

хворим проведено стандартні клініко-лабораторні та інструментальні дослідження (електрокардіографія (ЕКГ), ехокардіографія (ЕхоКГ), добове моніторування ЕКГ).

Пацієнти були рандомізовані випадковим чином на 2 групи, співставленні за віком та статтю. Хворим основної групи (n=21) було рекомендовано: ривароксабан у дозі 20 мг на добу або варфарин (під контролем міжнародного нормалізованого відношення (МНО), лозартан 50-100 мг на добу в залежності від вихідних цифр артеріального тиску (АТ), біспролол 5-10 мг на добу в залежності від вихідного темпу частоти серцевих шлуночків (ЧСШ) і аторвастатин – 40 мг на добу. Додатково до базисного медикаментозного лікування був призначений розчин аргініну гідрохлорид (100 мл на добу внутрішньовенно крапельно курсом лікування 10 днів з продовженням прийому препарату на амбулаторному етапі перорально по 5 мл 3 рази на добу загальною тривалістю курсу 30 днів із поновленням прийому препарату на 3-й та 6-й місяць амбулаторного лікування. Пацієнти контрольної групи (n=21) отримували лише базисну терапію.

Результати. За результатами ліпідограми через 6 місяців після лікування у хворих основної групи в порівнянні з пацієнтами групи контролю достовірно знизився рівень ЗХ, ЛПНЩ, ТГ та ІА, а також достовірно підвищився рівень ЛПВЩ:

Показник	Основна група (n=21)		Контрольна група (n=21)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
ЗХ, ммоль/л,	5,81 ± 0,12	4,12 ± 0,03 ¹	5,33 ± 0,08	4,51 ± 0,11 ^{2,3}
ЛПНЩ, ммоль/л,	3,95 ± 0,09	1,8 ± 0,03 ¹	4,0 ± 0,09	2,02 ± 0,04 ^{2,3}
ЛПВЩ, ммоль/л,	0,91 ± 0,03	1,41 ± 0,02 ¹	0,9 ± 0,02	1,19 ± 0,03 ^{2,3}
ТГ, ммоль/л,	2,68 ± 0,04	1,28 ± 0,03 ¹	2,67 ± 0,04	2,25 ± 0,04 ^{2,3}
ІА,	5,46 ± 0,22	1,94 ± 0,06 ¹	4,98 ± 0,14	2,84 ± 0,1 ^{2,3}

¹ статистично достовірна (p < 0,05) різниця між вихідними даними та даними через 6 місяців лікування у пацієнтів основної групи; ² статистично достовірна (p < 0,05) різниця між вихідними даними та даними через 6 місяців лікування у пацієнтів контрольної групи; ³ статистично достовірна (p < 0,05) різниця між даними через 6 місяців лікування у пацієнтів основної та контрольної груп. ЗХ – загальний холестерин, ЛПНЩ – ліпопротеїди низької щільності, ЛПВЩ – ліпопротеїди високої щільності, ТГ – тригліцериди, ІА – індекс атерогенності

Висновки. У пацієнтів з ІХС, постійною формою ФП та ХСН, які на фоні базисної терапії додатково приймали препарат аргініну гідрохлорид, через 6 місяців спостерігалось достовірне зменшення рівнів ЗХ, ЛПНЩ, ТГ та ІА, підвищення рівня ЛПВЩ, що свідчить про значний гіполіпідемічний ефект препарату та дозволяє рекомендувати для використання в комплексному лікуванні цієї категорії хворих.

Ліпідний обмін у пацієнтів із ГКС та хронічною хворобою нирок, залежно від рівня ШКФ і фактора куріння

О.В. Яджин, Т.М. Соломенчук, І.М. Бігун

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета – вивчити особливості порушень ліпідного обміну у хворих з гострим коронарним синдромом (ГКС), залежно від рівня швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) та фактора куріння.

Матеріали та методи. У дослідження включено 142 пацієнти з ГКС віком від 35 до 75 років, (середній вік – 59,66±0,78 років). Стан функції нирок оцінювали за рівнем ШКФ, відповідно всіх пацієнтів розподілено у дві групи. Першу (І) групу склали 57 осіб зі ШКФ <60 мл/хв/1,73 м²; другу (ІІ) групу – 85 осіб зі ШКФ ≥60 мл/хв/1,73 м². Хворих двох груп було розподілено ще у дві підгрупи за фактором куріння: курці – І А, ІІ А та некурці – І Б, ІІ Б.

Визначали наступні показники ліпідного профілю: загальний холестерин (ЗХС), холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), тригліцериди (ТГ), холестерин не ліпопротеїдів високої щільності (ХС не-ЛПВЩ).

Результати. У І групі хворих, порівняно з ІІ групою рееструються достовірно вищі на 20-30% середні рівні ХС ЛПНЩ (3,45±0,22 ммоль/л (І) проти 2,38±0,16 ммоль/л (ІІ), p<0,01) та ХС не-ЛПВЩ (4,65±0,25 ммоль/л (І) проти 3,66±0,18 ммоль/л (ІІ), p<0,01); на 10-20 % вищі рівні ЗХС (5,59±0,24 ммоль/л (І) проти 4,77±0,17 ммоль/л (ІІ), p<0,01), ТГ (0,94±0,03 ммоль/л (І) проти 1,99±0,09 ммоль/л (ІІ), p<0,05) та нижчий рівень ХС ЛПВЩ (0,94±0,03 ммоль/л (І) проти 1,15±0,03 ммоль/л (ІІ), p<0,05). Також у хворих І групи, порівняно з ІІ групою, виявлено достовірно більші на 20 % частки осіб з перевищенням цільового рівня ХС ЛПНЩ (p<0,01) та з нижчим від цільового рівень ХС ЛПВЩ (p<0,05). У І та ІІ групах встановлено середньої сили зворотній кореляційний зв'язок між рівнями ЗХС (p<0,01), ХС ЛПНЩ (p<0,01), ХС не-ЛПВЩ (p<0,01) і рівнем ШКФ.

У І А підгрупі хворих, порівняно з І Б підгрупою, спостерігається достовірне підвищення на 20-30 % рівнів ЗХС (6,37±0,36 ммоль/л (І А) проти 4,94±0,29 ммоль/л (І Б), p<0,01), ХС ЛПНЩ (4,05±0,35 ммоль/л (І А) проти 2,95±0,27 ммоль/л (І Б), p<0,05), ТГ (2,64±0,22 ммоль/л (І А) проти 1,91±0,18 ммоль/л (І Б), p<0,01), ХС не-ЛПВЩ (5,49±0,38 ммоль/л (І А) проти 3,95±0,29 ммоль/л (І Б), p<0,05) та на 11%

нижчий рівень ХС ЛПВЩ ($0,88 \pm 0,05$ ммоль/л (І А) проти $0,99 \pm 0,44$ ммоль/л (І Б), $p < 0,05$). У ІІ А підгрупі хворих, порівняно з ІІ Б підгрупою, виявлено на 25-35 % достовірно вищі рівні ЗХС ($5,55 \pm 0,27$ ммоль/л (ІІ А) проти $4,30 \pm 0,21$ ммоль/л (ІІ Б), $p < 0,01$), ХС ЛПНЩ ($3,08 \pm 0,23$ ммоль/л (ІІ А) проти $1,96 \pm 0,20$ ммоль/л (ІІ Б), $p < 0,01$), ХС не-ЛПВЩ ($4,57 \pm 0,28$ ммоль/л (ІІ А) проти $3,11 \pm 0,21$ ммоль/л (ІІ Б), $p < 0,01$) та на 10-20 % вищий рівень ТГ ($2,24 \pm 0,14$ ммоль/л (ІІ А) проти $1,82 \pm 0,11$ (ІІ Б), $p < 0,01$) і нижчий рівень ХС ЛПВЩ ($0,99 \pm 0,66$ ммоль/л (ІІ А) проти $1,19 \pm 0,04$ ммоль/л (ІІ Б), $p < 0,01$). А також встановлено достовірно більші на 20-30 % частки осіб з перевищенням цільових рівнів ЗХС ($p < 0,05$), ТГ ($p < 0,05$) та ХС не-ЛПВЩ ($p < 0,05$) серед хворих І А підгрупи, порівняно з І Б підгрупою; та достовірно вищі частки осіб з перевищенням цільових рівнів ЗХС ($p < 0,01$), ХС ЛПНЩ ($p < 0,01$), ТГ ($p < 0,05$) та ХС не-ЛПВЩ ($p < 0,01$) серед хворих ІІ А підгрупи, порівняно з ІІ Б підгрупою. Крім того, встановлено середньої сили та сильний зворотній кореляційний зв'язок між рівнями ЗХС ($p < 0,01$), ХС ЛПНЩ ($p < 0,01$), ТГ ($p < 0,01$), ХС не-ЛПВЩ ($p < 0,01$) та рівнем ШКФ у підгрупах курців (І А, ІІ А), порівняно з некурцями (І Б, ІІ Б).

Висновки. У І групі, порівняно з ІІ групою, встановлено на 20-30 % достовірно вищі рівні ХС ЛПНЩ, ХС не-ЛПВЩ, на 10-20 % вищі рівні ЗХС, ТГ та нижчі рівні ХС ЛПВЩ. У підгрупах курців (І А, ІІ А) порівняно з некурцями (І Б, ІІ Б) спостерігається на 10-35 % достовірне підвищення рівнів ЗХС, ХС ЛПНЩ, ТГ, ХС не-ЛПВЩ та зниження ХС ЛПВЩ. Однак, найбільш виразні проатерогенні порушення ліпідного спектру зареєстровано у хворих зі ШКФ < 60 мл/хв/1,73 м² та фактором куріння (І А).

Features of the blood pressure profile in patients with metabolic syndrome

S.M. Stadnik, O.M. Radchenko

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Arterial hypertension (AH) is one of the main components of metabolic syndrome (MS). To study the characteristics of the course of AH and the daily profile of blood pressure (BP) in MS, the method of 24-hour monitoring of BP plays a leading role.

Purpose of the study – to study the features of the daily profile of BP in patients with AH associated with MS.

Materials and methods. We examined 47 patients (mean age 47.5 ± 6.2 years old) with AH associated with MS, of which 32 (68.1%) were men and 15 (31.9%) were women. 24-hour monitoring of BP was carried out using the «ABPM-04» device «Meditech» (Hungary) according to standard methods. The interval between measurements was 20 minutes during the day and 40 minutes at night. Study on a baseline without antihypertensive therapy. Monitoring time averaged 15 hours and 20 minutes. There was an anamnesis of AH in 34 patients, type 2 diabetes mellitus – in 5 patients. For the analysis of the daily profile of BP, the following indices were used: average values of systolic blood pressure (SBP) and diastolic blood pressure (DBP) for 24 hours (SBP24, DBP24), wakeful period (SBPw, DBPw), sleep period (SBPs, DBPs); time index (TI) of daytime systolic and diastolic hypertension (TI SBP and TI DBP) – percentage measurements of BP exceeding 140 and 90 mm Hg during the wakeful period index of nocturnal hypertension (TI SBPs and TI DBPs) – percentage BP measurements above 120 and 80 mm Hg. During sleep, the 24-hour index (DI) for SBP and DBP (DI SBP and DI DBP) represented the relative decrease in BP at night.

Results. A normal degree of nocturnal BP reduction («dippers») was detected in 13 (27.6%) patients, an insufficient degree of nocturnal BP reduction («non-dippers») – in 2 (4.2%) patient, a stable increase in night BP («night-peaker») – in 9 (19.1%) patients. Average values of TI: for SBPw – 25.5%, for SBPs – 36.2%, for DBPw – 51.1%, DBPs – 36.2%. The average values of BP were as follows: SBP24 – 132.7 ± 5.1 mm Hg, DBP24 – 76.6 ± 3.2 mm Hg. The predominance of a monophasic (51.1%) diurnal curve with DI less than 10% was noted – «non-dippers». The remaining 46.7% of patients belonged to the «dippers» and «night-peaker». The average values of DI SBP and DI DBP were 6.4% and 8.5%, indicating an insufficient reduction in BP at night.

Conclusions. Most patients experienced an insufficient reduction in nocturnal BP and an unfavorable prognostic increase in TI at night. Noteworthy is the significantly higher frequency of circadian rhythm disturbances in the study group.