

**КОМОРБІДНИЙ ПЕРЕБІГ ШЕМИЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ  
ТА КИСЛОТОЗАЛЕЖНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ:  
ВПЛИВ ГІПОЦІАНОКОБАЛАМІНЕМІЇ НА РІВЕНЬ ГОМОЦИСТЕЇНУ**

*Жаркова А. В.*

*Сумський державний університет,  
кафедра сімейної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології*

На сьогодні оцінка класичних факторів ризику атеросклерозу не може у повній мірі пояснити динаміку зростання частоти розвитку серцево-судинних ускладнень. Значення додаткових факторів ризику зростає на фоні коморбідного перебігу захворювань. Протягом останнього десятиріччя в літературі з'являються результати дослідження зв'язку між тривалим прийомом інгібіторів протонної помпи (ПП) для лікування кислотозалежних захворювань (КЗЗ) та зростанням кардіоваскулярного ризику.

**Метою** нашого дослідження було вивчення взаємозв'язку між рівнями гомоцистеїну (ГЦ) та ціанокобаламіну плазми крові при поєднанні ІХС та КЗЗ.

До дослідження було залучено 102 особи, які були розподілені на 3 групи: група 1 – 34 пацієнти з ІХС без супутньої патології шлунково-кишкового тракту; група 2 – 33 пацієнти з КЗЗ без супутньої ІХС; група 3 – 35 пацієнтів з коморбідним перебігом ІХС та КЗЗ. Пацієнти відповідали вимогам репрезентативної виборки за статтю, віком, тривалістю захворювань.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що середнє значення рівня вітаміну В12 плазми крові в контрольній групі становило  $595,7 \pm 54,74$  пг/мл, у першій групі –  $662,5 \pm 45,80$  пг/мл, у другій групі –  $293,8 \pm 11,11$  пг/мл, у третій групі –  $237,1 \pm 17,41$  пг/мл, тобто у коморбідних хворих був зареєстрований нижчий рівень ціанокобаламіну як у порівнянні з хворими першої ( $p < 0,001$ ) та другої ( $p < 0,05$ ), так і у порівнянні з контрольною групою ( $p < 0,001$ ). Середній рівень цього показника у хворих на ізольований перебіг КЗЗ був також достовірно вищим порівняно з контрольною групою ( $p < 0,001$ ) та хворими з ізольованою ІХС ( $p < 0,001$ ), але дещо нижчим за відповідні значення у пацієнтів з коморбідним перебігом захворювань ( $p < 0,01$ ).

Проведений кореляційний аналіз свідчить про наявність прямого зв'язку між тривалістю прийому ПП і рівнями вітаміну В12 –  $r = +0,72$ ,  $p < 0,05$  при ізольованому перебігу КЗЗ та  $r = +0,83$ ,  $p < 0,05$  у коморбідних хворих.

Також нами було проведено визначення рівня ГЦ плазми крові у пацієнтів досліджуваних груп. Встановлено, що середнє значення рівня ГЦ плазми крові в контрольній групі становило  $9,7 \pm 0,48$  мкмоль/л, у першій групі –  $11,9 \pm 0,65$  мкмоль/л, у другій групі –  $15,2 \pm 2,03$  мкмоль/л, у третій групі –  $22,8 \pm 1,78$  мкмоль/л, тобто в групі хворих на коморбідну патологію – ІХС та КЗЗ – зареєстрований достовірно ( $p < 0,01$ ) найвищий середній рівень ГЦ. Проведений аналіз дозволив виявити прямий кореляційний зв'язок між підвищенням плазмової концентрації ГЦ та тривалістю прийому ПП: у коморбідних хворих –  $r = +0,82$ ,  $p < 0,05$  та хворих на КЗЗ  $r = +0,74$ ,  $p < 0,05$ .

Таким чином, отримані результати дозволяють стверджувати, що у хворих на коморбідний перебіг ІХС та КЗЗ, середній рівень ціанокобаламіну плазми крові достовірно нижчий порівняно з ізольованими патологічними станами та контрольною групою. Ступінь дефіциту вітаміну В12 зростає пропорційно збільшенню тривалості перебігу КЗЗ та, відповідно, прийому ПП. Визначено, що рівень ГЦ плазми крові був достовірно вищий серед коморбідних хворих порівняно з представниками інших груп. Вираженість гіпергомоцистеїнемії зростала відповідно до збільшення тривалості прийому ПП. Встановлено наявність зворотного кореляційного зв'язку між плазмовими рівнями ГЦ та ціанокобаламіну, найбільш сильний зв'язок зареєстрований в групі пацієнтів із коморбідним перебігом ІХС та КЗЗ.