

$p_1 < 0,01$, $p_2 < 0,05$) і $0,83 \pm 0,03$ відн. од/хв ($p < 0,001$, $p_1 < 0,001$, $p_2 < 0,001$, $p_3 < 0,001$). У пацієнтів з ЦД2 без верифікованих ССЗ спостерігалось значне збільшення концентрації TXB_2 ($p < 0,001$ щодо контрольної групи) і зменшення вмісту $6\text{k-PGF}_{1\alpha}$ (відповідно, $p < 0,01$). Приєднання і прогресування ДКВН супроводжувалось подальшими негативними змінами стану системи $\text{PGE}_2\text{-TXA}_2$. Одночасно спостерігалось зменшення вмісту $6\text{k-PGF}_{1\alpha}$ і збільшення концентрації TXB_2 в сечі. У хворих на ЦД2 з ДКВН спостерігалось підвищення рівня ЕТ-1 в крові. У хворих на ЦД2 без верифікованих ССЗ вміст NT-proBNP становив $+20,8\%$ щодо контрольної групи ($p > 0,05$); за субклінічної стадії ДКВН - $+61,5\%$ відносно контрольної групи ($p < 0,001$); $+33,7\%$ - показників, отриманих у пацієнтів із ЦД2 без ССЗ ($p < 0,001$); за функціональної - $+90,1\%$ - контрольної групи ($p < 0,001$), $+57,4\%$ - хворих на ЦД2 без ССЗ ($p_1 < 0,001$) та $+17,7\%$ відносно субклінічної стадії ДКВН ($p_2 < 0,05$); за функціонально-органічної - $+67,8\%$ [в порівнянні з субклінічною ($p_2 < 0,001$), $+42,6\%$ [в порівнянні з функціональною ($p_3 < 0,001$)]. Встановлено пряму кореляційну залежність між концентрацією NT-proBNP та масою міокарда лівого шлуночка (ММ ЛШ), $r = 0,6$; $p < 0,01$; пряму кореляційну залежність між концентрацією NT-proBNP та показниками індексу ІММ ЛШ ($r = 0,51$; $p < 0,05$).

Висновки: ДКВН у хворих на ЦД2 характеризувалась значним зростанням швидкості агрегації тромбоцитів, що свідчило про їх значно підвищену агрегаційну здатність. ДКВН у хворих на ЦД2 супроводжувалась збільшенням концентрації TXB_2 , співвідношення $\text{TXB}_2/6\text{k-PGF}_{1\alpha}$ і зменшенням вмісту $6\text{k-PGF}_{1\alpha}$ в крові та сечі. У хворих на ЦД2 з субклінічною стадією ДКВН виявлено значне підвищення вмісту ЕТ-1 в крові, що можна вважати раннім чутливим маркером приєднання діабетичної кардіоваскулярної нейропатії серця. Збільшення концентрації NT-proBNP у крові пацієнтів з ЦД2 корелювало з приєднанням та/або прогресуванням ДКВН; достовірно і незалежно пов'язане зі зростанням ММ ЛШ та індексу маси міокарда лівого шлуночка.

ЖОРСТКІСТЬ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ З КАРДІОВАСКУЛЯРНОЮ АВТОНОМНОЮ НЕЙРОПАТІЄЮ

В.Б. Сегін, В.О. Сергієнко, О.О. Сергієнко

Національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

Мета роботи: вивчити параметри добового моніторингу жорсткості (ригідності) артерій у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД2) з кардіоваскулярною автономною нейропатією (ДКВН).

Обстежено 65 хворих на ЦД2, з них 12 пацієнтів без верифікованих серцево-судинних захворювань (ССЗ) і ДКВН, 14 хворих з субклінічною стадією ДКВН, 18 – з функціональною, 21 – з функціонально-органічною. Пацієнти не відрізнялися за віком, показниками ІМТ, супутньою патологією ($p > 0,05$). Контроль – 12 практично здорових осіб, порівняних з хворими за віком і ІМТ ($p > 0,05$). ДКВН верифікували за змінами, виявленими при проведенні 5 стандартних автономних тестів серцево-судинних рефлексів, ЕКГ, векторкардіографії, добового моніторингу ЕКГ і АТ (ДМАТ), ехокардіографії. З метою оцінки пружно-еластичних властивостей артерій протягом доби, активного і пасивного періодів доби застосовували метод осцилометрії за допомогою TensioMed™ Arteriograph 24 (Угорщина). Визначали індекс аугментації аорти (ІАао) та плечової артерії (ІАбр), швидкість поширення пульсової хвилі в аорті (ШППХ), амбулаторний індекс жорсткості артерій (АІЖА), параметри ДМАТ. Статистич-

ний аналіз: ANOVA (MicroCal Origin v. 8,0). Робота проведена згідно з принципами Гельсінської декларації (2004).

Встановлено, що у пацієнтів із ЦД2 без ССЗ і ДКВН параметри жорсткості не змінювались, проте спостерігалась тенденція до їх підвищення в порівнянні з контролем. У пацієнтів з субклінічною стадією ДКВН виявлено подальше збільшення жорсткості судинної стінки протягом доби, а саме ІАао = $+22,1\%$, $p < 0,05$; ІАбр $+41,9\%$, $p < 0,05$; ШППХ $+13,5\%$, $p < 0,01$; АІЖА $+16,7\%$, $p < 0,05$ по відношенню до хворих на ЦД2 без ССЗ і ДКВН. Середнє значення ШППХ перевищувало фізіологічне та розцінювалось як підвищене (10,1 м/с). Параметри ригідності артерій протягом доби у пацієнтів з функціональною стадією перевищували фізіологічні і розцінювались як підвищені. ІАао = $+26,2\%$, $p < 0,01$; ІАбр $+66,2\%$, $p < 0,001$; ШППХ $+24,7\%$, $p < 0,001$; АІЖА $+30,6\%$, $p < 0,01$ по відношенню до хворих на ЦД2 без ССЗ. Рівень ШППХ вірогідно відрізнявся від аналогічного у хворих із субклінічною стадією ($+9,9$, $p < 0,05$). Функціонально-органічна стадія характеризувалась підвищеними і патологічними змінами жорсткості артерій, а саме: ІАао $+37,8\%$, ІАбр $+81,2\%$, ШППХ $+37,1\%$, АІЖА $+55,6\%$, $p < 0,001$ (по відношенню до хворих на ЦД2 без ССЗ і ДКВН). Рівні ШППХ і АІЖА статистично вірогідно відрізнялись від аналогічних у пацієнтів з субклінічною ($+20,8\%$ і $+33,3\%$, $p < 0,001$) і функціональною стадією ($+9,9\%$ і $19,2\%$, $p < 0,05$).

Особливістю субклінічної стадії ДКВН у хворих на ЦД2 є статистично вірогідне збільшення показників ІАао, ІАбр і ШППХ в активний період доби ($+23,6\%$, $p < 0,05$; $42,7\%$, $p < 0,05$; $7,5\%$, $p < 0,01$) і пасивний період $+20,8\%$, $p < 0,05$; $44,5\%$, $p < 0,05$; $15,1\%$, $p < 0,01$) – по відношенню до хворих на ЦД2 без ССЗ і ДКВН. Функціональна стадія ДКВН відрізнялась від субклінічної статистично вірогідним збільшенням ІАбр в пасивний період доби ($p < 0,05$), ШППХ в активний і пасивний періоди доби ($+9,0\%$ і $+14,1\%$, $p < 0,05$). Функціонально-органічна стадія характеризувалась подальшим збільшенням ШППХ в активний і пасивний періоди доби ($+9,2\%$ і $+12,4\%$, $p < 0,05$).

Висновки. Відмінною особливістю субклінічної стадії ДКВН у хворих на ЦД2 є статистично вірогідне збільшення ІАао, ІАбр і ШППХ в активний і пасивний періоди доби (по відношенню до показників у хворих на ЦД2 без верифікованих ССЗ і ДКВН). ШППХ протягом доби перевищувала фізіологічні показники і розцінювалась як підвищена. Функціональна стадія ДКВН відрізнялась від субклінічної статистично вірогідним збільшенням ІАбр в пасивний період доби; ШППХ протягом доби, активний і пасивний періоди. Функціонально-органічна стадія характеризувалась переважно підвищеними і патологічними змінами параметрів жорсткості артерій. Неінвазивна артеріографія, оцінка пружно-еластичних властивостей артерій може бути базисом алгоритму ранньої діагностики ДКВН, що дозволить поліпшити ранню діагностику та оптимізувати шляхи корекції виявлених порушень.

ЭФФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРЕГНАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОК С ДОМИНИРОВАНИЕМ АНДРОГЕНОВ И РЕПРОДУКТИВНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Л.Н. Семенюк

Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МОЗ Украины, г. Киев

В настоящее время при изучении патогенетических механизмов различных нейроэндокринных заболеваний, в том числе гинекологических, наряду с исследованием гормо-