

глюкози і та НОМА-IR порівняно з 3-м тертилем ($p=0,006$, $p=0,011$ та $p=0,041$).

Висновки. Рівень циркулюючої мікроРНК-126-3р у хворих на ІХС з цукровим діабетом 2-го типу був більшим порівняно з контрольною групою, але меншим, ніж у пацієнтів з ІХС без діабету. Хворі на ІХС з діабетом мали найвищий рівень ІЛ-6 відносно контрольної групи та пацієнтів без діабету. Більш низький рівень мікроРНК-126-3р у пацієнтів з ІХС з цукровим діабетом 2-го типу асоціювався зі значним підвищенням прозапального цитокіну ІЛ-6, індексу інсулінорезистентності та рівня глюкози в крові. Циркулююча мікроРНК-126-3р може бути потенційним біомаркером для прогнозування та ранньої діагностики цукрового діабету 2-го у хворих на ІХС.

Показники ліпідного профілю та функції ендотелію у хворих з ішемічною хворобою серця

О.В. Смалюх, Г.В. Світлик

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета – дослідити показники ліпідного спектру крові та функції ендотелію у хворих з ішемічною хворобою серця.

Матеріали і методи. Обстежено 28 хворих на ішемічну хворобу серця, а саме нестабільну стенокардію (18 жінок та 10 чоловіків), середній вік – $(67,9 \pm 2,2)$ року. Хворі отримували загальноприйняте лікування та додатково – альфа-ліпоєву кислоту: в перші 10 днів лікування у вигляді щоденних внутрішньовенних інфузій, з подальшим переходом на пероральний прийом лікарського засобу (600 мг 1 раз на добу) протягом наступних 20 днів. Хворим проводили загальноклінічні, лабораторні, інструментальні методи обстеження. Визначали показники ліпідного профілю крові та ендотелін-1 імуноферментним методом. До контрольної групи залучено 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі. Результати представлені середніми арифметичними величинами (M) і похибкою середньої (m) для відносних величин. Ступінь достовірності оцінювали за допомогою t -критерію Стьюдента.

Результати. У пацієнтів з нестабільною стенокардією спостерігали порушення ліпідного спектру крові. Значення загального холестерину, холестерину ліпопротеїнів низької щільності, коефіцієнта атерогенності, тригліцеридів достовірно перевищували показники контрольної групи. Рівень холестерину ліпопротеїнів високої щільності у хворих порівняно з контролем був нижчий на 6,4 %. Після проведеного лікування показники ліпідного профілю покращувалися. Відзначали зниження загального холестерину на 22,2 % ($p<0,05$), холестерину ліпопротеїнів низької щільності на 32,2 % ($p<0,05$), коефіцієнта

атерогенності на 37,1 % ($p<0,05$), рівня тригліцеридів на 25,2 % ($p<0,05$), а також зростання вмісту у крові холестерину ліпопротеїнів високої щільності на 10,4 % ($p>0,05$).

У хворих з нестабільною стенокардією спостерігалось порушення ендотеліальної функції: рівень ендотеліну-1 перевищував значення осіб контрольної групи у 2,85 разу ($p<0,05$). Після проведеного лікування середні значення ендотеліну-1 зменшилися – з $(2,54 \pm 0,19)$ до $(1,62 \pm 0,16)$ фмоль/мл ($p<0,05$), що свідчить про покращення функції ендотелію.

Висновки. Комплексне лікування з додаванням альфа-ліпоєвої кислоти сприяє покращенню показників ліпідного спектра крові та функції ендотелію.

Кардіометаболічні та ренальні ефекти емплагліфлозину у пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу в реальній клінічній практиці

С.А. Тихонова, В.Б. Яблонська

Одеський національний медичний університет

Мета – оцінити метаболічні та кардіоренальні ефекти емплагліфлозину в комплексній терапії пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД2) високого та дуже високого серцево-судинного ризику (ССР) в амбулаторній кардіологічній практиці.

Матеріали і методи. Відкрите проспективне дослідження 22 пацієнтів з ЦД2 проведене в Центрі реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) ОНМедУ. Включали пацієнтів з ЦД2 високого та дуже високого ССР (рекомендації Європейського товариства кардіологів та Європейської асоціації з вивчення цукрового діабету, 2019), які протягом не менш 3 міс до включення приймали прогноз-модифікуючу терапію (ПМТ) – статини, інгібітори ренін-ангіотензинової системи, антитромбоцитарні препарати та метформін, дали згоду на спостереження та корекцію терапії протягом року, мали високу прихильність до прийому ПМТ, метформіну та корекції способу життя. Не включали хворих з важкою декомпенсацією ЦД2, декомпensoваною серцевою недостатністю (СН), СН зі зниженою фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ), з перенесеним протягом 90 днів до включення інфарктом міокарду або інсультом, з непереносимістю будь-якого з препаратів ПМТ та/або метформіну, з активним онкозахворюванням. Лабораторне обстеження та трансторакальну ехокардіографію (ЕхоКГ) виконували на візиті включення (В0), через 6 (В1) та 12 міс (В2). На В0 ініціювали терапію емплагліфлозином 10 мг. Результати опрацьовували статистичними методами.

Результати. Середній вік пацієнтів склав $(67,6 \pm 10,2)$ року, період спостереження – $(13,5 \pm 7,1)$ міс. Середня доза емплагліфлозину була $(11,6 \pm 1,2)$ мг, метформіну –