

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ  
АДМІНІСТРАЦІЇ  
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ БУКОВИНИ»**



**Науково-практична конференція з міжнародною участю**

**«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КОМОРБІДНОСТІ У  
КЛІНІЦІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ»**

**присвячена 100-річчю від Дня народження  
професора Самсон Олени Іларіонівни**

**15-16 квітня 2021 року**

**м. Чернівці**

УДК 616.36-003.826-06:616.61-02:616.379-008.64]-036.1-08-039.76

## **КОРЕКЦІЯ ЛІПІДНОГО СПЕКТРА КРОВІ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2**

### **ЗАЛЕЖНО ВІД СТАДІЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК**

**Коцюбійчук З.Я.**

Буковинський державний медичний університет

м. Чернівці, [kotsiubiichuk.zoriana@bsmu.edu.ua](mailto:kotsiubiichuk.zoriana@bsmu.edu.ua)

Актуальність. Чільне місце в механізмах прогресування неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) та діабетичної хвороби нирок (ДХН) у хворих на цукровий діабет типу 2 (ЦД2) займає ендотеліальна дисфункція (ЕД), найважливішими чинниками якої є гіперглікемія, дис- та гіперліпідемія, атеросклеротичне ураження судин.

Мета – дослідити вплив комплексу засобів метформіну, розувастатину, есенціале форте Н та кверцетину на стан ліпідного спектра крові, який є чинником прогресування НАСГ та ДХН.

Матеріали і методи. Вивчалася динаміка лікування у 60 хворих на НАСГ із ЦД2 та ДХН I-III стадії, серед яких у 48 пацієнтів (80,0 %) було встановлено НАСГ м'якої активності, а у 12 (20,0 %) НАСГ помірної активності.

Коморбідним захворюванням у 100 % хворих на НАСГ був ЦД2 середнього ступеня тяжкості, серед яких у 15 осіб (25,0 %) ЦД був у стадії компенсації, у 45 (75,0 %) субкомпенсований. Усі хворі на НАСГ та ЦД2 мали коморбідну ДХН, зокрема, 21 випадок ДХН I-II стадії (35,0 %), 20 осіб із ДХН III стадії (33,3 %), 19 осіб із ДХН IV стадії (31,7 %). У 15 (25,0 %) обстежених осіб було встановлено вторинну артеріальну гіпертензію (АГ) ниркового генезу I-II ступеня, у 11 осіб (18,3 %) було встановлено есенціальну АГ I-II стадії, I-II ступеня. Залежно від призначеного лікування за випадковою ознакою обстежені хворі були поділені на 2 групи: (1 група – контрольна: 28 осіб) отримували гіпокалорійну дієту з урахуванням обмежень дієти №9, есенціальні фосфоліпіди (ЕФЛ) (Есенціале форте) 300 мг по 2 капс. 3 рази на день) 30 днів з метою лікування активного НАСГ, з приводу супровідного ЦД типу 2 та гіперліпідемії призначали метформіну гідрохлорид (Метформін-Тева) 1000 мг на добу, розувастатин (Розувастатин-Тева - мг 1 раз у день) упродовж 1 місяця. 2 групу склали пацієнти (32 особи), які, окрім аналогічних дієтичних рекомендацій, ЕФЛ, гіпоглікемізуючої та гіполіпідемічної терапії упродовж місяця, додатково отримували препарат кверцетину та повідону (Корвітин) по 500 мг внутрішньовенно у 100 мл ізотонічного розчину натрію хлориду) упродовж 10 днів. Середній вік пацієнтів склав (53,8±3,52) років. Групу порівняння для презентації середніх референтних значень показників гомеостазу склали 30 здорових осіб (ЗО) відповідного віку. Досліджували в динаміці лікування ліпідний спектр крові за вмістом у крові загальних ліпідів, загального холестеролу (ХС), триацилгліцеролів (ТГ), ХС ліпопротеїнів низької густини (ЛПНГ) та високої густини (ЛПВГ) за допомогою діагностичних наборів фірми „Simko Ltd” (м.Львів).

Результати дослідження. Вміст загальних ліпідів крові, підвищений до лікування у 1,5 рази ( $p < 0,05$ ), під впливом лікування у 2 групі знизився у 1,4 рази ( $p < 0,05$ ), у той час, як у 1 групі зниження склало 1,2 рази ( $p < 0,05$ ) із наявністю вірогідної різниці між показниками після лікування в групах ( $p < 0,05$ ). Вміст ХС крові, підвищений до лікування у 1,7 рази ( $p < 0,05$ ), після лікування у 2-й групі знизився на 27,6% ( $p < 0,05$ ), а у 1-й групі – на 10,5 % ( $p < 0,05$ ) від показника до лікування, із наявністю вірогідної різниці між показниками після лікування в групах ( $p < 0,05$ ). Найбільш істотним показником гіперліпідемії у хворих на НАСГ та тлі ЦД2 із ДХН є зростання вмісту у крові ТГ у 1,9 рази, яка складає патоморфологічну основу стеатозу печінки. Максимальне зниження вмісту ТГ після лікування серед показників ліпідного спектру крові встановлено у хворих 2 групи – на 43,6 % із нормалізацією показника проти зниження на 11,3 % у хворих 1 групи ( $p < 0,05$ ).

Позитивний вплив Кверцетину відзначений нами і у відношенні підвищеного у 1,8 рази ( $p < 0,05$ ) до лікування вмісту в крові ХС ЛПНГ: зниження після лікування склало в 2 групі у 1,7 рази ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з хворими 1 групи (у 1,3 рази ( $p < 0,05$ )). Комплексна терапія з включенням Кверцетину сприяла вірогідному підвищенню вмісту в крові антиатерогенних ЛПВГ (в 1,3 рази ( $p < 0,05$ )) із нормалізацією показника після проведеного лікування, у той час, як традиційна терапія у даного контингенту осіб до будь-яких вірогідних змін показників не призводила. Унаслідок проведеної терапії Кверцетином, з точки зору досягнення цільових рівнів ЛПВГ, сприяло істотному зниженню індексу атерогенності: у 2,1 рази у хворих 2-ї групи ( $p < 0,05$ ) проти 1,2 рази у хворих 1-ї групи ( $p < 0,05$ ).

Підсумовуючи вищесказане, можна дійти висновку про те, що Кверцетин у комбінації з розувастатином, метформіном та ЕФЛ, кожен з яких є самостійним гіполіпідемічним засобом, потенціує їх дію і тим самим знижуючи вміст ХС ЛПНГ у сироватці крові, перевищує за інтенсивністю впливу традиційну комбінацію засобів без Кверцетину.

Висновок. Комплексна терапія ЕФЛ, розувастатином, метформіном у комбінації з Кверцетином у осіб із коморбідними НАСГ, ЦД2 та ДХН сприяє оптимізації ліпідного спектру крові зі зниженням вмісту ХС проатерогенних ліпопротеїнів низької густини, холестеролу та триацилгліцеролів у крові, вірогідному зростанню вмісту антиатерогенних ліпопротеїнів високої густини в крові.