

Детекцію поліморфізму $G^{894} \rightarrow T$ у гені eNOS проводили методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Розподіл гомозигот відповідав закону Харді — Вайнберга. Вірогідну відмінність у розподілі вибірок визначали за критерієм χ^2 . Значення $p < 0,05$ вважали вірогідним.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз генотипів показав, що при розподілі алельних варіантів 7-го екзона гена eNOS ($G^{894} \rightarrow T$ поліморфізм) і в контрольній, і в основній групі пацієнтів переважав гетерозиготний генотип G/T. Так, у контролі його частота становила 48,8 %, в основній групі хворих — 43,6 %. Гомозиготний генотип G/G у контрольній групі спостерігався в 39,8 % та гомозиготний генотип за рідкісним алелем T/T — тільки в 11,2 % осіб. Серед хворих на ЦД 2-го типу, ускладнений ДП, генотипи розподілялись таким чином: генотип G/G встановлений у 40,1 % (44 особи), гетерозиготний генотип G/T — у 43,6 % (48 особи) та гомозиготний генотип за рідкісним алелем T/T — у 18 осіб (16,3 %).

Виявлені особливості ЕНМГ параметрів в основній групі хворих із ДП за розподілом генотипів. У пацієнтів із гомозиготним генотипом G/G спостерігали нижчі показники амплітуд та швидкостей при тестуванні великогомілкового та малогомілкового нервів нижніх кінцівок порівняно з хворими з гетерозиготним генотипом G/T. Амплітуда моторної відповіді була знижена на 16,9 % при стимуляції малогомілкового нерва та 14,5 % при стимуляції великогомілкового нерва; швидкість проведення збудження — на 9,4 та 9,1 % відповідно, однак ці значення були статистично невірогідними. У хворих із гомозиготним генотипом T/T за рідкісним алелем простежувались найнижчі показники амплітуд: зниження на 26,7 % при дослідженні малогомілкового нерва та на 25,8 % — великогомілкового ($p \leq 0,05$); швидкості знижувалися на 6,8 та 6,9 % відповідно ($p > 0,05$).

Висновок. Генетично зумовлений ризик появи уражених ознак діабетичної полінейропатії в хворих на цукровий діабет 2-го типу ймовірно ($p \leq 0,05$) асоційований із наявністю гомозиготного генотипу за рідкісним алелем T/T гена ендотеліальної NO-синтази, оскільки у хворих із цим генотипом спостерігали найсуттєвіші електронейрографічні ознаки аксонопатії.

УДК 616.67:623.59-002.22.-19.22-17

Зуб Л.О., Калугін В.О., Вівсьяник В.В., Спащук Н.С.,
Воронюк А.Г., Вишневська Л.Т.
Кафедра внутрішньої медицини
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці

ВМІСТ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-10 В КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II–III СТАДІЇ З УРАЖЕННЯМ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

У теперішній час є достатня кількість даних, що вказують на значну роль різних цитокінів і хемокинів у патогенезі хронічної хвороби нирок.

Метою нашого дослідження було вивчити концентрацію інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) у сироватці крові хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) II–III стадії в поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки (ЕВУШДПК).

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 66 хворих (52 жінки та 14 чоловіки) віком $67,5 \pm 1,4$ року (дані представлені як середні $\pm$ стандартна помилка), яких було розподілено на дві групи: I група з ХХН II–III стадії ($n = 42$) з наявністю ЕВУШДПК, II групу становили 24 хворих із ХХН II–III стадії без ЕВУШДПК. Діагноз ХХН встановлювали згідно з класифікацією ХХН за швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ). У всіх пацієнтів було розраховано індекс маси тіла (ІМТ). Концентрацію ІЛ-10 у сироватці крові визначали імуноферментним методом (ELISA). Статистичну обробку проводили за допомогою t-критерію Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами виявлено зниження рівня ІЛ-10 у I групі — $(83,9 \pm 4,1)$ пг/мл порівняно з показниками II групи обстежених без ЕВУШДПК $(101,9 \pm 4,6)$ пг/мл при нормі $(200,0 \pm 4,89)$ пг/мл ($p < 0,05$). При вивченні кореляційних взаємозв'язків у загальній групі обстежених хворих знайдено наявність оберненого кореляційного взаємозв'язку рівня ІЛ-10 з ІМТ ($r = -0,76$) ($p < 0,05$).

Висновок. У хворих із поєднаною патологією спостерігається зниження сироваткового рівня інтерлейкіну-10, який ще більше знижується з підвищенням індексу маси тіла, що в подальшому може сприяти погіршенню перебігу хронічної хвороби нирок II–III стадії в поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки та потребує дієтичної та медикаментозної корекції.

УДК 616.12-009.72-06:616.12-008.331

Ілащук Т.О., Бачук-Понич Н.В., Малишевська І.В.
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВИХ РИТМІВ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ ТА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ

Наявність метаболічного синдрому (МС) у хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) асоціюється з ранніми ознаками ураження серцево-судинної системи та розвитком серцево-судинних та ниркових подій.

Метою дослідження було вивчення добових змін артеріального тиску в пацієнтів зі стабільною стенокардією та метаболічним синдромом.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 60 хворих на стабільну стенокардію (СС), АГ та МС (1-ша група — пацієнти зі СС та МС, 2-га група — хворі з СС без МС), яким проведено добове моніторування артеріального тиску (АТ) (ДМАТ) впродовж 24 годин за допомогою моніторного комплексу АВРМ-02/М

(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 блокування рецепторів до ангіотензину ірбесартаном порівняно з терапією блокатором кальцієвих каналів амлодипіном, 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