

КРОВООБІГ ТА

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Circulation &
haemostasis

ГЕМОСТАЗ

ДИСФУНКЦІЯ ЕНДОТЕЛІЮ
ЯК МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНА ПРОБЛЕМА

АНТИТРОМБОТИЧНА ТЕРАПІЯ
ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ. МАТЕРІАЛИ
КОНФЕРЕНЦІЇ (12-13 листопада 2015 р., м. Київ)

Українська асоціація «Мікроциркуляція, гемореологія, тромбоутворення»

№ 1-2' 2015 (47-48)

Періодичність: 4 рази на рік
Заснований у вересні 2003 року
УДК 612.11/.16(05)

Кровообіг та гемостаз
Науково-практичний журнал

Засновники

Державна установа «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»;
Українська асоціація «Мікроциркуляція, гемореологія, тромбоутворення»

Рекомендовано до друку

Вченою радою Державної установи
«Інститут геронтології НАМН України»
(протокол № 8 від 12.06.2015 р.)

Журнал внесено до переліку фахових видань з медичних наук, Постанова Президії ВАК України. Протокол № 3-05/7 від 30.06.2004 р., перелік 14

Літературний редактор

Т.І. Борисова

Макетування

О.В. Авдеєнко

Видавець

Українська асоціація «Мікроциркуляція, гемореологія, тромбоутворення»
04114, Київ, вул. Вишгородська, 67

Тел.: +38 (044) 431-05-29.

Факс: +38 (044) 432-86-77

E-mail: vshatilo@ukr.net

http: //www.circhem.org.ua

Реєстраційне свідоцтво

КВ № 8754 від 18.05.2004 р.

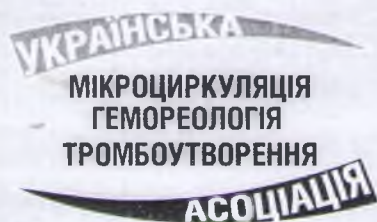
Наклад

1000 прим.

Ум. друк. арк. 20,93. Зам. № 154.

Надруковано в

ТОВ «СВІТ ПРІНТ»
04074, м. Київ, вул. Шахтарська, 4а



Кровообіг та гемостаз
Кровообращение и гемостаз
Circulation and haemostasis

Науково-практичний журнал

Головний редактор

О.В. Коркушко

Заступники головного редактора

В.Ю. Жарінова, В.Б. Шатило

Редакційна колегія

К.М. Амосова, О.Я. Бабак, В.В. Безруков, Г.В. Дзяк, Д.Д. Зербино,
В.М. Коваленко, В.З. Нетяженко, В.Ф. Сагач

Редакційна рада

Н. Антонова	(Болгарія)
І.М. Бокарев	(Росія)
В.А. Візір	(Україна)
В.І. Волков	(Україна)
В.К. Гаврисяк	(Україна)
О.С. Гавриш	(Україна)
В.С. Гуревич	(Росія)
Г.А. Ігнатенко	(Україна)
Н.М. Кіпшидзе	(Грузія)
А. Кіряков	(Болгарія)
М.Ю. Коломоєць	(Україна)
М.І. Лутай	(Україна)
В.П. Міщенко	(Україна)
О.М. Пархоменко	(Україна)
Є.В. Ройтман	(Росія)
Ю.М. Сіренко	(Україна)
В.О. Шумаков	(Україна)

Відповідальний секретар Ю.Т. Ярошенко

У вільному доступі журнал можна знайти за посиланням: <http://www.circhem.org.ua>
www.nbu.gov.ua

Відповідальність за добір та викладення фактів у статтях несуть автори, за зміст рекламних матеріалів – рекламодавці

Усі права стосовно опублікованих статей належать видавцю. Передрук можливий за згоди редакції та з посиланням на джерело

До друку приймаються наукові матеріали, що відповідають вимогам до публікацій, викладеним у данному виданні

Матеріали друкуються українською, російською та англійською мовами. Рукописи рецензуються

СОДЕРЖАНИЕ

Л.Г. Воронков, И.Д. Мазур, М.Р. Ильницкая, Л.С. Вайда Коррекция дисфункции эндотелия как актуальное направление превентивной сосудистой медицины	5	О.В. Коркушко, В.Б. Шатило, Ю.В. Гавалко, О.Н. Гриб, А.С. Багрий, А.В. Гавалко Возрастные изменения микроциркуляции слизистой оболочки желудка: роль эндотелиальной дисфункции	44
В.Ю. Жаринова Эндотелиальная дисфункция как мультидисциплинарная проблема	9	В.В. Красивская, О.В. Сташин Роль скринингового теста в диагностике ингибиторов к фактору VIII (IX) у больных гемофилией	49
Н.Т. Ватутин, Е.В. Склянная, Е.В. Ещенко, Ю.П. Гриценко Современная антитромбоцитарная терапия при неклапанной фибрилляции предсердий	16	В.Н. Середюк Динамика митогенных факторов роста и индукторов апоптоза под влиянием ингибиторов ангиотензипревращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II у больных с хроническим легочным сердцем в сочетании с артериальной гипертензией	54
Е.Н. Амосова, Ю.В. Руденко Риск развития инсульта и причины неэффективности антигипертензивной терапии у пациентов старше 55 лет с неосложненной неконтролируемой артериальной гипертензией	24	Материалы конференции «ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ВОЗРАСТ-ЗАВИСИМОЙ ПАТОЛОГИИ – ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ» (12–13 ноября 2015, Киев).	59
С.В. Коркушко, Е.Д. Осьмак, Д.Д. Осьмак, Г.В. Дужак Устойчивость к гипоксии у людей пожилого возраста с гипертонической болезнью: влияние Кардиоаргинина	31		
О.В. Синяченко, Г.С. Такташов, М.В. Ермолаева Адсорбционно-реологические свойства крови при хронической ревматической болезни сердца	38		

Л.М. Юсупова, О.А. Мухтаров, Д.М. Каландаров

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Сравнительный анализ распространенности основных факторов риска артериальной гипотензии и аспекты ее профилактики в условиях Ферганской долины Узбекистана

Цель – выявить и сравнить распространенности факторов риска (ФР) артериальной гипотензии (АГ) среди неорганизованного населения Ферганской долины Узбекистана.

Материалы и методы. Проведено эпидемиологическое исследование на репрезентативной выборке неорганизованного населения (603 человек) Ферганской долины Узбекистана в возрасте >60–89 лет. ФР определялись с использованием критериев ВОЗ.

Результаты и их обсуждение. Основные ФР АГ выявлены с довольно высокой частотой: курение – 31,3% (у женщин – 6,1%, у мужчин – 60,4%, $p < 0,001$), употребление алкоголя – 24% (у женщин – 3,4%, у мужчин – 47,9%, $p < 0,001$), гиперхолестеринемия – 18,4% (у женщин – 23,8%, у мужчин – 7,1%, $p < 0,01$), гипертриглицеридемия – 15,5% (у женщин – 19,5%, у мужчин – 11,1%, $p < 0,05$), избыточная масса тела – 42,7% (у женщин – 35,9%, у мужчин – 50,7%, $p < 0,05$), недостаточное употребление овощей и фруктов – 15,1% (у женщин – 17%, у мужчин – 12,8%, $p < 0,05$), неблагоприятный семейный статус – 3,2% (у женщин – 4%, у мужчин – 2,1%, $p < 0,05$), многодет-

ность – 5,6% (у женщин – 6,2%, у мужчин – 5%, $p > 0,05$), психогенный фактор – 16,6% (у женщин – 11,5%, у мужчин – 2,5%, $p < 0,001$), гиподинамия – 11,3% (у женщин – 5,3%, у мужчин – 18,2%, $p < 0,001$), переедание – 9,6% (у женщин – 5,9%, у мужчин – 13,9%, $p < 0,01$), употребление пищи на ночь – 51,9% (у женщин – 42,4%, у мужчин – 51,9%, $p < 0,05$), нерегулярное питание – 35,9% (у женщин – 45,8%, у мужчин – 24,1%, $p < 0,05$), злоупотребление мясными продуктами – 83,6% (у женщин – 86,2%, у мужчин – 80,7%, $p > 0,01$), мультиморбидность – 75,8% (у женщин – 36,2%, у мужчин – 39,6%, $p > 0,01$), множественные ФР – 61,1% (у женщин – 52,9%, у мужчин – 70,7%, $p < 0,05$), наследственная отягощенность – 5,1% (у женщин – 2,3%, у мужчин – 2,6%, $p > 0,05$) и преимущественно умственный труд – 47,4% (у женщин – 43,3%, у мужчин – 52,1%, $p < 0,05$).

Выводы. Основные ФР АГ широко распространены во взрослой популяции Ферганской долины Узбекистана. Профилактика ФР – это прежде всего повышение уровня знаний населения о вреде ФР с участием медицинских работников и педагогов.

О.О. Яковлева, О.В. Кириченко

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Маркеры эндотеліальної дисфункції при гіпертонічній хворобі: гіпергомоцистеїнемія

Підвищений рівень гомоцистеїну (ГЦ) вважають предиктором смертності у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями [1, 2]. Механізм пошкодження судин відбувається на рівні ендотелію за рахунок утворення водню перекису в каталізованих ГЦ реакціях, пригнічення вивільнення азоту оксиду, протромбогенного ефекту [2, 3].

Мета дослідження – визначення рівня ГЦ у плазмі крові у гіпертензивних пацієнтів залежно від стадії і його порівняння з показником у групі контролю, а також виявлення зв'язків між гіпергомоцистеїнемією (ГГЦ) та гіпертонічною хворобою (ГХ).

Матеріали і методи. Проспективне рандомізоване відкрите дослідження було проведено на базі кардіологічної клініки Вінницького медичного клінічного центру Центрального регіону впродовж 2010–2012 рр. В до-

слідження були включені пацієнти віком 40–65 років з гіпертонічною хворобою (ГХ) I–III стадій, які дали інформовану згоду. З дослідження виключили пацієнтів із симптоматичними гіпертензіями, серцевою недостатністю II Б стадії, важким цукровим діабетом, онкозахворюваннями, декомпенсованою соматичною патологією. Стан хворих оцінювали на основі алгоритмізованої стандартної тематичної карти, а також додаткових біохімічних досліджень. Рівень загального ГЦ у плазмі крові у хворих та в осіб контрольної групи визначали імуноферментним методом за допомогою набору «Homocysteine EIA» (Axis-Shield, Англія) на аналізаторі STAT FAX 303/PLUS. Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою стандартних методів із застосуванням пакета програм SPSS 17.0. Для оцінки міжгрупової

різниця був використаний параметричний t-критерій Стьюдента.

Результати. Серед 113 хворих було 74 (65,5%) чоловіка та 39 (34,5%) жінок. Вік обстежених коливався від 41 до 67 років (в середньому – $58,2 \pm 7,7$ року). Тривалість ГХ в середньому становила $12,79 \pm 1,13$ року. Контрольну групу склали 34 практично здорові особи, серед них 18 (53,3%) жінок і 16 (46,7%) чоловіків (середній вік – $38,3 \pm 10,3$ року).

Базовий рівень ГЦ у пацієнтів становив в середньому $14,49 \pm 0,57$ мкмоль/л при коливаннях від 7,01 до 29,20 мкмоль/л (норма 0–10 мкмоль/л). Гендерних відмінностей вмісту ГЦ не виявлено: рівень ГЦ у жінок становив $14,97 \pm 0,62$ мкмоль/л, а у чоловіків ($n=71$) – $14,21 \pm 0,49$ ($p > 0,05$). Порівняння вмісту ГЦ у сироватці крові між пацієнтами з ГХ та особами групи контролю ($9,20 \pm 0,56$ мкмоль/л) продемонструвало вірогідну відмінність між ними ($p < 0,05$). Розподіл показників ГЦ залежно від стадії ГХ та порівняння їх з даними групи контролю виявив динамічні відмінності при прогресуванні хвороби. Вміст ГЦ у крові хворих з ГХ I стадії ($8,13 \pm 0,08$ мкмоль/л) був нижчим від показника у практично здорових осіб ($p > 0,05$). Концентрація ГЦ у плазмі крові у пацієнтів з ГХ II стадії ($14,68 \pm 0,57$ мкмоль/л) переважала такий показник у практично здорових осіб ($p < 0,05$). Рівень ГЦ у пацієнтів з ГХ III стадії дорівнював $15,34 \pm 1,02$ мкмоль/л і вірогідно переважав показник групи контролю. Проте статистично достовірної різниці за вмістом ГЦ у плазмі крові у пацієнтів із ГХ II та III стадій не було підтверджено ($p > 0,05$).

За результатами кореляційного аналізу виявлена наявність різних за силою прямих кореляційних зв'язків між

ГЦ та стадією ГХ ($r=0,41$; $p < 0,01$) та тривалістю анамнезу основного захворювання ($r=0,299$; $p < 0,01$). Між ступенем підвищення АТ та плазмовою концентрацією ГЦ вірогідних кореляцій не встановлено.

Висновки

1. Плазмозна концентрація ГЦ у пацієнтів з ГХ починаючи з II стадії вірогідно перевищує показник у практично здорових осіб ($p < 0,05$).
2. Вірогідна різниця між рівнями ГЦ у пацієнтів з ГХ II та III стадій відсутня.
3. Встановлено пряму помірну кореляцію між ГЦ та стадією ГХ.
4. Враховуючи те, що підвищений рівень ГЦ є модифікованим незалежним чинником кардіоваскулярного ризику, не викликає сумніву доцільність його корекції.

Список літератури

1. Буряк В.В. Липидный спектр и содержание гомоцистеина у пациентов с артериальной гипертензией // В.В. Буряк // Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2010. – Вип. XXIII, № 4. – С. 81–82.
2. Homocysteine and risk of ischemic heart disease and stroke: a meta-analysis // Homocysteine Studies Collaboration // JAMA – 2002. – Vol. 288. – P. 2015–2022.
3. Moat S.J. Plasma total homocysteine: instigator or indicator of cardiovascular disease? // S.J. Moat // Annals of Clinical Biochemistry. – 2008 – Vol. 45. – P. 345–348.

О.О. Яковлева, К.В. Півторак

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Ендотеліальна дисфункція – основний патогенетичний механізм кардіоваскулярних порушень у пацієнтів із неалкогольною жировою хворобою печінки

На сьогодні накопичено велику кількість наукових досліджень, що демонструють зв'язок між порушенням функції ендотелію та серцево-судинними захворюваннями [2]. При цьому в патогенезі та клініці судинних ускладнень велике значення мають порушення структурно-функціональної організації судинного ендотелію.

Процеси прогресування ураження печінки і, зокрема, неоангіогенез та фіброз у печінці також тісно пов'язані з функціональним станом ендотелію [4]. Ураження ендотелію може бути чинником патогенезу при неалкогольній жировій хворобі печінки (НАЖХП) [1]. Визначення товщини інтими-медіа сонних артерій показало наявність незначних змін при хронічному вірусному гепатиті В і С і

суттєвих – при НАЖХП [3]. Механізми та роль ендотеліальної дисфункції в патогенезі серцево-судинних захворювань при НАЖХП, а також можливості її корекції ще недостатньо вивчені. Актуальним є поглиблене вивчення патогенезу ураження печінки та кардіоваскулярних порушень при НАЖХП і розробка методів оцінки ефективності лікування.

Мета дослідження – оцінити динаміку показників функціонального стану ендотелію у хворих на різних етапах розвитку НАЖХП.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 78 пацієнтів із НАЖХП. Діагноз ґрунтувався на комплексному аналізі скарг, даних фізикального обстеження,