

шення ОТ/ОС. Цей показник був достовірно вищий на 4,6 % у пацієнтів зі звичкою куріння (I), ніж у порівняній групі без провокуючого фактору (II) (відповідно  $(0,90 \pm 0,06)$  од. (I) проти  $(0,86 \pm 0,06)$  од. (II),  $p < 0,05$ ). Варто зазначити, що у групі курців (I), порівняно з некурцями (II), також перевищувала майже в 1,3 разу частка осіб зі збільшеним ОТ  $> 88$  см, що завжди асоціюється з більш високим кардіоваскулярним ризиком (відповідно  $(72,06 \pm 5,26)$  % (I) проти  $(53,57 \pm 4,42)$  % (II),  $p < 0,05$ ). Різниця між частками реабілітаційних пацієнтів з відношенням ОТ/ОС  $> 0,85$  в аналізованих групах виявилась недостовірною ( $(61,76 \pm 4,35)$  % (I) проти  $(57,14 \pm 4,75)$  % (II),  $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Фактор куріння асоціюється зі значнішими розладами жирового обміну, що суттєво підвищує серцево-судинний ризик реабілітаційних хворих та потребує особливої уваги на етапі проходження програм КР.

## Поширеність основних факторів ризику в реабілітаційних хворих-курців після перенесеного гострого коронарного синдрому

В.Л. Луцька, Н.Б. Кузь

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Мета** – вивчити поширеність основних факторів ризику у кардіореабілітаційних хворих після перенесеного гострого коронарного синдрому (ГКС) залежно від фактора куріння.

**Матеріали і методи.** Обстежено 124 пацієнтів від 37 до 68 років (середній вік  $(57,40 \pm 5,8)$  року), які проходили програму кардіореабілітації (КР) після перенесеного ГКС. Залежно від звички куріння всі пацієнти були розподілені у дві групи. З них I група – курці ( $n=68$ , середній вік  $(54,94 \pm 1,6)$  року), II група – хворі, які не курили ( $n=56$ , середній вік  $(58,64 \pm 1,4)$  року). Визначали поширеність основних факторів ризику у реабілітаційних хворих на етапі санаторно-курортного лікування.

**Результати.** На етапі надходження у відділення реабілітації, проведений нами аналіз поширеності ключових факторів ризику обстежуваних груп показав, що АГ в анамнезі реєструвалась у всіх реабілітаційних пацієнтів групи курців (I), що достовірно в 1,2 разу більше, ніж у групі хворих-некурців (II) (відповідно 100 % (I) і 87,5 % (II),  $p < 0,05$ ).

Аналіз поширеності ЦД показав схожу тенденцію та виявив достовірно в 1,2 разу більшу частку осіб з даним фактором ризику у групі курців (I) порівняно з групою некурців ( $(29,41 \pm 3,64)$  % (I) проти  $(12,5 \pm 4,42)$  % (II),  $p < 0,05$ ). Професійну шкідливість серед обстежуваних пацієнтів визначали наявністю тривалого контакту з ксенобіотиками під час виконання трудової чи виробничої

діяльності. Зокрема, частка осіб, в анамнезі яких була професійно шкідлива праця виявилась в 1,4 рази достовірно більшою у групі зі статусом курця (I), ніж у групі некурців (II) (відповідно  $(33,82 \pm 6,25)$  (I) % проти  $(17,86 \pm 7,62)$  (II) %,  $p < 0,05$ ).

Аналіз поширеності інших факторів ризику ССЗ не виявив достовірної різниці між порівнюваними групами. Зокрема, дисліпідемія (ДЛП) була діагностована у кожного реабілітаційного хворого I і II досліджуваних груп (100 % (I) і 100 % (II),  $p > 0,05$ ). Частка хворих з ожирінням переважала у групі II і становила близько 14 %, однак без значущої різниці між порівнюваними групами ( $(10,29 \pm 5,81)$  (I) % проти  $(14,28 \pm 3,42)$  (II),  $p > 0,05$ ). Питома вага пацієнтів з обтяженою спадковістю переважала на 5,5 % у групі реабілітаційних пацієнтів зі статусом курця (I) порівняно з пацієнтами-некурцями II групи і становила відповідно  $(55,88 \pm 7,25)$  (I) % проти  $(42,86 \pm 6,44)$  (II),  $p > 0,05$ .

**Висновки.** Реабілітаційні хворі-курці мають більшу поширеність основних факторів ризику ГКС, що завжди асоціюється із ускладненням перебігу кардіореабілітаційного процесу в таких хворих.

## Результати скринінгу депресії в реабілітаційних хворих після перенесеного гострого коронарного синдрому залежно від статусу курця

В.Л. Луцька, Т.М. Соломенчук, І.Б. Коломієць

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Мета** – провести порівняльний аналіз клінічних проявів депресії у реабілітаційних хворих після перенесеного гострого коронарного синдрому (ГКС) залежно від фактору куріння.

**Матеріали і методи.** Обстежено 124 пацієнтів від 37 до 68 років (середній вік  $(57,4 \pm 5,8)$  року), які проходили програму кардіореабілітації (КР) після перенесеного ГКС. Залежно від звички куріння всі пацієнти були розподілені у три групи. В (IA) групу увійшли пацієнти ( $n=30$ ), які продовжували курити в процесі КР, в (IB) групу – курці ( $n=38$ ), що відмовились від куріння та II група – пацієнти-некурці ( $n=56$ ), які ніколи не палили. Для об'єктивної ідентифікації реабілітаційних пацієнтів з проявами депресії нами був застосований скринінговий метод опитування за госпітальною шкалою HADS.

**Результати.** Проведений порівняльний аналіз показників скринінгу депресії показав, що на початку реабілітаційного лікування у групі персистуючих курців (IA) кожен другий пацієнт мав клінічно виражену депресію, а їхня частка у групі становила  $(50,00 \pm 5,56)$  %. Водночас, у групі успішної відмови від паління (IB) та у групі некурців (II) переважали частки реабілітаційних хворих з суб-

клінічно вираженою депресією і становили відповідно (36,84±5,16) % (ІБ) та (55,36±5,16) % (ІІ). Подібна тенденція спостерігалась при проведенню порівняльному аналізі категорії реабілітаційних хворих з відсутніми симптомами депресії. Відзначалась достовірно менша частка таких хворих у групі персистуючих курців (ІА) порівняно з іншими досліджуваними групами (ІБ і ІІ) (відповідно (10,00±2,08) % (ІА) проти (31,58±4,42) % (ІБ) та (21,43±3,68) %,  $p < 0,05$ ).

Отримані результати в ході спостереження узгоджуються з обчисленим середнім балом депресії у досліджуваних групах реабілітаційних хворих. На старті проходження програми КР у групі курців, що продовжували палити (ІА), спостерігався достовірно вищий середній бал депресії за шкалою HADS і становив відповідно 10,87±2,49 (ІА) проти 9,47±2,53 (ІБ) та 9,14±1,97 (ІІ),  $p < 0,05$ .

**Висновки.** Персистуючі курці мають значно виразніші прояви психоемоційних розладів, зокрема депресії, на старті санаторно-курортного лікування. Депресивний стан у реабілітаційних хворих може суттєво погіршувати ефективність кардіореабілітаційного процесу, а відтак сприяти підвищенню виникнення кардіоваскулярних ускладнень та погіршувати прогноз у таких хворих у майбутньому.

### **Мієлопероксидаза та глобальний поздовжній стрейн як предиктори клінічних подій у пацієнтів з ожирінням після інфаркту міокарда з елевацією сегмента ST**

О.В. Петюніна, М.П. Копиця, А.В. Кобець

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», Харків

Запалення відіграє вирішальну роль у посиленні атеросклерозу за наявності коморбідного абдомінального ожиріння. Підвищення рівнів деяких прозапальних цитокінів та хемокинів, таких як мієлопероксидаза (МПО), може вважатися перспективним для передбачення гострих коронарних подій, однак, його предикторне значення для гострого інфаркту міокарда (ГІМ) з елевацією сегмента ST залишається недостатньо вивченим.

**Мета** – визначити вплив МПО та інших чинників на передбачення клінічних подій протягом 1 року після ГІМ з елевацією сегмента ST, яким було проведено успішне черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ) залежно від наявності ожиріння.

**Матеріали і методи.** Ми проспективно залучили 102 пацієнта на ГІМ з елевацією сегмента ST, яким було проведено успішне ЧКВ. Всі пацієнти надали добровільну інформовану згоду на участь у дослідженні. Ми визнача-

ли такі клінічні події: серцево-судинну смерть, повторний інфаркт міокарда, заново діагностовану серцеву недостатність, життєво небезпечні аритмії та блокади серця. Рівні МПО визначали за допомогою ELISAKIT, Invitrogen (Австрія). Ехокардіографічні та доплерпараметри досліджували при первинному огляді пацієнта на апараті Toshiba Aplio 500, модель TUS-A500. Для визначення маси тіла, індексу маси тіла, відсотка вісцерального жиру, скелетних м'язів та добового метаболізму використовували ваги OMRON BF 511.

**Результати.** Рівні МПО в загальній групі пацієнтів на ГІМ з елевацією сегмента ST становив 129,45 [48,48–179,70] нг/мл. Загальну групу розділили на дві когорти залежно від медіани МПО ( $\geq 98,34$  нг/мл та  $< 98,34$  нг/мл). Ми спостерігали 26 комбінованих кінцеві точки (10 та 17 в пацієнтів з МПО  $\geq 98,34$  нг/мл та  $< 98,34$  нг/мл відповідно [Fтест=0,064285; Chi2 тест=4,29; P=0,046]). Мультиваріантний лінійний регресійний аналіз показав, що як глобальний поздовжній стрейн, так і МПО залишаються незалежними предикторами клінічних подій після корекції за індексом маси тіла та вмістом вісцерального жиру. Глобальний поздовжній стрейн був найкращим предиктором поганих клінічних подій у пацієнтів на ГІМ з елевацією сегмента ST, в той час як зниження МПО краще передбачало сприятливий прогноз на 1 рік.

**Висновки.** Глобальний поздовжній стрейн був найкращим предиктором комбінованої кінцевої точки через 1 рік після ГІМ з елевацією сегмента ST після успішної ЧКВ. Показник ступеня накопичення вісцерального жиру демонструє граничну значущість порівняно з поздовжнім стрейном та є значно кращим, ніж МПО.

### **Ефективність багатокomпонентної програми реабілітації пацієнтів після кардіохірургічних втручань**

Б.О. Писана

КП «Полтавський обласний клінічний медичний кардіоваскулярний центр Полтавської обласної ради»  
Полтавський державний медичний університет

**Мета** – оцінити ефективність багатокomпонентної програми реабілітації (БПР) хворих після кардіохірургічних втручань (КХВ) на госпітальному та амбулаторно-контрольному етапах реабілітації.

**Матеріали і методи.** Дослідження проводилося в період з 1 червня 2021 по 1 червня 2022 року. Дослідну групу (ДГ) склали 44 пацієнти, яким проводили планове оперативне лікування – аортокоронарне шунтування (АКШ) та/або протезування клапанів, з них 24 чоловіків (54,5 %), 20 жінок (45,5 %). АКШ проведено 16 (36,4 %) пацієнтам, протезування клапанів – 28 (63,6 %) пацієнтам. Середній вік хворих становив (57,2±1,9)