

Український кардіологічний журнал Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XXV Національного конгресу кардіологів України (Київ, 24-27 вересня 2024 р.)

- Атеросклероз та ішемічна хвороба серця
- Гострий інфаркт міокарда
- Інтервенційна кардіологія
- Дисліпідемії
- Артеріальна гіпертензія
- Легенева гіпертензія
- Некоронарні захворювання міокарда
- Аритмії та раптова серцева смерть
- Гостра та хронічна серцева недостатність
- Профілактична кардіологія та реабілітація
- Фундаментальна кардіологія та регенеративна медицина
- Медико-соціальні аспекти кардіології в умовах війни



пробу з нітрогліцерином як ендотелінезалежний стимул.

Результати. Як показали результати дослідження, розвиток ДН у хворих на ЦД 2 типу супроводжується вазомоторною дисфункцією ендотелію артерій. Зокрема, ЕЗВД плечової артерії (ПА) в основній групі склав – $(7,71 \pm 2,12)$ %, що значно нижче в порівнянні з аналогічним показником в групі хворих на ГХ – $(10,51 \pm 3,11)$ % і в контрольній групі – $(13,62 \pm 3,80)$ %, $p < 0,05$. У хворих з ДН у відповідь на пробу з реактивною гіперемією відзначили недостатній приріст діаметра ПА в 79 % випадках, відсутність приросту діаметра плечової артерії – в 21 %; в той же час у пацієнтів групи порівняння з ГХ недостатня ЕЗВД ПА виявлена у 17 %, відсутність дилатації – у 6 % пацієнтів. Отримані результати дослідження показали, що у хворих з ДН у відповідь на пробу з нітрогліцерином відзначається недостатній приріст діаметра ПА, який склав $(13,17 \pm 2,32)$ %, в той час, як в групі на ГХ та у здорових осіб приріст діаметру плечової артерії був вірогідно вищим, і був у межах нормальних значень, і склав $(18,34 \pm 2,56)$ % і $(18,48 \pm 3,83)$ % відповідно. Крім того при дослідженні КІМ ЗСА тільки у хворих на ЦД 2 типу з ДН та ГХ були виявлені структурні зміни які можна розглядати, як атеросклеротичні бляшки. В цілому по групі хворих на ЦД 2 типу з ДН атеросклеротичні бляшки різного ступеня вираженості були виявлені у майже 27 % і частіше у правій ЗСА.

Висновки. У хворих з ДН має місце порушення ендотелію залежної вазодилатації (проба з реактивною гіперемією) у вигляді недостатнього приросту діаметра ПА порівняно з хворими на ГХ та групою контролю, $p < 0,05$. Розвиток ДН при ЦД 2 типу супроводжується вірогідним зниженням ступеня приросту швидкісних доплерівських характеристик кровотоку ПА при проведенні манжеточної проби в порівнянні з ГХ та контролем. При ДН у відповідь на пробу з нітрогліцерином відзначається недостатній приріст діаметра ПА, що може бути зумовлено не тільки ендотеліальною дисфункцією, але і змінами пружно-еластичних властивостей судинної стінки, скоріше за все розвитком атеросклеротичних уражень. У хворих з ДН виявлено суттєве збільшення ключового маркера ранньої доклінічної діагностики атеросклеротичних змін судинної стінки КІМ на 43 % порівняно з контролем ($p < 0,01$).

Проблеми раннього скринінгу хронічної хвороби нирок при серцево-судинних захворюваннях: погляд практикуючих лікарів

О.Г. Обертинська, Л.В. Распутіна

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Рання діагностика хронічної хвороби нирок (ХХН) при серцево-судинних (ССЗ) захворюваннях є запорукою своєчасного лікування та зниження ризику ускладнень.

Мета – оцінити стан раннього виявлення ХХН при ССЗ лікарями терапевтичних спеціальностей та провести пошук можливих шляхів підвищення діагностики ХХН на ранніх етапах.

Матеріали та методи. проведено анонімне добровільне опитування 92 лікарів терапевтичних спеціальностей у м. Вінниця (сімейні лікарі, терапевти, кардіологи, ендокринологи, пульмонологи та інші) щодо обізнаності поширеності ХХН при ССЗ, частоти розрахунку швидкість клубочкової фільтрації (рШКФ), визначення альбумінурії, альбумін/креатинінового співвідношення (АКС) у пацієнтів із ССЗ без раніше діагностованої ХХН. Проведений аналіз факторів, які впливають на застосування та не застосування цих методів діагностики та пошук шляхів підвищення ранньої діагностики ХХН при ССЗ.

Результати. За результатами анонімного опитування лікарів обізнаність про поширеність ХХН при ССЗ достатня, але частота постійного застосування рШКФ за допомогою калькуляторів у пацієнтів при ССЗ становила лише 22 %, регулярного застосування – 33 %, рідкого – 40 %, ніколи – 5,5 %, при цьому найчастіше оцінюють рШКФ ендокринологи (88 %), найрідше сімейні лікарі – 15 %, 30 % з яких ніколи не користуються калькуляторами. Найпоширенішими поясненнями для недостатнього використання рШКФ були недоцільність розрахунку при нормальних показниках креатиніну (44 %), відсутність часу (16 %) та відсутність додатку для розрахунку (15 %). Основним приводом для використання рШКФ у пацієнтів без раніше діагностованої ХХН найчастіше був рівень креатиніну вище референтних значень (60 %). Частота постійного та регулярного визначення альбумінурії – 24 %,

АКС також низька – 19 %, при цьому основною причиною не використання є вартість обстеження. На думку лікарів, заходами, які могли б позитивно вплинути на діагностику ХХН при ССЗ відзначені автоматичний рШКФ при визначенні рівня креатиніну та доступність визначення альбумінурії.

Обговорення. За результатами проведеного опитування лікарі терапевтичних спеціальностей рідко використовують визначення альбумінурії та АКС у пацієнтів із ССЗ через низьку доступність даних аналізів. Розрахунок ШКФ за допомогою калькуляторів лікарі проводять частіше при виявленні рівня креатиніну вище референтного значення. Суттєвою проблемою є відсутність єдиного нормативного показника рівня сироваткового креатиніну і референтні значення коливаються в межах 20 мкмоль/л залежно від лабораторії. При внесенні показники креатиніну, що є в межах референтних значень, але наближеними до верхньої межі норми у калькулятори (ЕРІ СКД, MDRD) рШКФ найчастіше відповідає рівню нижче 60 мл/хв/1,73 м² залежно від віку та статі. В свою чергу, рШКФ за калькуляторами при виявленні рівня креатиніну незначно вище референтного значення без оцінки мікроальбумінурії призводить до пізньої діагностики ХХН на стадії IIIа щонайменше. Проводився пошук шляхів розв'язання даної проблеми та певними лабораторіями створена можливість автоматичного розрахунку ШКФ при визначенні рівня креатиніну.

Висновки. З метою подолання даної проблеми рекомендовано застосовувати рутинне визначення альбумінурії та альбумін-креатинінового співвідношення і проводити розрахунок рШКФ у всіх пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, особливо при значеннях креатиніну, які є в межах норми, але наближеними до референтних значень задля своєчасного виявлення ХХН, можливості раннього впливу та уповільнення прогресування дисфункції нирок.

Показники АТ в чоловіків без серцево-судинних захворювань, мешканців Подільського регіону України, носіїв різних варіантів гена мозкового натрійуретичного пептиду

Ю.П. Пашкова, В.М. Жебель

Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова

Мета – визначити частоту зустрічаємості різних категорій нормального артеріального тиску у чоловіків, що проживають на території Подільського регіону України, носіїв різних варіантів гена мозкового натрійуретичного пептиду.

Матеріали та методи. В ході дослідження обстежено 79 чоловіків віком 40–60 років, які проживають на території Поділля. Середній вік пацієнтів становив – 49,01±0,73 років. У пацієнтів, що увійшли в групу дослідження доказів на користь кардіоваскулярних захворювань при детальному скринінгу медичної документації знайдено не було. Усі пацієнти мали обтяжену спадковість по одній або обох лініях стосовно есенціальній гіпертензії (ЕГ) та високий ризик серцево-судинних захворювань. Генотипування гена мозкового натрійуретичного пептиду (МНП) проведено із застосуванням полімеразної ланцюгової реакції. Перевірка розподілу частот поліморфних генів у популяції проводилась відповідно до закону рівноваги Харді-Вайнберга.

Результати. Аналіз розподілу частот генотипів гена МНП встановив, що у осіб чоловічої статі частота генотипу Т381Т гена МНП становить 31,65 % (n=25), генотипу Т381С – 49,37 % (n=39), а генотипу С381С – 18,90 % (n=15) ($p_{CC-TT} > 0,05$; $p_{TC-CC} \leq 0,05$; $p_{TC-TT} > 0,05$). Визначено, що серед досліджуваного контингенту переважає генотип Т381С гена МНП (49,37 %). Досліджуючи частотний розподіл алелей гена МНП, встановлено, що алель Т зустрічається у 43,67% пацієнтів, алель С – у 56,33 % ($p < 0,05$). В ході статистичного аналізу було об'єднано гетерозигот Т381С гена МНП та гомозигот С381С в спільну групу – носіїв алеля С. Частота розподілу генотипів гена МНП наступна – частота зустрічаємості генотипу Т381Т – 31,65 % (n=25), у носіїв алеля С – 68,35 % (n=54) ($p < 0,05$). У носіїв генотипу Т381Т оптимальний артеріальний тиск (АТ) зустрічається у 24,00% (n=6) (1) осіб, нормальний АТ – 40,00 % (n=10) (2), високий нормальний АТ – 36,00 % (n=9) (3) ($p_{2-1} > 0,05$, $p_{3-1} > 0,05$, $p_{3-2} > 0,05$). У носіїв алеля С оптимальний АТ зустрічається у 25,93 % (n=14) (1) чоловіків, нормальний АТ – 42,59 % (n=23) (2), високий нормальний АТ – 31,48 % (n=17) (3) ($p_{2-1} < 0,05$, $p_{3-1} > 0,05$, $p_{3-2} > 0,05$). У носіїв алеля Т оптимальний АТ зустрічається у 23,26 % (1) осіб, нормальний АТ – 46,02 % (2), високий нормальний АТ – 30,72% (3) ($p_{2-1} < 0,05$, $p_{3-1} > 0,05$, $p_{3-2} > 0,05$). У носіїв алелі С оптимальний АТ зустрічається у 24,78 % (1) чоловіків, нормальний АТ – 39,98 % (2), високий нормальний АТ – 35,24 % (3) ($p_{2-1} < 0,05$, $p_{3-1} > 0,05$, $p_{3-2} > 0,05$).

Висновки. Враховуючи те, що МНП є прямим антагоністом активності ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, можна пропонувати визначення поліморфізму гена який сприяє експресії мозкового пептиду, як одного із факторів, що може визначати рівень АТ. У чоловіків середнього віку, мешканців Подільського регіону України без серцево-судинних захворювань, домінує генотип Т381С та алель С гена МНП. Визначено, що у чоловіків, носіїв генотипу Т381Т та алеля Т гена МНП достовірно частіше зустрічається нормальний АТ, відповідно у 40,00%