

С-РЕАКТИВНИЙ БІЛОК ЯК ОДИН ІЗ КОМПОНЕНТІВ ДІАГНОСТИКИ ТА СТРАТИФІКАЦІЇ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

©Н. С. Михайловська, Л. Є. Міняйленко

Запорізький державний медичний університет

Мета роботи: встановити особливості клінічного перебігу і структурно-функціональних змін серця залежно від концентрації високочутливого СРБ та на основі отриманих даних з'ясувати роль високочутливого СРБ у стратифікації ризику пацієнтів зі стабільною стенокардією напруження.

Матеріали та методи дослідження: обстежено 86 хворих на ІХС, стабільну стенокардію напруження II–III функціональних класів (середній вік $(62,53 \pm 1,06)$ р). До 1 гр. увійшли 13 хворих з концентрацією $hs\text{-CRP} < 1$ мг/л, що відповідає низькому кардіоваскулярному ризику; до 2 гр. – 23 хворих з концентрацією $hs\text{-CRP}$ в межах 1–3 мг/л (середній кардіоваскулярний ризик); до 3 гр. 50 хворих з концентрацією $hs\text{-CRP} > 3$ мг/л (високий кардіоваскулярний ризик). Крім загальноприйнятих клініко-лабораторних методів обстеження хворим проводили еходоплерокардіоскопію за допомогою ультразвукового сканера «SONOACE» 8000SE». Рівень вч-СРП досліджували методом імунотурбідиметрії з латексним посиленням. Результати дослідження оброблені із застосуванням статистичного пакета ліцензійної програми «STATISTICA® for Windows 6.0».

Отримані результати. У хворих 2 та 3 гр. порівняно з хворими 1 гр., частіше спостерігались порушення серцевого ритму та провідності, відмічався більш високий функціональний клас та стадія серцевої недостатності, відзначали вірогідно вищі

рівні ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ, фібриногену, лейкоцитів та ШОЕ ($p < 0,05$). За даними Ехо-КС, у хворих 2 та 3 груп, порівняно з 1 групою, вірогідно переважали кінцеводіастолічний та кінцевосистолічний об'єм лівого шлуночка, індекс маси міокарда, товщина стінок лівого шлуночка (ЛШ), при суттєво меншій ФВ ЛШ ($p < 0,05$) та переважання кількості хворих з концентричною та ексцентричною гіпертрофією ЛШ. У хворих 3 групи, порівняно з хворими 2 групи, вірогідно вищий рівень ЛПНЩ, фібриногену та менший рівень ЛПВЩ; за даними ЕХО КС вірогідних відмінностей між 2 та 3 групами не виявлено. Встановлений позитивний кореляційний зв'язок між вч-СРБ та рівнем ЗХС ($r = +0,53$; $p < 0,05$), ЛПНЩ ($r = +0,43$; $p < 0,05$), фібриногеном ($r = +0,45$; $p < 0,05$), ІММ ЛШ ($r = +0,42$; $p < 0,05$), КДО ЛШ ($r = +0,44$; $p < 0,05$), КСО ЛШ ($r = +0,47$; $p < 0,05$) та від'ємний з ФВ ЛШ ($r = -0,50$; $p < 0,05$), ЛПВЩ ($r = -0,53$; $p < 0,05$), VE/VAm ($r = -0,63$; $p < 0,05$), що свідчить про патогенетичний взаємозв'язок цього традиційного інфламаторного маркера з процесами атеротромбозу та кардіоваскулярного ремоделювання.

Висновки. Дослідження рівня вч-СРБ доцільно застосовувати в практиці сімейного лікаря як важливий скринінговий фактор оцінки перебігу ішемічної хвороби серця, що дозволить виділити хворих з підвищеним ризиком серцево-судинних ускладнень та своєчасно провести фармакологічну корекцію виявлених порушень.