

6. Рак в Україні, 2004-2005. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / З.П.Федоренко, Л.О.Гулак, Є.Л.Горох та ін. // Бюлетень національного канцер-реєстру України. – №7. – К. – 2006. – 96 с.
7. Рак в Україні, 2005-2006. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / З.П.Федоренко, Л.О.Гулак, Є.Л.Горох та ін. // Бюлетень національного канцер-реєстру України. – № 87. – К. – 2007. – 96 с.
8. Онкоэндокринология: традиции, современность и перспективы / Бернштейн Л.М.// СПб: Наука. - 2004.- 343с.
9. Вузлові утворення щитоподібної залози: міжнародні алгоритми та вітчизняна клінічна практика / Фадєєв В. // Променева діагностика, променева терапія. – 2002. - №4. – с.7–12.
10. Диагностическая ценность пункционной биопсии узловых образований щитовидной железы под контролем ультразвука // Степанов С.О., Ратушная В.В. // Сб. мат. Всероссийского конгресса лучевых диагностов «Радиология 2007» 06.06.2007- 08.06.2007.- г. Москва.- с. 163-164.
11. TSH Signaling and Cancer / Garcia-Jimenez C., Santisteban P. // Arq. Bras. Endocrinol. Metab. 2007; 51 (5): 654-671
12. 12 Thyrotropin Receptor Mutations in Thyroid Diseases / Paul M.Yen. // Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders 2000;1 (1-2):123-129
13. Marcers of cell proliferation, apoptosis and angiogenesis in thyroid adenomas: a comparative immunohistochemical and genetic investigation of functioning and nonfunctioning nodules / Viacava P., Bocci G., Tonacchera M. // Thyroid 2007; 17 (3): 191–197.
14. The IGF system in thyroid cancer: new concepts / Vella V., Sciacca L., Pandini G. // Mol. Pathol. 2001; 54 (3): 121–124.
15. Клиническая характеристика рака щитовидной железы на фоне узловых и диффузных ее поражений / Касивцов О.А., Скобельдина Т.А. // Вестник РГМУ. 2006.- №2 /49/- С. 138.
16. Микрокарцинома щитовидной железы / Лушников Е.Ф., Втюрин Б.М., Цыб А.Ф.// М.: Медицина. - 2003. – 261 с.
17. Хирургическое лечение рака щитовидной железы. Современные аспекты хирургической эндокринологии / Амирова Н. М., Дубошина Т. Б. // Материалы одиннадцатого (тринадцатого) Российского симпозиума с международным участием по Хирургической эндокринологии. Санкт-Петербург.: Welcome. - 2003.- Том 1.- С. 7-8.
18. History of thyroid diseases and subsequent thyroid cancer risk. Cancer Epidemiology./ D'Avanzo B., LaVecchia C., Franceschi S. et al. // Biomarkers & Prevention.-1995.-Vol 4.- №3.- P.193-199.
19. Заболевания щитовидной железы / Рудницкий Л.В./ – «Питер», – Санкт-Петербург. – 2006. - 128с.
20. Аутоиммунный тиреоидит и рак щитовидной железы: клинико-морфологические аспекты сочетанной патологии / Гульчий Н.В., Аветисян И.Л., Яровой А.О. // Український медичний часопис. – №3 (23). – V/VІ 2001. - С. 84-87.
21. Рак щитовидной железы и аутоиммунный тиреоидит / Кошелюк Е.Г., Охлопкова Н.С. // Вестник РГМУ. – 2006. - №2/49/. - С.139-140
22. Медико-биологическая статистика / Гланц С. // М.: Практика. – 1999. – 460 с.
23. Issues and epidemiological evidence regarding radiation-induced thyroid cancer / Shore R.E. // Radiation Research 1992; 131: 98–111.
24. Human thyroid cancer induction by ionizing radiation: summary of studies based on external irradiation and radioactive iodine / Shore R.E. // The radiological consequences of the Chernobyl accident (1st International conference, Minsk, Belarus: 18-22.03.96). – ECSC-EC-EATC, Brussels-Luxemburg. 1996. – P. 669-675
25. Генетика доброкачественных и злокачественных опухолей щитовидной железы / Фюрер Д. // Міжнар. ендокринол. журнал 2007; 3 (9): 114-119.

© Мужичук О.В., Афанасьєва Н.І., Мужичук В.В., 2009

УДК: 616.12-008. 46-036.12: 616.127-005.4+616.127-007.64]-071

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДАНИХ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ОБУМОВЛЕНОЮ ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ДИЛАТАЦІЙНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ

О.М. Овчарова, Н.А. Ткач, Л.С. Мхітарян, Т.І. Гавриленко, Т.В. Пономарьова

Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» АМН України, Київ

Обстежений 391 пацієнт із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) та систолічною дисфункцією лівого шлуночка (СДЛШ) (фракція викиду < 40%) з ішемічною хворобою серця (ІХС) (265 пацієнтів) та дилатаційною кардіоміопатією (ДКМП) (126 пацієнтів) II-IV функціональних класів (ФК) за критеріями NYHA. У 171 пацієнта із ІХС діагностовано супутню артеріальну гіпертензію (АГ). Метою роботи стало порівняння рівнів лабораторних показників, які характеризують системні метаболічні порушення, імунно-запальну реакцію та процес перикисного окислення ліпідів у хворих ХСН, зумовле-

ною ДКМП та ІХС, в тому числі із супутньою АГ. В групі ІХС в порівнянні із групою ДКМП визначається більша частка хворих із зниженням швидкості клубочкової фільтрації <90 мл/хв та анемії. Ці відмінності обумовлені віковими змінами морфо-функціональної структури нирок у хворих на ІХС, а не нозологічним чинником. Для хворих ХСН на ґрунті ДКМП характерна достовірно більша частота зустрічаємості гіпохолестеринемії, а для хворих на ІХС гіперхолестеринемії, що узгоджується із віковими та патогенетичними особливостями характерними для ІХС та ДКМП. Активність цитокинової ланки імунізапальної відповіді та показників перикисного окислення ліпідів у хворих вказаних груп не відрізнялась, за винятком рівня малонового діальдегіду крові, який у хворих на ІХС виявився достовірно вищим в порівнянні із групою хворих на ДКМП.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: хронічна серцева недостатність, ішемічна хвороба серця, дилатаційна кардіоміопатія, анемія, швидкість клубочкової фільтрації, імунізапальна реакція, оксидантний стрес

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДАННЫХ ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

О.М. Овчарова, Н.А. Ткач, Л.С. Мхитарян, Т.И. Гавриленко, Т.В. Понамарева

Национальный научный центр «Институт кардиологи имени академика Н.Д. Стражеско» АМН Украины, Киев

Обследован 391 пациент с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и систолической дисфункцией левого желудочка (СДЛЖ) (фракция выброса < 40%) с ишемической болезнью сердца (ИБС) (265 пациентов) и дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) (126 пациентов) II-IV функциональных классов по критериям NYHA. Целью нашего исследования стало сравнение уровней лабораторных показателей, которые характеризуют системные метаболические нарушения, иммунно-воспалительную реакцию и процесс перикисного окисления липидов у пациентов с ХСН, обусловленной ДКМП и ИБС, в том числе с сопутствующей АГ. В группе ИБС по сравнению с группой ДКМП определяется большее количество пациентов со снижением скорости клубочковой фильтрации < 90 мл/мин и анемии. Эти отличия обусловлены возрастными изменениями морфо-функциональной структуры почек у пациентов с ИБС, а не нозологическим фактором. Для пациентов ХСН на фоне ДКМП характерна достоверно большая частота встречаемости гипохолестеринемии, а для больных с ИБС – гиперхолестеринемии, что согласуется с возрастными и патогенетическими особенностями, характерными для ИБС и ДКМП. Активность цитокинового звена иммунно-воспалительного ответа и показателей перикисного окисления липидов у пациентов указанных групп не отличалась, за исключением уровня малонового диальдегида, который у больных с ИБС оказался достоверно более высоким по сравнению с группой пациентов с ДКМП.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хроническая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, дилатационная кардиомиопатия, анемия, скорость клубочковой фильтрации, иммунно-воспалительная реакция, оксидантний стресс

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF LABORATORY STUDIES DATA IN THE PATIENTS WITH CHF DUE TO CORONARY HEART DISEASE AND DILATED CARDIOMYOPATHY

O.M. Ovcharova, N.A. Tkach, L.S. Mkhitarian, T.I. Gavrilenko, T.V. Ponomareva

National Scientific Center «M.D. Strazhesko Institute of Cardiology, MAS of Ukraine», Kyev

We studied 391 patient with congestive heart failure (CHF) and left ventricle systolic dysfunction (LVSD) (LV ejection fraction < 40%) with coronary heart disease (CHD) (265 patients) and dilated cardiomyopathy (DCMP) (126 patients) within II-IV functional class (FC) by NYHA. In 171 patients with CHD we found concomitant arterial hypertension (AH). The objective of the study was to compare levels of laboratory indices that mark systemic metabolic violations, immune inflammatory reaction and lipid peroxidation in the patients with CHF due to DCMP and CHD, with concomitant AH inclusively. In CHD group we found bigger segment of patients with decreased glomerular filtration rate < 90 ml/min. and anemia compared to DCMP. These differences are explained by age discrepancy and age morphological and functional renal changes in patients with CHD rather than by etiology of CHF. In the patients with CHF due to DCMP we found lower lipids panel levels, while in the patients with CHD we saw more often hypercholesterolemia, which matches with age and pathogenetic peculiarities of patients with CHD and DCMP. Cytokine link of immune inflammatory response and lipid peroxidation in the patients of the studied groups did not differ, except the level of serum malonic dialdehyde, which was significantly higher in the patients with CHD compared to those with DCMP.

KEY WORDS: heart failure, coronary heart disease, dilated cardiomyopathy, decreased glomerular filtration rate, anemia, immune inflammatory reaction, lipid peroxidation

На сьогоднішній день все більше зростає інтерес до патофізіологічних змін при хронічній серцевій недостатності (ХСН). Зокрема, істотна кількість робіт присвячена вивченню показників системних метаболічних порушень, імунізапальної реакції, оксидантного стресу внаслідок ХСН [3, 4, 5, 8, 9, 10, 21]. Але недостатньо висвітленим лишається питання визначення залежності дисбалансу лабораторних показників вказаних патогенетичних ланок та етіології СН. Найбільш поширеними серед захворювань серцево-судинної системи, що призводять до розвитку ХСН, в повсякденній практиці кардіолога, як відомо, є ішемічна хвороба серця (ІХС), артеріальна гіпертензія (АГ) та дилатаційна кардіоміопатія (ДКМП). Тому метою нашого дослідження стало вивчення в порівняльному аспекті рівнів лабораторних показників, які характеризують вищенаведені системні процеси, у хворих на ДКМП та на ІХС, в тому числі із супутньою АГ.

Дана робота являється фрагментом НДР відділу серцевої недостатності, № держреєстрації 0107U001439 «Вивчити медичні фактори, що визначають якість життя та прогноз виживання хворих із хронічною серцевою недостатністю»

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження включений 391 пацієнт з ХСН та СДЛШ (фракція викиду (ФВ) < 40%) з ІХС (265 пацієнтів) та ДКМП (126 пацієнтів) II-IV функціональних класів за критеріями NYHA, що спостерігалися у відділенні серцевої недостатності ННЦ «Інститут кардіології імені М.Д. Стражеска». Хворі на ІХС були додатково розподілені на підгрупи за наявністю та відсутністю АГ – 171 та 94 пацієнта, відповідно. Середній вік обстежених складав 57 (50,0-65,0) років, чоловіків було – 307 (78,5%), жінок – 84 (21,5%). В дослідження не включали пацієнтів, старших за 75 років та молодших 18 років, з безсимптомною (I ФК) дисфункцією ЛШ, гострою формою ІХС, інсультом або транзиторною ішемічною атакою, давністю < 6 місяців, клапанними, запальними та рестриктивними ураженнями серця, гіпертрофічною кардіоміопатією, бронхіальною астмою, онкологічними та хронічними інфекційними хворобами, хронічною хворобою нирок та/або швидкістю клубочкової фільтрації < 30 мл/хв., інсулінозалежним цукровим діабетом, дисфункцією щитоподібної залози, а також з вираженою патологією опорно-рухового апарату, наявністю якої унеможлилювала виконання тесту з 6-хвилинною ходою. Діагноз ІХС встановлювали згідно з загальноприйнятими клінічними критеріями (стенокардія

та/або документований перенесений інфаркт міокарда та/або відповідні дані коронароангіографії), діагноз ДКМП – за критеріями ВОЗ після виключення інших причин дисфункції серця [26].

Всім обстеженим проведено стандартне ехокардіографічне дослідження з визначенням основних показників структурно-функціонального стану лівих і правих відділів серця [2], рутинні загальноклінічні та біохімічні аналізи у відповідності до чинних стандартів діагностики ХСН [6] у клінічній лабораторії ННЦ «Інститут кардіології імені М.Д. Стражеска». Рівень цитокінів (TNF- α , IL-6, IL-10) визначали методом імуноферментного аналізу за допомогою тест-системи «ProCon» (Росія) та «Diacclone» (Франція). Функціональну активність моноцитів оцінювали за даними спонтанного НСТ-тесту, а функціональний резерв моноцитів за різницею з індукованим пірогеналом (і НСТ). Дослідження виконувались на базі відділу клінічної імунології ННЦ «Інститут кардіології імені М.Д. Стражеска». Показники інтенсивності перикисного окислення білків (спектрофотометричним методом) визначалися в лабораторії клінічної біохімії ННЦ «Інститут кардіології імені М.Д. Стражеска».

Всім пацієнтам також був проведений тест з 6-хвилинною ходою за стандартною методикою [17]. Дослідження здійснювалося, як правило, після досягнення пацієнтами гемодинамічно стабільного стану на фоні прийому діуретиків, інгібіторів АПФ та, у більшості випадків, бета-адреноблокаторів (табл. 1), а також інших засобів, що призначались за клінічними показаннями відповідно до чинних стандартів лікування ХСН [1, 20].

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту «STATISTICA for Windows. Release 6.0». Для визначення виду розподілу застосовували критерії Ліллієфорса та Шапіро-Уїлка. Якщо розподіл ознаки відрізнявся від норми, для його описання використовували медіану та інтерквартильний розмах (інтервал, що охоплює 50% значень ознаки у виборці). Гіпотезу про вірогідність різниці значень показників у групах перевіряли за допомогою непараметричного критерію Манна-Уїтні.

Основні клініко-інструментальні дані пацієнтів з ХСН на фоні ІХС та на фоні ДКМП надані у табл. 1. Із табл. 1 видно, що пацієнти коронарогенною та некоронарогенною ХСН не відрізнялись за співвідношенням чоловіків та жінок, тривалістю симптомів ХСН, середнім функціональним класом, наявністю постійної форми фібриляції передсердь, фракцією викиду ЛШ, мали однакову

частоту призначення діуретиків, інгібіторів АПФ та спіронолактону, однак, в хворі на ДКМП були достовірно молодшими та до-

стовірно частіше отримували бета-адрено-блокатори.

Таблиця 1
Основні клініко-демографічні та інструментальні показники хворих з систолічною дисфункцією ЛШ на фоні ДКМП та на фоні ІХС

Показник	ІХС (n=265)	ДКМП (n=126)	p
Вік, роки	61 (32-75)	43,96 (18-67)	0,000
Чоловіки, n (%)	210 (79%)	97 (77%)	0,51
Тривалість симптомів ХСН, місяці	24 (10,5-54,5)	23,5 (10,0-59,0)	0,57
Постійна форма фібриляції передсердь, n (%)	90 (32%)	47 (37%)	0,31
Середній ФК, у.о.	3,1	3,0	0,48
ФВ ЛШ, %	30,0	29,0	0,167
Діуретики, n (%)	246 (93%)	112 (89%)	0,17
Інгібітори АПФ, n (%)	217 (82%)	102 (81%)	0,4
Бета-адреноблокатори, n (%)	198 (74%)	116 (92%)	0,000
Спіронолактон, n (%)	205 (75%)	98 (79%)	0,135

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

В результаті проведеного дослідження показників клінічної гемограми та рутинного аналізу крові хворих чотирьох вищенаведених груп були виявлені такі патологічні відхилення: анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, гіперхолестеринемія, гіпохолестеринемія, гіперурикемія, гіпербілірубінемія, зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), які за даними робіт [3, 8, 9, 12, 14, 25] є незалежними предикторами незадовільного виживання хворих та/або сприяють прогресуванню ХСН (табл. 2). Основним параметром, що відображає порушення функціонального стану нирок у хворих ХСН є показник ШКФ [8]. Зниження ШКФ <90 мл/хв частіше зустрічалось в групах хворих на ІХС, а також ІХС із АГ та ІХС без АГ в порівнянні із групою хворих на ДКМП (p-0,000, p-0,0012 та p-0,000 відповідно) (рис. 1). Проте, порівняльний аналіз частки хворих із низькою ШКФ між групами хворих на ДКМП та ІХС, співставних за віком, нівелює відмінності азотовидільної функції нирок хворих ХСН ішемічної та неішемічної етіології (p-0,479) (рис. 2). Отже, більшу частку хворих із зниженою ШКФ серед пацієнтів із ХСН внаслідок ІХС проти групи пацієнтів із ХСН внаслідок ДКМП можна пояснити віковими змінами морфо-функціональної стру-

ктури нирок, впливом АГ, а не нозологічним чинником. В групі хворих на ІХС проти групи хворих на ДКМП достовірно частіше зустрічається анемія (p-0,04). Більша частота анемії в групі хворих на ІХС обумовлена переважанням серед них хворих із супутньою АГ. Відомо, що в походженні анемічного синдрому вагому роль відіграє ниркова дисфункція, в тому числі внаслідок АГ [1]. За нашими результатами зниження ШКФ виявилось більш вираженим у хворих на ІХС, що, найбільш ймовірно, і визначило більшу частоту зустрічаємості анемії серед цієї групи хворих проти групи хворих на ДКМП.

Для хворих на ІХС та ІХС із АГ визначено достовірно більшу частоту зустрічаємості гіперхолестеринемії в порівнянні із групою хворих на ДКМП (p-0,0072 та p-0,005 відповідно). Серед пацієнтів із ДКМП, навпаки, достовірно частіше виявлялась гіпохолестеринемія в порівнянні із хворими на ІХС в загальній групі та ІХС із супутньою АГ (p-0,01 та p-0,03 відповідно). Отримані дані співпадають з результатами інших авторів [9, 12] та узгоджуються із патогенетичними і віковими особливостями, характерними для ІХС та ДКМП [9, 12, 25]. Також не виявлено достовірних відмінностей частоти зустрічаємості лейкопенії, лімфоцитопенії, тромбоцитопенії, гіперурикемії та гіпербілірубінемії у хворих чотирьох груп (табл. 2).

Таблиця 2
Частота зустрічаємості основних патологічних відхилень показників клінічної гемограми та рутинного біохімічного аналізу крові у пацієнтів з ХСН та систолічною дисфункцією лівого шлуночка на ґрунті ДКМП та ІХС

Аномалія	ДКМП (n-126)	ІХС (n-265)	ІХС+АГ (n-265)	ІХС без АГ (n-94)	p (1-2)	p (1-3)	p (1-4)
ШКФ <90 мл/хв, (%)	48%	73%	66%	85%	0,000	0,0021	0,000
Анемія (Hb<122 г/л), (%)	10%	18%	16%	14%	0,04	0,014	0,36
Лейкопенія ($l < 4,0 \times 10^9 / л$), (%)	2,4%	5%	7%	5,4%	0,23	0,074	0,21
Тромбоцитопенія ($t < 150 \times 10^9 / л$), (%)	10%	16%	16%	18%	0,10	0,14	0,08
Лімфоцитопенія ($l < 20\%$), (%)	22%	21%	18%	28%	0,81	0,39	0,3
Гіперхолестеринемія (ХС>5,2 ммоль/л), (%)	28%	42%	44%	37%	0,0072	0,0051	0,159
Гіпохолестеринемія (ХС<3,6 ммоль/л), (%)	25%	15%	15%	18%	0,01	0,03	0,21
Гіперурикемія (СК>415 мкмоль/л), (%)	18%	23%	25%	23%	0,25	0,15	0,36
Гіпербілірубінемія (біл> 25 мкмоль/л), (%)	27%	18%	18%	17%	0,120	0,064	0,0824

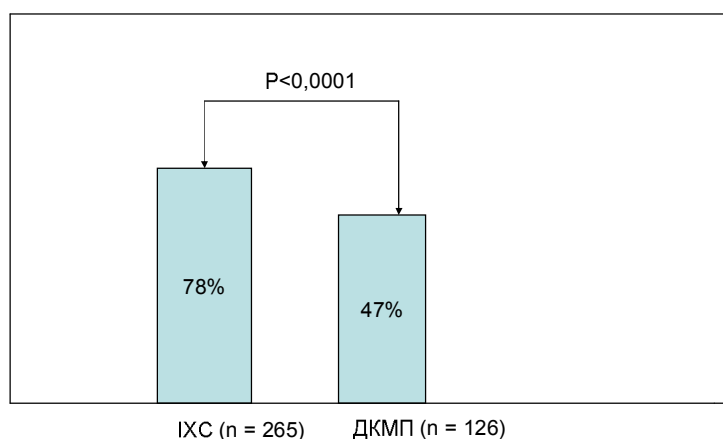
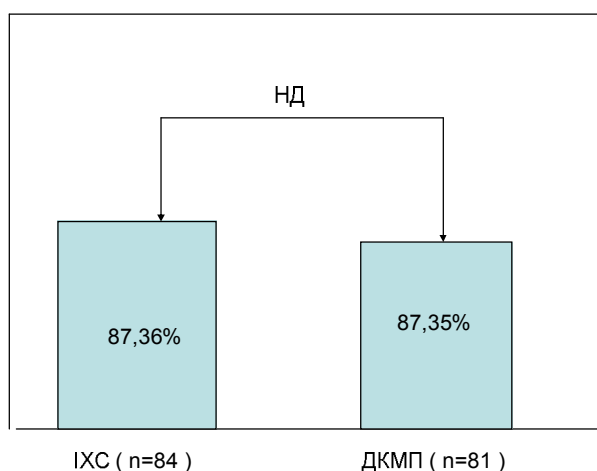


Рис. 1. Частота зустрічаємості ШКФ < 90 мл/хв у пацієнтів із ХСН та СДІІІ на ґрунті ІХС та ДКМП.



Примітки: НД – відмінності статистично недостовірні (p=0,48).

Рис. 2. Частота зустрічаємості ШКФ < 90 мл/хв у хворих ХСН та СДІІІ, співставних за віком, на ґрунті ІХС та на ґрунті ДКМП.

Підвищення рівня циркулюючих проти- запальних цитокінів та продуктів перикисно- го окислення ліпідів є предикторами виник- нення смерті у хворих з прогресуючою ХСН ішемічної та неішемічної етіології [10, 13, 19]. При порівняльному аналізі концентрації в крові маркерів цитокінової ланки імунза- пальної відповіді (ІЛ-6, ІЛ-10, ТНФ-а, НСТ- спонт., НСТ-індук.) у обстежених нами хво- рих ХСН коронарогенного та некоронаро- генного походження не виявлено достовір- них відмінностей (табл. 3). Отримані дані співпадають із результатами досліджень, які вказують на пряму залежність дисбалансу

запальних та протизапальних цитокінів (ІЛ- 6, ФНП-а) від важкості серцевої недостат- ності та відсутність зв'язку між концентрацією цитокінів та етіологією серцевої недостат- ності у пацієнтів [15, 22]. Проте, за деякими даними у хворих з ДКМП та ХСН ІІ-ІV ФК в порівнянні з хворими на ІХС в цілому харак- терна більш виражена цитокінова активація, особливістю якої є більш високі рівні ІЛ-6, ФНП-а [11, 17]. За іншими даними у пацієн- тів ішемічною кардіоміопатією концентрація ФНП сироватки крові виявилася підвище- ною, а в групі пацієнтів неішемічною кар- діоміопатією, навпаки, зниженою [11].

Таблиця 3

Показники гуморальної ланки імунзапальної відповіді спонтанного та індукованого НСТ-тесту та продуктів перекисного окислення ліпідів у хворих з ХСН та систолічною дисфункцією лівого шлуночка на ґрунті ДКМП та на ґрунті ІХС

Показники	ДКМП (n-31)	ІХС (n-39)	p
ФНП-а	31,0 (17,5-49,0)	23,0 (16,5-46,0)	0,238
ІЛ-6	12,0 (6,8-19,0)	14,2 (3,4-24,0)	0,851
ІЛ-10	1,9 (0,89-2,3)	1,3 (0,91-2,20)	0,747
НСТ спонт.	5,0 (3,0-7,0)	6,0 (4,0-7,0)	0,416
НСТ індук.	5,0 (2,0-9,0)	5,0 (3,0-7,0)	0,989
Дієнові кон'югати у плазмі	2,1 (1,38-2,20)	2,3 (1,28-3,2)	0,254
Малоновий діальдегід у плазмі	7,8 (5,5-11,7)	12,5 (9,4-17,94)	0,0036

В наших дослідженнях в групі хворих на ІХС виявлено більш високий рівень малонового діальдегіду (МДА), який за даними деяких авторів корелює із тяжкістю захворювання [21]. В низці літературних джерел також наведені дані про переважання процесів перикисного окислення ліпідів у хворих ХСН та СДЛШ на ґрунті ІХС при порівнянні із групою пацієнтів ДКМП [23].

ВИСНОВКИ

1. Більша частка хворих із зниженням швидкості клубочкової фільтрації < 90 мл/хв та анемії визначається в групі ІХС в порівнянні з групою хворих на ДКМП. Ці відмінності обумовлені віковими змінами морфо-функціональної структури нирок у хворих внаслідок ІХС, а не нозологічним чинником.
2. Для хворих ХСН на ґрунті ДКМП харак-

терна достовірно більша частота зустрічаємості гіпохолестеринемії, а для хворих на ІХС – гіперхолестеринемії, що узгоджується із патогенетичними та віковими особливостями, характерними для ІХС та ДКМП.

3. Активність цитокинової ланки імунозапальної відповіді та показників перикисного окислення ліпідів у хворих ХСН різної етіології достовірно не відрізнялась, за винятком рівня малонового діальдегіду плазми крові, який у хворих на ІХС виявився достовірно вищим в порівнянні із групою хворих на ДКМП.

Отримані дані можуть бути враховані при здійсненні диспансерного нагляду хворих з ХСН, також мають бути використані при здійсненні наступного етапу роботи, а саме розробці алгоритму індивідуального прогнозування ХСН.

ЛІТЕРАТУРА

1. Амосова К.М. Клінічна кардіологія. – К.: Здоров'я, 1999. – 710 с.
2. Бобров В. О., Стаднюк Л. А., Крижанівський В. О. Ехокардіографія. – К.: Здоров'я, 1997. – 151 с.
3. Василенко В.А. Дисертаційна робота «Особливості діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності з проявами анемічного синдрому у хворих похилого віку» – Вінниця, 2009р. – 165 с.
4. Визир В.А., Березин А.Е. Імунозапальна активація як концептуальна модель формування та прогресування серцевої недостатності. // Терапевтичний архів. – 2000. – № 4. – С. 77–80.
5. Визир В.А., Березин А.Е. Особенности нейро-гуморальной и провоспалительной активации у больных с сердечной недостаточностью. // Матеріали VIII Національного конгресу кардіологів України (Київ) – УКЖ – 2007. – №5 – С.141–142.
6. Вялова С.С., Расіна Т.А. Загальна лікарська практика: діагностичне значення лабораторних аналізів. – Москва, 2006. – 158 с.
7. Заїка М.В., Ковальова О.Н. 8-ізопростан як маркер оксидантного стресу у хворих хронічною серцевою недостатністю. // УКЖ – 2006. – №4. – С.55–57.
8. Мірошниченко А.А. Функціональний стан нирок та кардіогемодинаміка у хворих з хронічною серцевою недостатністю в залежності від функціонального класу. Матеріали VIII Національного конгресу кардіологів України (Київ). // УКЖ – 2007. – №5. – С.146.
9. Митрохіна О.С., Л.В. Деменко, Задунаєв Н.А. «Особливості показників ліпідного обміну у хворих похилого та старечого віку з хронічною серцевою недостатністю із збереженою систолічною функцією» Матеріали VIII Національного конгресу кардіологів України (Київ) // УКЖ – 2007. – №5. – С. 144–145.
10. Серик С.А., Степанова С.В., Волков В.И. Про- и противовоспалительные цитокины у пациентов ИБС при прогрессировании ХСН // УКЖ – 2004. – №4 – С.77–80.
11. Серкова В.К., Майко О.В. Содержание цитокинов, СРП у пациентов ХСН // УКЖ – 2004. – №3 – С. 64–66.
12. Солейко О.В. Дисертація на здобуття ступеня к.м.н. «Особливості діагностики та прогнозування серцевої недостатності при ДКМП: клініко-математичне моделювання». – Вінниця, 1996. – 247 с.
13. Федоров С.В. Спонтанна продукція цитокинів моноцитами у хворих на хронічну серцеву недостатність. Матеріали VIII Нац. конгресу кардіологів України (Київ). // УКЖ – 2007. – №5. – С. 150.
14. Устименко О.В. Дисертація на здобуття ступеня к.м.н. «Виживання та його геодинамічні предиктори у хворих ХСН» – Київ, 2004р. – 155 с.
15. Aukrust P, Ueland T, Lien E, Bendtzen K, MГjller F, Andreassen AK, NordГёy I, Aass, H, Espevik T, Simonsen S, FrГeland SS, Gullestad L. Cytokine network in congestive heart failure secondary to ischemic or idiopathic dilated cardiomyopathy. //Am J Cardiol. 1999. – Vol. 83(3) –P. 376–382.
16. Bick RJ, Bagwell SH, Jones CE, et al. Fluorescence imaging microscopy of cellular markers in ischemic vs non-ischemic cardiomyopathy after left ventricular unloading. // J Heart Lung Transplant. 2005. – Vol. 24(4) – P. 454–461.
17. Faggiano P., D'Aloia A., Gualeni A. et al. The 6 minute walking test in chronic heart failure: indications, interpretation and limitations from a review of the literature. // Eur. J. Heart Fail. – 2003. – Vol. 6. – N 6. – P. 687–691.
18. Fukunaga T, Soejima H, Irie A, Sugamura K, Oe Y, Tanaka T, Nagayoshi Y, Kaikita, K, Sugiyama S, Yoshimura M, Nishimura Y, Ogawa H. Relation between CD4+ T-cell activation and severity of chronic heart failure secondary to ischemic or idiopathic dilated cardiomyopathy. //Am J Cardiol. 2007. – Vol.100(3) – P.483–488.
19. Giverts M.M., Wilson S.C. New targets for heart-failure therapy: endothelin, inflammatory cytokines and oxidative stress. // Lancet.-1998. –Vol.352. – P.34–38.

20. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure, European Society of Cardiology. // Eur. Heart J. – 2006. – Vol.22. – P. 1527–1562.
21. Keith M., Jeejeebhoy K., Sole M. Increased oxidative stress in patients with congestive heart failure // J. Am. Coll. Cardiol. – 1998. – Vol.31. – №6. – P. 1352–1356.
22. Munger MA, Johnson B, Amber IJ, Callahan KS, Gilbert EM. Circulating concentrations of proinflammatory cytokines in mild or moderate heart failure secondary to ischemic or idiopathic dilated cardiomyopathy. // Am J Cardiol. – 1996. – Vol.77(9). – P. 723–727.
23. Rochette L, Tatou E, Vergely C, Maupoil V, Bouchot O, Mossiat C, Jazayeri S, Benkhadra S, Brenot R, Girard C, David M. Regional heterogeneity of decreased myocardial norepinephrine and increased lipid peroxidation levels in patients with end-stage failing heart secondary to dilated or ischemic cardiomyopathy // J Heart Lung Transplant. 2008.– Vol. 27(7). – P. 767–774.
24. Tziakas DN, Chalikias GK, Papaioakeim M, Hatzinikolaou EI, Stakos DA, Tentes IK, Papanas N, Kortsaris A, Maltezos E, Hatseras DI. Comparison of levels of matrix metalloproteinase-2 and -3 in patients with ischemic cardiomyopathy versus nonischemic cardiomyopathy.//Am J Cardiol. 2005.– Vol. 96(10). – P. 1449–1451.
25. Vredevoe DL, Woo MA, Doering LV, Brecht ML, Hamilton MA Skin test anergy in advanced heart failure secondary to either ischemic or idiopathic dilated cardiomyopathy. //Am. J. Cardiol. 1998.– Vol. 82(3) – P. 323–328.

© Овчарова О.М., Ткач Н.А., Мхітарян Л.С.,
Гавриленко Т.І., Пономарьова Т.В., 2009

УДК: 616.12-008.331.1+616.72-002

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОРТОСТАТИЧНИХ РЕАКЦІЙ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ОСІБ З ІЗОЛЬОВАНИМИ І КОМОРБІДНИМИ ОСТЕОАРТРОЗОМ І АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

І.В. Солдатенко, Н.В. Лисенко, М.І. Яблунський
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна

Проведена порівняльна характеристика ортостатичних реакцій (ОР) артеріального тиску (АТ) та варіабельності серцевого ритму (ВСР) у 90 пацієнтів з ізольованими і коморбідними остеоартрозом (ОА) та артеріальною гіпертензією (АГ) у віці 58±10 років. ОА, АГ та коморбідні ОА+АГ характеризуються однаковими закономірностями в ОР АТ та показниками ВСР, а також показниками ВСР в пробі з метрономізованим диханням, що свідчить на користь однакових системних нейрогуморальних механізмів розвитку ОА і АГ. Нижчі значення ТР і вищі LF/HF в групі пацієнтів ОА+АГ проти груп пацієнтів з ізольованими ОА і АГ і менш активні їх реакції на ортостаз і метрономізоване дихання, свідчать про важчий перебіг коморбідних порівняно з ізольованими ОА і АГ.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: остеоартроз, артеріальний тиск, ортостатичні реакції, артеріальна гіпертензія, варіабельність серцевого ритму

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРТОСТАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛИЦ С ИЗОЛИРОВАННЫМИ И КОМОРБИДНЫМИ ОСТЕОАРТРОЗОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

І.В. Солдатенко, Н.В. Лисенко, Н.І. Яблунський
Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина

Проведена сравнительная характеристика ортостатических реакций (ОР) артериального давления (АД) и вариабельности сердечного ритма (ВСР) у 90 пациентов с изолированными и коморбидными остеоартрозом (ОА) и артериальной гипертензией (АГ) в возрасте 58±10 лет. ОА, АГ и коморбидные ОА+АГ характеризуются одинаковыми закономерностями в ОР АД и показателей ВСР, а также показателей ВСР в пробе с метрономизированным дыханием, что свидетельствует в пользу одинаковых системных нейрогуморальных механизмов развития ОА и АГ. Более низкие значения ТР и более высокие LF/HF в группе пациентов ОА+АГ против групп пациентов с изолированными ОА и АГ и менее активные их реакции на ортостаз и метрономизированное дыхание, свидетельствуют о более тяжелом течении коморбидных в сравнении с изолированными ОА и АГ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: остеоартроз, артериальное давление, ортостатические реакции, артериальная гипертензия, вариабельность сердечного ритма