

спостерігалось покращення показників вуглеводного обміну: вміст інсуліну знизився на 50%, НОМА-IR на 18% ( $p < 0,05$ ). Відмічались позитивні зміни у ліпідному спектрі крові: рівень загального холестерину зменшився на 10%, тригліцеридів на 37% ( $p < 0,05$ ). На фоні комбінованої терапії нормалізувались маркери функціонального стану печінки: рівень гамма-глутамілтрансферази знизився у 1,52 рази, лужної фосфатази – 1,95 рази ( $p < 0,05$ ); відзначено статистично значуще зниження концентрації резистину на 12%, АДМА на 37% ( $p < 0,05$ ) та підвищення рівня адипонектину на 14% ( $p < 0,05$ ) через 3 місяці спостереження. У пацієнтів з ІХС та НАЖХП, які отримували лише базисну терапію, вірогідних змін концентрації досліджуваних маркерів під впливом лікування не відбувалось. У хворих 2 групи через 3 місяці терапії порівняно із хворими 1 групи вірогідно нижчими були рівні резистину, АДМА та інсуліну на 25%, 33% та 52% відповідно ( $p < 0,05$ ), в той час як рівень адипонектину був на 40% вищим ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Базисна терапія з додаванням L-аргініну та УДХК через 3 місяці лікування зменшує прояви інсулінорезистентності, здійснює позитивний вплив на стан ендотеліальної дисфункції, покращує баланс адипоцитокінів, що обґрунтовує доцільність використання цієї комплексної фармакотерапії у хворих на ішемічну хворобу серця, асоційовану з неалкогольною жировою хворобою печінки.

**УДК 616.71-007.23:[616.12-005.4:618.173]-07**  
**ОЦІНКА СТАНУ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У**  
**ЖІНОК З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В**  
**ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ЗАЛЕЖНО**  
**ВІД ВІКУ**

**Михайловська Н.С., Стецюк І.О.**

*Запорізький державний медичний університет*

**Актуальність.** Морфо-функціональний стан кісткової тканини залежить від багатьох чинників, серед яких провідними є вік, стать та наявність супутньої патології. У жінок, хворих на ІХС, особли-

вості ремоделювання кісткової тканини залежно від віку вивчені недостатньо.

**Мета дослідження:** оцінити ризик розвитку остеопорозних переломів та стану мінеральної щільності кісткової тканини у жінок з ішемічною хворобою серця в постменопаузальному періоді в залежності від віку.

**Матеріали і методи:** до відкритого проспективного когортного дослідження залучено 92 жінки в постменопаузальному періоді з діагнозом ІХС: стенокардія напруги II-III ФК (середній вік  $64,59 \pm 1,02$  років, середня тривалість постменопаузального періоду  $15,65 \pm 3,50$  років), що були розподілені за віком: 1 група – 10 жінок у віці 45-54 роки, 2 група – 35 жінок у віці 55-64 роки, 3 група – 32 жінки у віці 65-74 років, 4 група – 15 жінок у віці понад 75 років. Контрольна група – 12 здорових жінок (середній вік  $53,29 \pm 2,29$  років). За допомогою імуноферментного методу проводили дослідження рівня остеокальцину, остеопротегерину, гомоцистеїну. Ультразвукову остеоденсітометрію здійснювали за загальноприйнятою методикою на апараті Omnisense 7000. Для визначення 10-річного ризику виникнення переломів використовували алгоритм FRAX. Статистичну обробку результатів проводили відповідно до критеріїв доказової медицини.

**Результати та їх обговорення:** При оцінці ступеня виразності порушень стану мінералізації кісткової тканини за T-критерієм у жінок з ІХС в постменопаузальному періоді виявлено його вірогідне збільшення ( $p < 0,05$ ) залежно від віку: T-критерій для фаланги, променевої та великогомілкової кістки у віці 45-54 роки склав  $-0,59 \pm 0,54$  SD,  $-1,78 \pm 0,81$  SD,  $-0,58 \pm 0,67$  SD, у віці 55-64 роки –  $-1,16 \pm 0,20$  SD,  $-2,14 \pm 0,25$  SD,  $-0,76 \pm 0,25$  SD, у віці 65-74 роки –  $-2,01 \pm 0,25$  SD,  $-2,18 \pm 0,27$  SD,  $-1,30 \pm 0,32$  SD, у віці понад 75 років –  $-2,15 \pm 0,30$  SD,  $-2,32 \pm 0,56$  SD,  $-1,64 \pm 0,89$  SD відповідно. Встановлено вірогідне ( $p < 0,05$ ) підвищення концентрації біомаркерів кісткового ремоделювання залежно від віку: порівняно з жінками, хворими на ІХС у віці 45-54 роки концентрація гомоцистеїну у жінок віком 55-64 роки зросла на 20,93%, у жінок віком 65-74 роки – на 44,29%, у жінок віком понад 75 років – на 63,50%; концентрація остеокальцину зросла на 15,98 %, 23,55 %, 22,14 % відповідно. Концентрація остеопротегерину знижувалась паралельно зі збільшенням віку пацієнток і

була мінімальною у жінок віком понад 75 років (209,26 пг/мл проти 236,88 пг/мл у жінок віком 45-54 роки). Спостерігалось зростання 10-річного ризику розвитку остеопорозних переломів за алгоритмом FRAX: порівняно з групою жінок у віці 45-54 років в групі жінок віком 55-64 роки цей показник збільшився у 1,5 рази, у жінок віком 65-74 роки – у 3,75 рази, у жінок віком понад 75 років – у 4,5 рази при оцінці ризику для фаланги пальця; для променевої кістки відповідні показники зростали у 1,4 рази, 1,85 рази, 2,1 рази; для великогомілкової кістки – у 1,3 рази, 2,3 рази, 2,7 рази відповідно ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** У постменопаузальному періоді для жінок, хворих на ІХС, характерно зниження мінералізації кісткової тканини, виникнення дисбалансу рівня кісткових біомаркерів та підвищення ризику розвитку остеопорозних переломів, що зростає паралельно зі збільшенням віку.

**Перспективи подальших досліджень:** дослідити вплив надмірної маси тіла на концентрацію біомаркерів кісткового ремоделювання.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ АТОРВАСТАТИНУ В ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ПОХИЛОГО ВІКУ**

**Найдьонова О.В., Богатирьова Т.В.,**

*Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна*

**Мета:** оцінити ефективність та безпечність аторвастатину у хворих з МС похилого віку.

**Матеріали та методи.** У дослідження було включено 19 пацієнтів, (чоловіків – 10, жінок – 9), середній вік  $68,92 \pm 4,8$  років, з МС, які отримували стабільну терапію на протязі 4 тижнів. Всім пацієнтам був призначений аторвастатин у дозі 20 мг/добу та проведена консультація щодо раціонального харчування та виконання фізичних навантажень. Напочатку дослідження та через 3 місяці були визначені ліпідний профіль, рівень трансаміназ, креатинфосфокінази (КФК), глюкози.