



динної стінки (монітор «ABPM-04», Meditech, Угорщина), Холтер-ЕКГ (ЕКГ «ЕС-3Н», Labtech, Угорщина). Концентрацію глюкози в крові визначали глюкозооксидазним методом, HbA_{1c} – методом високочутливої іонообмінної рідинної хроматографії, 25-гідрокси-вітамін D (25(OH)D) – радіоімунним методом (CIS Bio International, Франція). Статистичний аналіз: варіаційно-статистичний метод з використанням параметричного критерія Стюдента, t-критерія Фішера [ANOVA (MicroCal Origin v. 8.0)]. Роботу проведено згідно принципів Гельсінської декларації.

Результати. В результаті проведених досліджень встановлено, що показники концентрації HbA_{1c} , а також препрандіальної глікемії в крові обстежених хворих на ЦД 2 типу вірогідно значуще не відрізнялися ($p > 0,05$). Виникнення субклінічної стадії КАН супроводжувалось зниженням показника квадратного кореня від суми квадратів різниць послідовних пар інтервалів RR (RMSSD) (-17,5 %, $p < 0,05$), високочастотних коливань (HF) (-20,1 %, $p < 0,05$), концентрації 25(OH)D (-14,6 %, $p < 0,05$) та підвищенням швидкості поширення пульсової хвилі (ШППХ) (+14,6 %, $p < 0,001$) у порівнянні з результатами, отриманими в групі пацієнтів без КАН. Рівень 25(OH)D склав $44,76 \pm 1,92$ нмоль/л, а саме серед 47,7 % пацієнтів діагностовано недостатність вітаміну D, серед 11,4 % – дефіцит. У пацієнтів із клінічною стадією КАН часові параметри варіабельності ритму серця (BPC), низькочастотні коливання (LF) (-17,4 %, $p < 0,05$) and HF (-12,3 %, $p < 0,05$) були значно нижчі в порівнянні з субклінічною стадією. Середній рівень ШППХ становив $10,95 \pm 2,3$ м/с, зокрема у 19,6 % був визначений як нормальний, у 47,8 % – підвищений та у 32,6 % – патологічний. Середній рівень вітаміну D склав $39,44 \pm 2,02$ нмоль/л, дефіцит діагностовано у 26,1 %, недостатність – у 47,8 % випадків. За умови розвитку функціонально-органічної стадії зафіксовано статистично вірогідне пригнічення як часових, так і спектральних показників BPC. Середні значення систолічного (+38,2 %, $p < 0,05$) та діастолічного (+46,9 %, $p < 0,05$) добових індексів були значно вищі серед пацієнтів даної групи.

Встановлено прямий взаємозв'язок між концентрацією вітаміну D, активністю парасимпатичної ланки ВНС (RMMSD, HF) та зворотній з ШППХ ($p < 0,05$).

Висновки. Розвиток кардіальної автономної нейропатії пов'язаний з підвищенням жорсткості судинної стінки, порушеннями добових індексів артеріального тиску та розвитком недостатності вітаміну D. Отримані результати свідчать, що зниження жорсткості судинної стінки, нормалізацію добового профілю артеріального тиску та концентрації вітаміну D доцільно визначити як терапевтичні цілі для ведення пацієнтів із кардіальною автономною нейропатією та цукровим діабетом 2 типу.

ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ КАРДІОГЕМОДИНАМІКИ ПІД ВПЛИВОМ СТАНДАРТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ ЗА УМОВ КОМОРБІДНОСТІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

¹К.мед.н. Сипало А. О., ²к.мед.н., доц. Дунаєва І. П., ¹д.мед.н., проф. Кравчун П. Г.

¹Харківський національний медичний університет МОЗ України,

²Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Вступ. На сьогоднішній день когорта хворих з коморбідною патологією ішемічної хвороби серця (ІХС) та цукрового діабету (ЦД) 2 типу потребує персоніфікованого підходу лікування з метою зниження негативних кардіоваскулярних подій та профілактики серцево-судинної смертності.

Мета. Оцінити показники кардіогеодинаміки під впливом стандартної терапії у хворих за умов коморбідності ішемічної хвороби серця та цукрового діабету 2 типу.



Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 75 хворих на ІХС та ЦД 2 типу, які перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні КНП «Міська клінічна лікарня №27». Хворі отримували стандартне лікування відповідно до протоколів надання медичної допомоги хворим на ІХС та ЦД 2 типу, що включало інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, діуретики, бета-блокатори, за призначенням нітрати, у ролі антиагрегантної терапії - ацетилсаліцилова кислота в дозі 75-100 мг/доб, пероральні цукрознижувальні препарати в комплексі з ліпідознижуючою терапією. Ехокардіографічне дослідження проводили за стандартною методикою (Фейгенбаум Х., 1999) на ультразвуковому апараті RADMIР (Ultima PRO 30) (Харків, Україна). У М-режимі визначали такі параметри лівого шлуночка (ЛШ): кінцевий діастолічний розмір (КДР) (мм), кінцевий систолічний розмір (мм), товщину задньої стінки (ТЗСЛШ) (мм), товщину міжшлуночкової перетинки (ТМШП) (мм). Кінцевий діастолічний і систолічний об'єми (см³) ЛШ обчислювали за методом Simpson (1991), після чого обчислювали фракцію викиду ЛШ (%). Маса міокарда ЛШ обчислювали за формулою (Devereux R. і співавт., 1986): $1,04 \times [(ТМШП + ТЗСЛШ + КДР)^3] - [КДР]^3 - 13,6$. Також визначали розмір лівого передсердя (см) та аорти (см). Діастолічна функція ЛШ досліджувалася шляхом реєстрації доплерівського трансмітрального діастолічного потоку. Визначали максимальні швидкості раннього (Е) (см/с) і пізнього (А) (см/с) наповнення ЛШ, їх співвідношення (Е/А) (од), час ізволюметричного розслаблення ЛШ (мс). Структуру діастолічного наповнення ЛШ класифікували відповідно до традиційних критеріїв (Алехин М. Н., Седов В. П., 1997). Псевдонормальний тип трансмітрального діастолічного потоку ідентифікували за допомогою проби Вальсальви.

Результати. Запропонована схема лікування хворих на ІХС та ЦД 2 типу позитивно впливала на показники кардіогемодинаміки. Так, після лікування відбувалося достовірне зменшення товщини стінок на 8,2 % ($p < 0,05$), маси міокарда та розмірів ЛШ на 7,6 %, ($p < 0,05$) і збільшення скорочувальної здатності міокарда на 5,9 % ($p < 0,05$). Проведена терапія обумовила зниження систолічного артеріального тиску на 19,7 % ($p < 0,05$), діастолічного артеріального тиску на 9,8 % ($p < 0,05$), частоти серцевих скорочень на 13 % ($p < 0,05$), пульсу на 12,3 % ($p < 0,05$), що свідчить про стабілізацію гемодинаміки у пацієнтів на тлі проведеної терапії.

Висновки. Проведене лікування хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу призводило до позитивної динаміки параметрів морфо-функціонального стану лівого шлуночка шляхом зменшення об'ємів і розмірів його порожнин, що свідчить про стабілізацію гемодинамічних показників на тлі проведеної терапії.

ВИКОРИСТАННЯ ОПИТУВАЛЬНИКА IWQOL-LITE ДЛЯ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ ТА ОЖИРІННЯМ

**К.мед.н., доц. Солов'юк О. О., к.мед.н., доц. Назаренко О. В.,
к.мед.н., доц. Кулинич Р. Л.**

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) 1 типу є поширеним ендокринологічним захворюванням, яке характеризується порушенням усіх видів метаболізму, а також призводить до розвитку хронічних ускладнень, що супроводжується зниження якості життя (ЯЖ). Певна частина хворих на ЦД 1 типу мають ожиріння, що змушує розглядати цю категорію хворих з позицій коморбідності. Дослідження впливу зайвої ваги на ЯЖ у хворих на ЦД 1 типу є актуальною проблемою сучасної ендокринології.