

тації. Оцінка відновлення ендотеліальної функції у пацієнтів з ІМ на тлі кардіореабілітаційних заходів, обов'язковим компонентом яких є індивідуально підібрані ФТ на велоергометрі, за допомогою вивчення вмісту прогеніторних клітин є одним із недостатньо вивчених напрямків.

Мета – оцінити здатність відновлення функції ендотелію (продувати клітини попередники ендотеліоцитів (ПЕ) на висоті стрес-тесту) в пацієнтів після перенесеного ІМпСТ та стентування інфаркт-обумовлюючої артерії на тлі проведення фізичних тренувань у комплексі кардіореабілітаційних заходів.

Матеріали і методи. В дослідження включені 23 пацієнта зі STEMI, всі чоловіки віком від 37 до 77 років (Ме 57,0 (Q1-Q3 50–62)) років з гострим інфарктом міокарда на 2-му тижні від початку захворювання. У 17 пацієнтів (73,9 %) розвинувся Q-ІМ, у 6 (26,1 %) – неQ-ІМ, у 16 пацієнтів (69,5 %) – передньої локалізації, у 6 – задньої, та у 1 пацієнта – передньо-задньої локалізації. Супутня ГХ була у 21 (91 %) пацієнта, цукровий діабет – у 4 (17 %). Серцева недостатність II-A ст. діагностовано у 15 (65 %). Всім пацієнтам поведився забір крові на вміст клітин ПЕ до проведення ФТ на велоергометрі та безпосередньо після навантаження. Кількість КПЕ (фенотип CD45+/CD34+) периферичної крові визначали методом проточної цитометрії за допомогою реагентів для визначення кластерів диференціювання CD34, CD45 виробництва Beckman Coulter Inc. Дослідження було виконане на апараті NAVIOS (Beckman Coulter Inc.).

Результати. Залежно від динаміки вмісту клітин попередників ендотеліоцитів ПЕ на піку навантаження порівняно з вмістом клітин ПЕ до проведення навантаження, пацієнтів розподілили на дві групи: в 1-шу групу (n=11) увійшли пацієнти, у яких на піку фізичного навантаження збільшувалася кількість клітин ПЕ, в 2-гу групу (n=12) – пацієнти, у яких кількість клітин ПЕ зменшувалася. В 1-й групі кількість клітин ПЕ становила 3521 (Q1–Q3 1522–6564) в 1 мл крові і збільшувалася до 4354 (Q1–Q3 2426–7215) в 1 мл крові, а в 2-й групі – 3615 (Q1–Q3 2824– 6834) клітин в мл крові до навантаження і зменшувалося до 2213 (Q1–Q3 1825–3546) клітин в мл крові на піку навантаження. За основними клініко-функціональними показниками групи статистично не відрізнялись. Так, у 1-й групі КДІ становив 63 мл/м² (Q1–Q3 48–69), то в 2-й групі – 74 (Q1–Q3 67–89) мл/м² (p=0,396), КСІ в 1-й групі 29 мл/м² (Q1–Q3 20–35), в 2-й групі – 39 (Q1–Q3 28–47), (p=0,139). Статистичну відмінність спостерігали лише за величиною ФВ, яка в 1-й групі була 50,0 % (Q1–Q3 45,1–54,4), в 2-й групі – 45,8 % (Q1–Q3 40,5–53,7) p=0,018. Пацієнти статистично не відрізнялись і за рівнем порогового навантаження. Так пацієнти 1-ї групи досягали потужності Ме 75 Вт (Q1–Q3 50–100), а пацієнти 2-ї групи – 62,5 Вт (Q1–Q3 50–100).

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що у пацієнтів 2-ї групи відзначалось пригнічення функції кісткового мозку продукувати клітини ПЕ, що і лежить в основі формування прогресуючої дисфункції ендотелію, що може впливати на відновлення структурно-функціональних властивостей серця після перенесеного ІМ.

Вплив тютюнопаління на функціональний стан нирок у хворих з гострим коронарним синдромом

О.В. Яджин, Т.М. Соломенчук

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Особи з ХХН мають підвищений ризик серцево-судинних захворювань. Куріння є добре відомим фактором ризику серцево-судинних захворювань. Однак ризик внаслідок куріння для осіб із встановленим захворюванням нирок – менш очевидний. Відносно невелика кількість спостережних досліджень вивчали вплив куріння на функціональний стан нирок серед пацієнтів з ГКС.

Мета – вивчити вплив куріння на функціональний стан нирок у хворих з гострим коронарним синдромом.

Матеріали і методи. На базі ВП «Лікарня Святого Пантелеймона» Центру серця і судин – відділення кардіології та реперфузійної терапії, обстежено 60 хворих з гострим коронарним синдромом та супутньою патологією нирок. Хворих розподілено на дві групи: I групу (основну) склали 30 пацієнтів, в анамнезі яких – куріння більше 20 років, II групу (порівняння) склали 30 хворих, які не курили. У I групі – чоловіків 93,4 %, жінок – 6,6 %; у II, відповідно, – 66 % та 33 %. Середній вік хворих I групи – (58,12±1,66) року; II групи – (60,34±2,5) року (p>0,05).

Результати. Артеріальний тиск у курців був вищий, а саме, для I групи систолічний артеріальний тиск становив (141,29±4,0) мм рт. ст.; для II – (132,75±5,1) мм рт. ст. (p<0,05); діастолічний артеріальний тиск для I групи – (87,74±2,9) мм рт. ст.; для II групи – (79,58±3,2) мм рт. ст. (p<0,05). Частота серцевих скорочень в основній групі становить 80,90±2,8 уд/хв; у групі порівняння – 80,75±1,86 уд/хв (p<0,05). Для вивчення функціонального стану нирок було визначено ШКФ. У хворих, які палили більше 20 років, виявлено достовірно нижчий рівень ШКФ на 33,54 % (I група – 58,61±2,84; II група – 78,27±2,87, p<0,01).

Висновки. Фактор куріння пов'язаний з достовірним зниженням ШКФ у хворих з ГКС.