

Доскалюк Б. В., Попович Л. О.

**РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЯ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ  
ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ.**Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна  
Кафедри внутрішньої медицини №2 та медсестринства  
(науковий керівник - д.мед.н. Середюк Н. М.)

Актуальність теми. Ішемічна хвороба серця (ІХС) є серйозною медичною проблемою XXI століття. В свою чергу одним із найбільш загрозливих предикторів захворюваності, а також смертності внаслідок ІХС на сьогоднішній день є цукровий діабет (ЦД). Згідно з даними Американської Асоціації Діабету (ADA) при збільшенні на 1% рівня глікованого гемоглобіну ризик розвитку серцево-судинних захворювань зростає на 10%.

Мета. Провести аналіз ефективності методів реваскуляризації міокарда в пацієнтів з ІХС та супутнім ЦД з визначення оптимальних шляхів корекції даного патологічного стану.

Матеріал та методи. В ході дослідження було проведено ретроспективний аналіз 14 медичних карт стаціонарних хворих Івано-Франківського Обласного клінічного кардіологічного диспансеру (ОККД) в період з 2015 по 2016 рр. Для визначення стратегії інтервенційних втручань у хворих із ІХС було використано програми-калькулятори «SYNTAX Score» і «SYNTAX Score II», а також рекомендації ESC по терапії ІХС від 2014 року.

Результати. В ході опрацювання даних було визначено, що за допомогою «SYNTAX Score» визначити оптимальний метод реваскуляризації для даної когорти пацієнтів не вдається, оскільки критерій достовірності в межах  $p=0,08-0,43$ . Також слід зазначити, що для 8 пацієнтів (57,1%) програма не надала відповіді щодо оптимального шляху реваскуляризації. Це було пов'язано з тим, що в ході рандомізованого дослідження «SYNTAX», яке є основою для «SYNTAX Score», пошкодження коронарних судин даних пацієнтів не вивчалось. Дані недоліки вдалось вирішити за допомогою оновленої версії – програми-калькулятора «SYNTAX Score II». За відображеними в програмі результатами обчислень 4 пацієнтам (28,6%) було рекомендовано провести АКШ, а стратегію реваскуляризації інших 10 (71,4%) – визначити на кардіологічному консилиумі з участю хворого.

Висновки. З огляду на проведений аналіз методів реваскуляризації міокарда, для пацієнтів з ІХС та супутнім ЦД оптимальним методом слід вважати саме АКШ. Для успішної реваскуляризації потрібно здійснювати контроль показників коагулограми, постійний моніторинг рівня глікемії, а також вести ефективну терапевтичну тактику щодо їх нормалізації.

Жеманюк С. П.

**ОСОБЛИВОСТІ АДРЕНАЛІНДУКОВАНОЇ АГРЕГАЦІЇ ТРОМБОЦИТІВ У ХВОРИХ  
НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ, УСКЛАДНЕНУ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ**Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна  
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб з доглядом за хворими  
(науковий керівник - д.мед.н. Сиволап В. В.)

Визначення функціональної активності тромбоцитів є важливою ланковою діагностики вад гемостазу. Інформації щодо набутих змін агрегаційних властивостей тромбоцитів накопичено недостатньо, що потребує подальшого її вивчення, особливо у пацієнтів високого кардіоваскулярного ризику розвитку серцево-судинних ускладнень.

Метою роботи було з'ясування особливостей агрегації тромбоцитів у хворих на гіпертонічну хворобу (ГБ) високого та дуже високого додатково ризику, ускладненого інсультом.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у КУ «6-а міська клінічна лікарня» м. Запоріжжя. Агрегацію тромбоцитів здійснено за допомогою аналізатора агрегації тромбоцитів AP 2110 (ЗАТ «Спектроскопія, оптика и лазеры – авангардные разработки», Мінськ, Р.Б.) з адреналіном (5,0 мкмоль/л, адреналіну тартрат, Здоров'я, Україна). Аналізувалися максимальний ступінь та час агрегації тромбоцитів впродовж 5 хв. запису ( $T_{max}$ , 5min та  $tT_{max}$ , 5min, відповідно); ступінь агрегації тромбоцитів на 5 хв., 3 хв., 1 хв. запису ( $T_{5xv}$ ,  $T_{3xv}$ ,  $T_{1xv}$ , відповідно); площа під кривою за 5 хв. та за 1 хв. запису ( $AUC_{5xv}$  та  $AUC_{1xv}$ , відповідно), нахил кривої за першу хвилину запису агрегатограми (Slope). Різницю у групах за кількісними показниками визначали методом непараметричної статистики, використовуючи критерій Wilcoxon та за якісними показниками – критерій  $\chi^2$ . Статистична розбіжність під час перевірки статистичних гіпотез показників визначалась на рівні  $p<0,05$ , використовуючи двосторонні тести.

Результати отриманих даних. У дослідженні взяли участь 98 пацієнтів віком 63 (56–72) роки, 53 % чоловіки. Критерієм виключення були пацієнти із захворюваннями, що пов'язані із вродженими порушеннями гемостазу. Пацієнтів було розділено на 2 групи: першу склали 46 пацієнтів з контрольованими показниками АТ (медіана віку 63 (57–71) роки, чоловіків – 38 %) та другу – 52 пацієнта у гострому періоді ішемічного інсульту віком 63 (56–72) роки, чоловіків – 66 %. Групи не відрізнялися за віком ( $p=0,592$ ), хоча було виявлено статистичну розбіжність за статтю ( $p=0,007$ ). Показники агрегації тромбоцитів в групі з інсультом були значно нижчими ніж у групі контролю, та досягли рівня статистичної значущості у випадках:  $T_{max}$ , 5min (8 (2–31) проти (19 (7–47) %, відповідно;  $p=0,028$ );  $AUC_{5min}$  (25 (3–75) проти 63 (21–146) 10%•хв.;  $p=0,006$ );  $AUC_{1min}$  (1 (0–4) проти 5 (1–11) 10%•хв.;  $p=0,002$ ); Slope (6 (2–17) проти 16 (7–25) %/хв.;  $p=0,003$ );  $T_{5min}$  ( 7 (1–50) проти 16 (6–46) %;  $p=0,034$ ),  $T_{2min}$  (4 (1–11) проти 12 (4–26)%;  $p=0,003$ ),  $T_{3min}$  (6(0–15) проти 14 (4–33)%;  $p=0,006$ ).

Висновки. Отже, нами було виявлено відмінності в показниках тромбоцитарного гемостазу, що проявляються у значному зниженні показників адреналіну-індукованої агрегації тромбоцитів у гіпертензивних пацієнтів з ішемічним інсультом в гострій фазі. Отриманні нами дані потребують співставлення з фактичними протоколами лікування, а також прогностичної цінності обраних кількісних показників.