

(Meditech, Венгрія). Математичний аналіз отриманих результатів проводився з оцінкою t-критерію Стюдента, U-критерію Вілкоксона.

Результати дослідження та їх обговорення. Виявлено, що показник середньодобового систолічного артеріального тиску (САТ) був вірогідно вищим у хворих 1-ї групи ($(157,26 \pm 5,13)$ мм рт.ст.) порівняно з пацієнтами 2-ї групи ($(143,24 \pm 4,71)$ мм рт.ст., $p < 0,05$). Аналогічна тенденція спостерігалася й для показника середньодобового діастолічного артеріального тиску (ДАТ): 1-ша група — $(96,13 \pm 2,24)$ мм рт.ст., 2-га група — $85,54 \pm 1,96$ ($p < 0,01$). Величина стандартного відхилення (СВ) САТ, що характеризує добову варіабельність АТ, за даними ДМАТ, вірогідно переважала в пацієнтів із СС та МС ($(19,24 \pm 0,72)$ %) порівняно з хворими на СС ($(15,98 \pm 0,31)$ %, $p < 0,005$). Аналогічна тенденція спостерігалась і для значення СВ ДАТ. Варіабельність АТ є важливою детермінантою ураження органів-мішеней, при медикаментозній корекції АТ слід не тільки знижувати АТ, але й намагатися зменшити його варіабельність, що особливо актуально, за отриманими нами результатами, в пацієнтів із СС та МС.

Аналізуючи показник добового індексу (ДІ), що характеризує ступінь нічного зниження АТ, виявили, що в пацієнтів як з ізольованою ішемічною хворобою серця (ІХС), так і в поєднанні з МС відбувалося зменшення значень ДІ за САТ, ДАТ та СС, причому в пацієнтів із супутнім МС ці зміни були виражені сильніше, що є прогностично несприятливим фактором та може бути зумовлено формуванням монофазної добової кривої АТ, яка є маркером дестабілізації перебігу ішемічної хвороби серця. Домінуючим типом добового ритму в хворих на СС та МС була монофазна добова крива з ДІ менше 10 % (non-dipper), яка реєструвалась у 60 % пацієнтів цієї групи. Частота виявлення такого добового профілю АТ при ізольованій СС була вірогідно меншою — 40 %. Двофазна добова крива з добовим індексом у межах 10–20 % (dipper) реєструвалась в 43,3 % хворих на СС порівняно з пацієнтами із СС та МС (16,7 % обстежених осіб). Таким чином, звертає на себе увагу той факт, що при приєднанні МС зменшується кількість пацієнтів із прогностично сприятливим профілем АТ (dipper) та стрімко зростає кількість пацієнтів із прогностично несприятливими профілями АТ.

Важливу роль у підвищенні АТ та розвитку АГ може відігравати також інсулінорезистентність як компонент МС, хоча конкретні механізми цього впливу залишаються до кінця не вивченими. Проаналізовано зміни рівня глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) в пацієнтів із СС та МС залежно від добового профілю АТ та виявлено, що в пацієнтів із прогностично сприятливим добовим профілем АТ dipper рівень HbA1c був вірогідно меншим ($(7,56 \pm 0,37)$ %) порівняно з пацієнтами, в яких реєструвалися прогностично несприятливі профілі АТ ($(8,78 \pm 0,44)$ %, $p < 0,05$). Окрім того, нами виявлено наявність значного кореляційного зв'язку частотою реєстрації під час ДМАТ несприятливих профілів АТ та рівнем HbA1c ($r = 0,6$, $p < 0,05$).

Висновок. У хворих на стабільну стенокардію та метаболічний синдром реєструються вірогідно вищі середньодобові значення систолічного та діастолічного артеріального тиску, зменшується частота виявлення прогностично сприятливого профілю артеріального тиску та збільшується частота реєстрації прогностично несприятливих типів добової кривої артеріального тиску, що свідчить про більш прогностично несприятливий перебіг артеріальної гіпертензії. Формування патологічних добових профілів артеріального тиску в пацієнтів зі стабільною стенокардією та метаболічним синдромом асоціюється зі збільшенням рівня глікозильованого гемоглобіну.

УДК 729.13:497.371-011.93.-27.20-81

Ілюшина А.А., Вівсяник В.В., Спашук Н.С.,
Заболотна Т.В., Сажин Н.І., Ісаєв О.К.

Кафедра клінічної імунології, алергології
та ендокринології

Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці

ДІАБЕТИЧНА НЕФРОПАТІЯ ТА НЕФРОПРОТЕКТОРНИЙ ЕФЕКТ ІРБЕСАРТАНУ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

Діабетична нефропатія є одним із поширених ускладнень цукрового діабету (ЦД) й однією з провідних причин виникнення хронічної хвороби нирок (ХХН) у світі. Хворі на ХХН мають високий серцево-судинний ризик, високу смертність і знижену якість життя. До того ж замісна ниркова терапія характеризується високою вартістю. Тому сьогодні існує нагальна потреба в розробці методів профілактики кінцевої стадії діабетичної хвороби нирок. У зв'язку з істотним збільшенням тривалості життя хворих на ЦД у теперішній час на перший план виходить профілактика його ускладнень та підвищення якості життя.

Метою дослідження було встановити зміни функціонального ниркового резерву в хворих на ЦД типу 2, ускладнений діабетичною нефропатією на стадії мікроальбумінурії, під впливом терапії блокаторм рецепторів до ангіотензину ірбесартаном порівняно з терапією блокатором кальцієвих каналів амлодіпіном, а також вивчити порівняльну ефективність даних препаратів.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 40 хворих із ЦД типу 2 віком 53–69 років, із діагностованим ЦД типу 2 згідно з критеріями ВООЗ. Індекс маси тіла (ІМТ) становив $29\text{--}44$ кг/м². У пацієнтів діагностували м'яку артеріальну гіпертензію (офісний артеріальний тиск (АТ) у положенні сидячи $\geq 135/85$ мм рт.ст.) або на момент включення хворим проводили антигіпертензивну терапію. Мікроальбумінурія становила $36\text{--}271$ мг/добу. Вміст креатиніну сироватки крові становив ≤ 127 мкмоль/л. Розрахункова ШКФ була ≤ 60 мл/хв/1,73 м².

Відібраних пацієнтів було рандомізовано розподілено на 2 рівні за кількістю групи ($n = 20$) для отримання

мання терапії ірбесартаном та амлодипіном. Група амлодипіну вважалася групою порівняння й була введена з огляду на великий ступінь ризику розвитку серцево-судинних ускладнень при веденні пацієнтів з артеріальною гіпертензією й діабетичною нефропатією без антигіпертензивної терапії. На момент включення в дослідження пацієнти приймали для зниження артеріального тиску препарати з груп інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту, блокаторів рецепторів до ангіотензину. Період лікування тривав 9 тижнів. Дозування ірбесартану проводилось у діапазоні від 150 до 300 мг один раз на добу з корекцією дози в разі недостатнього антигіпертензивного ефекту кожні 2 тижні до досягнення цільового $AT \leq 130/80$ мм рт.ст. Наприкінці дослідження всі пацієнти групи ірбесартану отримували препарат у дозі 300 мг. Дозування амлодипіну проводилось у діапазоні від 5 до 10 мг один раз на добу з корекцією дози в разі недостатнього антигіпертензивного ефекту до досягнення цільового $AT \leq 130/80$ мм рт.ст.

Результати дослідження та їх обговорення. На початку дослідження групи пацієнтів були порівнянні за віком, статтю, тривалістю перебігу ЦД, отримуваною цукрознижувальною терапією, рівнем добової екскреції альбуміну з сечею, а також морфометричними показниками і показниками офісного АТ (різниця була невірогідною, $P > 0,05$). Проте спостерігалися вірогідні ($P < 0,01$) відмінності в показниках глікозильованого гемоглобіну (HbA1c був на 0,94 % вищим у групі амлодипіну (9 %)), ліпідів крові (загальний холестерин був на 0,81 ммоль/л (11,3 %) вищим у групі ірбесартану, тригліцериди — на 0,29 ммоль/л (11,12 %, $P < 0,02$) вищими в групі амлодипіну, ЛПНЩ — на 1,2 ммоль/л (19,6 %) вищими в групі амлодипіну). Таким чином, обидві групи пацієнтів були декомпенсованими за показниками глікемічного контролю, ліпідів крові та артеріального тиску. Крім того, пацієнти досліджуваних груп мали істотно знижені резервні функціональні можливості нирок, які визначалася за зниженням приросту ШКФ менш ніж на 4 % ($3,91 \pm 2,77$) % у групі ірбесартану й ($1,99 \pm 2,76$) % у групі амлодипіну (різниця невірогідна, $P > 0,05$).

Висновки. Отримані в процесі лікування дані свідчать про істотні відмінності в ефективності двох препаратів щодо здатності впливати на функціональний стан нирок. Терапія ірбесартаном приводить до покращення функціонального стану нирок хворих на діабетичну нефропатію, що виявляється у зменшенні екскреції альбуміну з сечею й пов'язано зі збільшенням функціонального ниркового резерву. Покращення функціонального стану нирок при лікуванні ірбесартаном відбувається не тільки за рахунок впливу на ренін-ангіотензин-альдостеронову систему, а також завдяки покращенню метаболічних показників. Виявлено позитивний вплив ірбесартану на добовий ритм артеріального тиску в хворих на діабетичну нефропатію, що є складовою його нефропротекторного ефекту.

УДК 616.61:616.54-001.39-75

Ілюшина А.А., Кушнір Л.Д., Вівсьянник В.В., Бойко Л.Д., Сажин Н.І., Гретчин В.М.

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ОЦІНКА ВПЛИВУ ЛІКУВАННЯ АТОРВАСТАТИНОМ НА ЛІПІДНИЙ ПРОФІЛЬ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2

Хвороби системи кровообігу посідають перше місце в структурі смертності населення та представлені в основному ішемічною хворобою серця (ІХС), патогенетичною основою якої є атеросклеротичне ураження кровоносних судин. Одним із найбільш несприятливих факторів, що впливають на перебіг ІХС та показники серцево-судинної смертності, є цукровий діабет (ЦД), поширеність якого набула характеру пандемії та продовжує зростати. У наш час статини прийнято вважати гіполіпідемічними препаратами вибору в разі первинної та вторинної профілактики серцево-судинних захворювань. Тому **метою дослідження** була оцінка впливу аторвастатину (Лівостор) таблетки по 40 мг на ліпідний профіль та прогресування коронарного атеросклерозу в хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет другого типу.

Матеріал і методи дослідження. Проведено динамічне обстеження та лікування 43 пацієнтів з ІХС та ЦД 2-го типу. Пацієнтів обстежили згідно з протоколом, який включав загальноклінічні тести, визначення рівнів глюкози, інсуліну, глікозильованого гемоглобіну, глікемічного профілю, ліпідного спектра крові. До обов'язкового обсягу досліджень також було включено добовий моніторинг артеріального тиску та ехокардіографію. Всім пацієнтам призначали комплексну терапію, яка включала всі класи препаратів із достатньою доказовою базою (статины, аспірин, бета-блокатори, інгібітори АПФ). Як ліпідознижувальну терапію пацієнтам призначали препарат аторвастатин у дозі 40 мг 1 раз на добу. Після 3 міс. лікування повторно визначали ліпідний спектр крові, рівні глюкози та інсуліну натще, базисну гіпоглікемічну терапію в пацієнтів із ЦД впродовж дослідження не змінювали.

Під час контрольного обстеження пацієнтам повторно проводили весь комплекс досліджень із коронароангіографією. До першої групи увійшли 17 хворих (середній вік — $(56,7 \pm 7,66)$ року), які отримували призначену терапію постійно та в повному обсязі; до другої — 19 осіб (середній вік — $(61,37 \pm 6,94)$ року) із середнім комплайенсом (терапію отримували частково або з перервами); до третьої групи увійшли 7 пацієнтів (середній вік — $(57,79 \pm 11,31)$ року), які припинили застосування ліків після виписки зі стаціонару.

Результати дослідження та їх обговорення. У нашому дослідженні отримані дані свідчать про гіполі-