 осіб ЦД не було. ГКС проявлявся нестабільною стенокардією (відповідно 80,0% і 84,0% хворих) або інфарктом міокарда (відповідно у 20,0% і 16,0% осіб). Всі хворі отримували стандартну терапію ГКС, і за показаннями—лікування ЦД.

Аналіз отриманих результатів виявив ряд особливостей клінічного перебігу гострих коронарних синдромів у хворих на ЦД. Однією з таких особливостей є частіше виникнення ГКС у жінок за наявності супутнього ЦД. Окрім того у хворих з ГКС на фоні ЦД частіше реєструється артеріальна гіпертензія, більш виражене зниження показників фракції викиду та сповільнені терміни фазності ішемічних змін (особливо за наявності Δ -некрозу міокарда). Відмічено також достовірно більші порушення обміну ліпідів у поєднанні з розладами вуглеводного обміну.

Таким чином, виникнення коронарної недостатності на фоні цукрового діабету характеризується низкою своєрідних клінічних, інструментальних та лабораторних проявів, що може суттєво змінювати перебіг як гострого періоду захворювання, так і стримувати відновні процеси в міокарді.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Власенко М.А., Демихова Н.В.* , Псарєва В.Г.*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, Сумской государственной университет**

Цель: оценить уровень фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) и функциональное состояние левого желудочка (ЛЖ) у больных ишеми-

ческой болезнью сердца (ИБС) с сопутствующей хронической сердечной недостаточностью (ХСН) при метаболическом синдроме (МС).

Обследовано 40 больных в возрасте $61,7 \pm 2,9$ лет ИБС и МС. У всех больных установлен МС на основании критериев по ШР (2005) и АТР-III (2001). У всех отмечены признаки ХСН I - IVФК по Г^УНА. Уровень ФНО- α определяли в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа набором реактивов «Укрмедсервис», Донецк. Функциональное состояние ЛЖ оценивали при проведении эхокардиоскопии на аппарате Envisor HD фирмы Phillips.

У большинства больных с ХСН и МС ФНО- α не определялся. У 37,5% больных с ХСН в плазме крови ФНО- α присутствовал в концентрации от 0,78 до 46,6 пг/мл. Среди больных с ХСН и МС без ФНО- α в плазме крови, было 6 пациентов с I ФК, 14 — со II ФК, 4 — с III ФК ХСН. Среди больных с ФНО- α был с I ФК, 1 со II ФК, 6 с III ФК, 7 — с IV ФК. Отмечено более тяжелое клиническое течение ХСН у больных с ФНО- α . При наличии ФНО- α в плазме имел место более длительный анамнез ХСН-28,8718,71 месяцев; у пациентов без ФНО- α 19,6 \pm 8,89 месяцев ($p < 0,05$). Фракция выброса (ФВ) ЛЖ составила 34,6 \pm 3,70 и 38,88 \pm 4,32% у больных с ФНО- α и без него соответственно ($p < 0,005$). Установлена обратная корреляционная зависимость между ФВ и уровнем ФНО- α в плазме крови ($r = -0,45$, $p < 0,05$).

Вывод. При изучении особенностей течения ХСН у больных с ИБС и МС с цитокиновой агрессией обнаружена обратная зависимость ФВ ЛЖ от уровня ФНО- α в плазме крови. Больных ХСН и МС с ФНО- α в плазме крови отличают тяжелое течение заболевания, значительное нарушение сократительной функции миокарда.

СКУЧАЙ СИНДРОМА СОТОСА

Гречанина Ю.Б., Васильева О.В

Харьковский государственный медицинский университет

Патология сердечно-сосудистой системы нередко носит синдромальный характер. Общее число наследственных моногенных синдромов и хромосомных болезней, сопровождающихся данной патологией составляет 242 нозологические единицы. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы являются одним из признаков синдрома Сотоса, для которого также характерны акромегалия, усиленный рост, умственная отсталость, нарушение координации. Нами проанализировано клиническое наблюдение 34-летнего пациента, состоящего на учете в ХСМГ в течение 10 лет. Направлен с предварительным диагнозом: наследственная патология. При обследовании представлял жалобы на боли в области сердца, головные боли, утомляемость. Фенотипически: акромегалия, I

196 см, макродолихоцефалия, антимонолоидный разрез глаз, высокое небо, сколиоз, гипермобильность суставов. В неврологическом статусе: экзофтальм, слабость конвергенции, мышечная гипотония, шаткость в позе Ромберга, умеренная умственная отсталость. Со стороны сердечно-сосудистой системы у больного выявлена гипертрофическая кардиомиопатия, симметричная форма гипертрофии левого желудочка, пролапс митрального клапана I ст., суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия, частая желудочковая и предсердная экстрасистолия, СН I А, функциональный класс II. Со стороны органов зрения определяется ангиопатия сетчатки.

Карิโอтип 46 XY, 2% хромосомной нестабильности. Имеются электроэнцефалографические признаки повышенной судорожной готовности головного мозга; сонографические признаки повышенного пневматоза кишечника, холангита, уплотнения почечных синусов, повышенной подвижности почек. При биохимическом исследовании крови определяется гиперхолестеринемия, гипер-в-липопротеидемия; в суточной моче — повышенное содержание гликозаминогликанов, креатинина. Родословная отягощена мультифакториальной патологией.

На основании жалоб, особенностей фенотипа, данных анамнеза, клинико-генеалогического анализа и данных дополнительных методов исследования установлен диагноз: синдром Сотоса. Таким образом, признаки поражения сердечно-сосудистой системы, наряду с неврологическими и общесоматическими, являются важными маркерами выявления данного синдрома. Учитывая, что при яркой симптоматике до 24-летнего возраста диагноз не был установлен, данный случай является настораживающим для врачей любой специальности.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ И ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СУММАРНЫЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Грунченко М.Н., Мацак В.В., Тверетинов А.Б.

ГП «Институт терапии им. Л. Т. Малої АМНУ України», г. Харьков

Цель. Изучить влияние комбинированной гипотензивной и гиполипидемической терапии на суммарный риск (СР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материалы и методы. Обследовано 60 мужчин и 40 женщин-больных с артериальной гипертензией (АГ) в возрасте 34-58 лет (средний возраст 47,6 \pm 2,1 года). Продолжительность АГ составила от 7 до 25 лет (17,1 \pm 2,9 года).

Артериальное давление (АД) измеряли по методу Н.С. Короткова, придерживаясь рекомендаций ВОЗ (1996) и Американской ассоциации сердца (1993). Концентрацию общего холестерина (ОХ) определяли