



# АЛЪЯНС НАУК: ВЧЕНИЙ – ВЧЕНОМУ

*Матеріали*

*VII Міжнародної науково-практичної конференції*

**Київ . 15–16 березня 2012 р.**

**У шести томах**

**Том 5**

**Наукові праці у галузях: біології, медицини,  
фізичної культури, техніки**

---

**К.мед.н. Руснак І.Т., д.мед.н. Ташук В.К., к.мед.н. Іванчук П.Р.,  
к.мед.н. Поліщук О.Ю., Басюк В.В.**

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна*

## **ГІПЕРТРОФІЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБИ СЕРЦЯ Й АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА С-РЕАКТИВНИЙ ПРОТЕЇН**

Проблема смертності від серцево-судинної патології та її поширеність в Україні продовжує турбувати кардіологів сьогодення. Актуальність вивчення патогенезу, шляхів попередження, діагностики та можливостей оптимізації лікування беззаперечна.

Гіпертрофія лівого шлуночка (ГЛШ) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) та ішемічну хворобу серця (ІХС) щільно пов'язана із розвитком коронарної хвороби серця, цереброваскулярної патології, серцевої недостатності (СН), раптової серцевої смерті і загальної смертності, у той час як регрес ГЛШ пов'язується зі зниженням смертності від серцево-судинних захворювань.

Відомо, що С-реактивний протеїн (СРП) є маркером запалення, предиктором та має сильний зв'язок із кардіоваскулярними подіями, тому цікавим стало дослідити особливості змін чинників патогенезу ІХС та АГ за проведення навантажувальних тестів та наявності ознак гіпертрофії лівого шлуночка згідно з електрокардіографічним та ультразвуковим дослідженням серця.

Метою дослідження було дослідити особливості реакції рівня СРП залежно від об'єктивізованих проявів ГЛШ та навантажувальних тестів.

Обстежені пацієнти зі стабільною стенокардією (СС) II функціонального класу, гіпертонічною хворобою (ГХ) II ст. та проявами серцевої недостатності (СН) I-IIА ст.

Всім проведено обстеження, що включало аналіз вихідної електрокардіограми (ЕКГ) та ЕКГ на фоні лікування, ехокардіографічне (ЕхоКГ) обстеження в М-В режимах, визначення імуноферментним шляхом СРП до проведення велоергометрії (ВЕМ) та на висоті навантаження.

З метою визначення вмісту СРП кров отримували вранці, натще, кубітальним шляхом до та після стаціонарного етапу лікування. Визначення СРП у плазмі крові виконували за допомогою імуноферментного аналізатора «Уніплан» (фірма «Пікон», Росія) з використанням тест-систем DAI (США).

Статистична обробка отриманих результатів проведена згідно з даними у вигляді середнього значення і стандартної помилки середнього ( $M \pm m$ ) в умовах математичної обробки в межах електронної бази та програми

“Microsoft Excel” (Microsoft, США) з оцінкою ступеня вірогідності відмін між групами за використання непараметричних і параметричних методів.

При зіставленні показників у динаміці першого парного (початок і на висоті стрес-тесту) і обстеження на висоті повторної ВЕМ визначено наступне.

Аналіз розподілу вмісту СРП свідчив про недостовірне переважання показника на початку дослідження при позитивній пробі навантаження перед її проведенням ( $70,0 \pm 1,8$  і  $7,3 \pm 1,5$  мг/л,  $p > 0,5$ ) і на висоті дослідження ( $6,7 \pm 1,8$  і  $7,5 \pm 1,4$  мг/л,  $p > 0,5$ ) та суттєва достовірна різниця при обстеженні в подальшому на фоні лікування і повторного стрес-тесту ( $5,6 \pm 1,1$  і  $9,2 \pm 1,1$  мг/л,  $p < 0,05$ ).

Наступним завданням дослідження було зіставлення вмісту СРП з ЕКГ-проявами ГЛШ. У розподілі пацієнтів із відсутніми/наявними ЕКГ-критеріями ГЛШ визначено наступне. Важливим виявився факт суттєвого достовірного переважання показника СРП за використання критерію Стьюдента при зіставленні груп залежно від відсутніх/наявних ЕКГ-критеріїв ГЛШ у групі з наявними ознаками ГЛШ ( $5,8 \pm 1,2$  і  $11,4 \pm 0,4$  мг/л,  $p < 0,001$ ), збереженням вказаної залежності на висоті навантаження ( $5,8 \pm 1,1$  і  $11,4 \pm 0,5$  мг/л,  $p < 0,001$ ) та недостовірно у віддаленому періоді ( $5,8 \pm 1,3$  і  $9,4 \pm 2,6$  мг/л,  $p > 0,2$ ),

Наступне зіставлення стосувалось ознак ГЛШ за даними ЕхоКГ. Важливим є той факт, що за позитивних ознак ГЛШ при ЕхоКГ обстеженні відмічено достовірне переважання показника СРП як на початку дослідження ( $5,8 \pm 0,9$  і  $11,1 \pm 0,3$  мг/л,  $p < 0,001$ ), так і на висоті ВЕМ ( $5,9 \pm 0,9$  і  $11,1 \pm 0,3$  мг/л,  $p < 0,001$ ) та після проведеного лікування на фоні повторного обстеження ВЕМ ( $6,5 \pm 0,9$  і  $9,9 \pm 0,8$  мг/л,  $p < 0,02$ ).

Враховуючи визначену роль СРП у розподілі показників, що вивчаються, розглянуто асоціації між СРП та іншими параметрами. З'ясувалось, що реєструється цікавий зв'язок між збільшенням СРП і зростанням індексу маси тіла (ІМТ). Так, у розподілі  $ІМТ \leq 25$  та  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> визначене достовірне переважання СРП залежно від  $ІМТ \geq 30$  кг/м<sup>2</sup> як на початку дослідження ( $4,1 \pm 1,6$  і  $8,63 \pm 1,1$  мг/л,  $p < 0,05$ ), так і на висоті навантаження ( $4,3 \pm 1,5$  і  $8,9 \pm 0,9$  мг/л,  $p < 0,02$ ), на висоті повторного навантаження ( $4,4 \pm 1,6$  і  $8,6 \pm 0,7$  мг/л,  $p < 0,05$ ),

Отже, за оцінки вмісту С-реактивного протеїну при парних стрес-тестах доведено несприятливий розподіл С-реактивного протеїну з достовірним збільшенням показника за наявної гіпертрофії лівого шлуночка.

Перспективами подальших досліджень буде визначення розподілу рівнів гуморальної ланки патогенезу гіпертонічної хвороби відносно статевих та вікових детермінант розподілу пацієнтів.