

масою тела, но не с ожирением, может свидетельствовать о повышенном риске метаболических нарушений в этой группе больных и требует дальнейшего изучения.

## ОЖИРІННЯ – РАНИЙ ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ ГАСТРОПАРЕЗУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

I.O. Костицька

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ

Досягнення компенсації вуглеводного обміну – один із найкращих методів попередження прогресування хронічних ускладнень цукрового діабету (ЦД). Не зважаючи на використання нових класів цукрознижувальних препаратів, неупинно зростає кількість випадків серцево-судинних катастроф у пацієнтів з декомпенсованими формами чи лабільним перебігом ЦД 2 типу. Вважають, що одним із численних патогенетичних механізмів розвитку даного стану є діабетична автономна нейропатія шлунково-кишкового тракту. На сьогодні, науковці ведуть пошук нових діагностичних алгоритмів діабетичного гастропарезу (ДГ) у пацієнтів з ожирінням.

Мета дослідження: встановити зв'язок між симптомами ДГ та ожирінням у хворих на ЦД 2 типу. Обстежено 78 пацієнтів (34 чоловіка, 44 жінки) на ЦД 2 типу віком  $48,4 \pm 6,3$  років. В залежності від ступеня ожиріння хворі на ЦД 2 типу поділені на три групи: 1-ша ( $n=30$ ) – пацієнти з ІМТ  $33,4 \pm 1,8$  кг/м<sup>2</sup>, що відповідає I ст. ожиріння; 2-га ( $n=32$ ) – особи з ознаками ожиріння II ст. (ІМТ  $37,3 \pm 1,3$  кг/м<sup>2</sup>); до 3-ої групи включено хворих ( $n=16$ ) з ожирінням III ст. (ІМТ  $41,8 \pm 1,2$  кг/м<sup>2</sup>). Усім пацієнтам проведено анкетування для оцінки ознак і симптомів гастропарезу, фізикальний огляд і 13С-октаноевий дихальний тест (13С-ОДТ). Рівень глікованого гемоглобіну ( $HbA_{1c}$ ) становив  $10,8 \pm 2,4\%$ , що свідчить про декомпенсацію основного захворювання, з частими гіпоглікемічними станами після прийому їжі. У дослідження не включалися пацієнти із захворюваннями шлунково-кишкового чи інших органів, які впливають на моторну функцію шлунка.

За результатами проведеного діагностичного алгоритму у 12 осіб (40%) 1-ої групи виявлено ознаки порушення моторно-евакуаторної функції шлунка, які характеризуються сповільненням часу напіввиведення ( $T=-89 \pm 3$  хв.) твердої їжі зі шлунка до дванадцятипалої кишки за результатами 13С-ОДТ і свідчить про дизритмію шлунка легкого ступеня, тоді як у 18 (56,3%) пацієнтів 2-ої групи встановлено уповільнення моторної функції шлунка легкого і середнього ступеня тяжкості ( $T=-96 \pm 12$  хв.). У 12 (75%) хворих 3-ої групи наявні діагностично підтвержені симптоми ДГ від легкого до важкого ступенів ( $T=-104 \pm 14$  хв.). Отже, спираючись на результати 13С-ОДТ, у 53,9% ( $n=42$ ) хворих на ЦД 2 типу встановлено прямий кореляційний зв'язок між ступенем

ожиріння і проявами дизфункції шлунка за результатами анкетування та даними дихального тесту ( $r=0,90$ ,  $r=0,89$ ,  $p<0,005$ ). Таким чином, ожиріння – незалежний предиктор сповільнення моторно-евакуаторної функції шлунка і прогресування симптомів гастропарезу у пацієнтів з ЦД 2 типу. Цей факт дозволяє запідозрити наявність патогенетичних взаємозв'язків між лабільним перебігом ЦД у пацієнтів з ожирінням внаслідок дизритмії шлунка.

## СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ У ХВОРИХ НА ТОКСИЧНИЙ ЗОБ

V.V. Кравців, Г.П. Добридень, Л.Й. Ковальська

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.Горбачевського, м. Тернопіль

Гормони щитоподібної залози при тиреотоксикозі (ТТ) є фактором розвитку і прогресування серцевої недостатності (СН). Частота СН у хворих на ТТ має місце у 12-65% випадків. Важкість СН здебільшого оцінюють за клінічними симптомами (втомою, задишкою, серцебиттям) та результатами ЕКГ і ЕКГ. Для об'єктивізації тяжкості СН рекомендуються навантажувальні проби, в т.ч. і тест шестихвилинної ходьби (ТШХ). В рекомендаціях Асоціації кардіологів України зазначається, що він може застосовуватись і для оцінки динаміки клініко-функціонального стану хворих під впливом лікування.

Мета роботи: оцінити тяжкість СН і її зміни при лікуванні ТТ за результатами ТШХ у хворих на токсичний зоб.

Проаналізовані результати ТШХ у 86 хворих (6 чоловіків і 80 жінок) на токсичний зоб. Вік пацієнтів – від 21 до 78 років. Причиною ТТ були: дифузний токсичний зоб – у 53, вузловий токсичний зоб – у 28, змішаний токсичний зоб – у 5. Тяжкий ТТ був у 65 пацієнтів і середньої тяжкості – у 21. На супутні захворювання серцево-судинної системи страждали 39 хворих. Лікування здійснювали згідно з протоколами: тиреостатична і симптоматична терапія. ТШХ проводили при поступленні в стаціонар і по завершенні лікування. Оцінювали пройдену відстань, величину споживання кисню, кількісно – суб'єктивні відчуття, які виникають при ходьбі по Borg, а також до тесту, одразу ж по його закінченні – частоту пульсу, дихання, артеріальний тиск. Клінічні стадії СН і функціональний клас (ФК) за критеріями NYHA визначали згідно з рекомендаціями Асоціації кардіологів України з діагностики, лікування та профілактики СН у дорослих (2009).

Результати статистичних обрахунків представлені в таблиці. Проведений аналіз результатів обстежень показав, що відстань ТШХ при поступленні була меншою за розрахункову при важкому ТТ на 37-43%, при ТТ середньої тяжкості – на 12-35%.

Після лікування відстань ТШХ достовірно перевищувала результати при поступленні. Такі ж зміни стосуються і показників споживання кисню. Загалом і відстань ТШХ, і споживання кисню до лікування були такими, які відповідали

**Таблиця.** Досліджувані показники ТШХ і тяжкість тиреотоксикозу

Ступінь тяжкості ТТ	Тести									
	Відстань, м		VO <sub>2</sub> , мл/кг/хв.		Приріст пульсу, %		Приріст дихання, %		Оцінка за Borg	
	до	після	до	після	до	після	до	після	до	після
Тяжкий (n=65)	337±4,1	375±4,3 <sup>2*</sup>	14,7±0,12	16,0±0,16 <sup>2*</sup>	10,0±0,44	22,8±0,46 <sup>2*</sup>	24,1±0,59	13,8±0,43 <sup>2*</sup>	9,3±0,30	5,1±0,22 <sup>2*</sup>
Середній (n=21)	365±4,12 <sup>1*</sup>	398±5,22 <sup>1*,2*</sup>	15,4±0,16 <sup>1*</sup>	16,7±0,16 <sup>1*,2*</sup>	13,2±0,25 <sup>1*</sup>	29,3±0,74 <sup>1*,2*</sup>	18,1±0,51 <sup>1*</sup>	12,1±0,65 <sup>1*,2*</sup>	6,9±0,20 <sup>1*</sup>	3,5±0,14 <sup>1*,2*</sup>

Примітка: до – до лікування, після – після лікування; <sup>1</sup> – порівняно з тяжким тиреотоксикозом, <sup>2</sup> – порівняно з даними до лікування; \* – вірогідність різниці ( $p<0,05$ )