



групі порівняння відмічалася тільки невірогідна тенденція до зниження даного показника Концентрація вТ₃ зазнавала вірогідних змін також тільки в основній групі, вірогідно зростаючи на 8,1% (P<0,05). Вміст вТ₄ в динаміці лікування вірогідно зменшувався тільки в основній групі на 14,2% (P<0,001). Застосування триовіту на тлі базисної терапії сприяло покращанню периферичного дейодування Т₄ у Т₃. Як наслідок, вірогідно зросло значення вТ₃/вТ₄ (P<0,05).

Застосування в комплексному лікуванні хворих на ХДЗП із порушенням тиреоїдного гомеостазу селеновмісного препарату триовіт сприяє вірогідному підвищенню вмісту вільного трийодтироніну на тлі зниження вмісту тиреотропічного гормону і вільного тироксину.

Чурсіна Т.Я., Міхалєв К.О.*

МОДИФІКОВАНИЙ СЕПТАЛЬНИЙ ІНДЕКС ТЕІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ЗА РІЗНИХ ПАТЕРНІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛШ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»

*Державного управління справами, м. Київ**

В ході дослідження ставили за мету вивчити інтегральну функцію міокарда, визначену за модифікованим септальним індексом ТЕІ, та функціональний стан нирок у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) та ішемічною хворобою серця (ІХС) за різних патернів ремоделювання (Р) лівого шлуночка (ЛШ).

Обстежили 116 чоловіків (у 110 пацієнтів була АГ, у т.ч. її констеляція з ІХС; у 6 пацієнтів була ізольована ІХС); середній вік (медіана (Me) [верхній і нижній квартилі (Q1-Q3)]) 60 (53–67) років). Клінічні ознаки серцевої недостатності (СН) спостерігались у 29 пацієнтів (25,0 %). Ехокардіографія з визначенням типу Р, систолічної та діастолічної дисфункції ЛШ, а також параметрів кінетики фіброзного кільця мітрального клапана (тканинна доплерографія), виконана у 102 пацієнтів (у 98 (96,1 %) випадках була гіпертрофія ЛШ). Когорта цих пацієнтів була стратифікована на 4 патерни Р ЛШ: патерн 1 (П1) (Р ЛШ без дисфункції, n=27 (26,5 %) – контрольна); патерн 2 (П2) (Р ЛШ з його дисфункцією без клінічних ознак СН, n=50 (49,0 %)); патерн 3 (П3) (Р ЛШ з СН I–II А ст., ФК II–III, n=8 (7,8 %)) та патерн 4 (П4) (Р ЛШ з СН IIБ ст., ФК III, n=17 (16,7 %)). Для визначення інтегральної функції міокарда розраховували модифікований індекс Теі (за параметрами кінетики септального [Teisept] відділу фіброзного кільця мітрального клапана). Функціональний стан нирок оцінювали за розрахунковою швидкістю клубочкової фільтрації (рШКФ) (формула СКD-EPI). Середні величини представлені у вигляді Me (Q1-Q3). Дані аналізувались за допомогою непараметричних методів (дисперсійний, кореляційний аналіз). Рівень статистичної значущості був p<0,05 (з урахуванням поправки Бонферроні для множинних порівнянь).

П4, порівняно з П1, характеризувався більш вираженим порушенням інтегральної функції міокарда ЛШ: Teisept – 0,79 (0,65–0,88) проти 0,47 (0,41–0,54) у.о., відповідно; p<0,001. Крім того, рШКФ при П4 була менша за таку у пацієнтів з П1: 69,4 (60,2–84,5) мл/хв/1,73 м² проти 87,1 (83,5–95,2) мл/хв/1,73 м², відповідно; p=0,006. Був виявлений статистично значущий кореляційний зв'язок (r) рШКФ з параметром інтегральної функції міокарда ЛШ: Teisept (r= -0,47; p=0,002).

Отже, при прогресуванні СН на тлі Р ЛШ у пацієнтів з АГ, а також за її поєданого перебігу з ІХС, спостерігається погіршення інтегральної функції міокарда, визначеної за допомогою модифікованого септального індексу ТЕІ, що корелює зі зниженням рШКФ.

Шоріков Є.І., Шорікова Д.В.

ПОРІВНЯЛЬНА ДІАГНОСТИЧНА ОЦІНКА МОДЕЛЕЙ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Артеріальна гіпертонія є найбільш розповсюдженим захворюванням серцево-судинної системи, яке займає провідне місце у структурі серцево-судинної смертності. У економічно розвинених країнах спостерігається підвищення артеріального тиску у 30-40% відсотків населення. Цукровий діабет (ЦД), у свою чергу, є важливою медико-соціальною проблемою внаслідок дуже широкої розповсюженості: до 2030 року у світі очікується збільшення кількості хворих на ЦД до 438 млн. людей (7,8%). Від моменту виникнення у пацієнта ЦД 2 типу, до його виявлення може пройти від 7 до 12 років, але на момент встановлення діагнозу майже 50% хворих уже мають певне ускладнення.

Таким чином, сумарна оцінка стану метаболізму за коморбідної патології має велике значення щодо визначення подальшого прогнозу перебігу АГ. Для клінічної практики завжди важливо визначати реальну чутливість або нечутливість тканин до змін вмісту інсуліну та (або) концентрації глюкози або інших метаболічних агентів (переважно продуктів ліпідного обміну) в якості характеристики взаємодії цих сполук з периферичними тканинами – стінками судин.



Запропоновано декілька непрямих моделей оцінки чутливості тканин за принципом визначення спеціально обчислюваних індексів. Однією з таких моделей, яка дозволяє комплексно оцінити стан взаємодії периферичних тканин та ступінь порушення вуглеводного обміну, є модель НОМА2.

Для визначення реальної нижньої межі інсулінорезистентності (порогового значення) нами було проведено обчислення 75%-процентилу індексу НОМА IR в об'єднаній групі обстежуваних, у яких не встановлено діагноз ЦД типу 2. Середнє значення НОМА IR в об'єднаній групі дорівнювало (1,55 + 0,44); рівні квартилів (Q25-Q75) склали (1,22 - 1,87). Таким чином, реальним нижнім порогом інсулінорезистентності за індексом моделі НОМА IR можна вважати значення 1,87.

Прийнятими непрямыми альтернативами моделі НОМА для оцінки інсулінорезистентності є інтегральні показники обміну ліпідів (співвідношення тригліцериди (ТГ)/ холестерол ліпопротеїнів високої щільності (ХС-ЛПВЩ) та метаболічний індекс (МІ). Пороговою межею інсулінорезистентності за індексом ТГ/ХС-ЛПВЩ є рівень 1,38 ммоль/л. Розраховано залежність величин індексу ТГ/ХС-ЛПВЩ від ступеня ураження-органів мішеней та перебігу супутнього ЦД типу 2, які в цілому продемонстрували аналогічний напрямок змін, як і попередньо розрахований індекс НОМА IR: а саме, вірогідне перевищення діагностичного порогу ТГ/ХС-ЛПВЩ у хворих на АГ із супутнім ЦД 2, наявність окремої групи хворих із перевищенням рівня діагностичного порогу ТГ/ХС-ЛПВЩ за ізольованої АГ III ст., та значенням індексу ТГ/ХС-ЛПВЩ меншим за діагностичний поріг у хворих на ізольовану АГ II стадії.

За визначення специфічного індексу МІ, який є подібним до попереднього, проте відрізняється від нього, використавши вміст глюкози плазми у формулі, встановлено наявність достовірної різниці між його значеннями у хворих на АГ як за умов наявності ЦД типу 2, так і за умов його відсутності ($p_{1-2} < 0,001$; $p_{1-4} < 0,001$; $p_{2-3} < 0,001$; $p_{3-4} < 0,001$). Слід зазначити, що МІ не диференціював групи хворих на ізольовану АГ II та АГ III стадій, так і хворих на АГ за умов коморбідності ЦД типу 2 ($p_{1-3} = 0,45$; $p_{2-4} = 0,25$). Крім того, МІ був досить жорстким показником, оскільки розрахований поріг оцінки інсулінорезистентності складав 7,05, і, таким чином, навіть за наявності II ст. АГ, середня величина цього індексу була близькою до порогової, а за III стадії – невірогідно ($p > 0,05$), але все ж перевищувала розрахований поріг.

Для остаточного вирішення питання, яка з моделей більш точно описує ступінь поширеності інсулінорезистентності, проведено визначення діагностичної значимості різних моделей із порівнянням показників діагностичної цінності для кожної із них. Для виконання даної мети ми визначали параметри чутливості, специфічності, величини площі під ROC-кривою (AUC ROC), діагностичне ОР (DOR) для кожної із моделей (табл.)

Таблиця

Порівняльний аналіз діагностичної інформативності різних моделей інсулінорезистентності

Моделі інсулінорезистентності	Чутливість (95% ДІ)	Специфічність (95% ДІ)	AUC ROC (95% ДІ)	DOR (95% ДІ)
НОМА IR	96,68 (91,22-98,74)	72,75 (65,05-78,75)	85,5 (82,0-89,0)	110,4 (38,7-314,3)
ТГ/ХС-ЛПВЩ	81,37 (71,48-87,83)	61,94 (51,81-69,94)	77,1 (72,9-81,7)	14,1 (7,9-25,2)
МІ	92,17 (85,11-95,89)	69,74 (60,82-76,63)	82,9 (78,9-87,0)	42,2 (19,7-90,4)

Аналізуючи отримані результати, можна стверджувати що всі моделі мають достатньо високе діагностичне значення ($DOR > 2$ та $AUC ROC \approx 80\%$), проте враховуючи найвищу чутливість, найвищу специфічність та найбільший показник площі під кривою ROC найбільшою мірою інформативності щодо оцінки поширеності інсулінорезистентності володіє модель НОМА IR.

Слід однак зазначити, що важливість інших моделей полягає, насамперед, у тому, що вони не вимагають обов'язкового визначення вмісту інсуліну. В цілому, моделі, де включено показник глюкози плазми виявились більш інформативними ($AUC ROC > 80\%$), ніж модель ТГ/ХС-ЛПВЩ ($AUC ROC < 80\%$).

Шумко Г.І.

СТАН ДЕЯКИХ ПОКАЗНИКІВ ІМУНОЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Бронхіальна астма (БА) залишається світовою проблемою сьогодення. Від 1 до 16 % всього населення страждає на БА. В Україні, за даними офіційної статистики, поширеність БА становить 488,8 хворих на 100 тис. дорослого населення. Щорічно БА вперше діагностується у близько 8 тис. чоловік. Особливо турбує зростання захворюваності на дану хворобу серед молодих людей.

Вивченню механізмів формування бронхіальної астми, особливостей її перебігу та прогресування присвячена значна кількість досліджень. Поряд з цим, ще багато патофізіологічних аспектів захворювання залишаються не визначеними, зокрема недостатньо висвітлено питання вивчення імуноцитокінового профілю в