



Маслянюк В.А.

**ВПЛИВ ІНГІБІТОРІВ НАТРІЙ-ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРУ 2 ТИПУ НА
ОКРЕМІ ГЕМАТОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ
ТИПУ 2, ПОЄДНАНИЙ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ**

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Суттєвим фактором формування неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) у хворих на цукровий діабет (ЦД) є недостатня компенсація захворювання, яка є однією з причин порушень білкового обміну з підвищенням активності ферментів, особливо за наявності ожиріння. Важливу роль у розвитку НАЖХП відіграють гіперінсулінемія та інсулінорезистентність, які призводять, у кінцевому варіанті, до ожиріння та гіперліпідемії. В свою чергу НАЖХП, яка призводить до порушення функціонального стану печінки, з розвитком диспротеїнемії, може бути причиною зміни гемограми. В основі профілактики НАЖХП у хворих на цукровий діабет лежить компенсація ЦД та нормалізація функціонального стану печінки. Останнім часом у комплексній цукрознижувальній терапії у хворих на цукровий діабет 2 типу все ширше застосовується селективний інгібітор натрій-глюкозного котранспортеру 2 типу – дапагліфлозин з доведеною ефективністю зниження кардіоваскулярної смертності. Проте лише поодинокі дослідження висвітлюють вплив дапагліфлозину на функціональний стан печінки та його можливу гепатопротекторну дію.

Мета дослідження – вивчити вплив селективного інгібітора натрій-глюкозного котранспортеру 2 типу на рівень компенсації цукрового діабету, показники функціонального стану печінки та окремі гематологічні показники.

Нами обстежено 49 хворих на ЦД типу 2, у яких діагностовано НАЖХП. 26 з них у якості цукрознижувальної терапії отримували метформін та дапагліфлозин. Серед них було 18 чоловіків та 8 жінок. Вік від 50 до 73 років. Контрольну групу склали 20 пацієнтів, які отримували монотерапію метформіном. Обидві групи хворих дотримувались дієтичних рекомендацій. Досліджували рівень глікемії, глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}), функціональні проби печінки, рівень холестерину та тригліцеридів, загального білку крові. Дослідження гемограми проводили у 20 пацієнтів основної групи до початку та через три місяці прийому дапагліфлозину. Дапагліфлозин призначали в дозі 10 мг 1 раз на добу впродовж трьох місяців. Дозу метформіну за цей період не змінювали.

Результати дослідження свідчать, що при застосуванні дапагліфлозину достовірно ($P < 0,05$) знижується глікемія та рівень глікозильованого гемоглобіну. Спостерігається тенденція до зниження концентрації загального білку. Достовірних змін в активності індикаторних ферментів (АЛТ, АСТ) та загального білірубину не спостерігалась. Дослідження гемограми показало, що концентрація гемоглобіну до початку лікування становила 159,1 г/л, а після – 136,3 г/л, кількість лейкоцитів $6,4 \times 10^9$ /л та $6,3 \times 10^9$ /л, еритроцитів $6,5 \times 10^{12}$ /л та $4,9 \times 10^{12}$ /л, тромбоцитів $190,3 \times 10^9$ /л та $221,7 \times 10^9$ /л відповідно.

Таким чином, показники гемограми в процесі лікування залишились у межах фізіологічної норми з тенденцією до збільшення кількості тромбоцитів.

Піддубна А.А.

**ВПЛИВ РОЗУВАСТАТИНУ НА ЛІПІДНИЙ ПРОФІЛЬ У ХВОРИХ НА
МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

У продовж останнього десятиріччя проблемі ожиріння і пов'язаного з ним метаболічного синдрому (МС) присвячена велика кількість досліджень, що зумовлено розповсюдженістю та прогресуванням даних патологічних станів. Одним з найбільш несприятливих факторів, які впливають на перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС) та



показники серцево-судинної смертності є цукровий діабет (ЦД), розповсюдженість якого набула характеру пандемії та продовжує зростати. МС – кластер метаболічних факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) атерогенного генезу. По мірі збільшення «нетрадиційних» факторів-маркерів (висока концентрація тригліцеридів (ТГ), модифікованих щільних частинок ЛПНЩ, низький рівень ХС ЛПВЩ) ризик ймовірності розвитку ІХС збільшується в 20 разів, а при комбінації з трьох «традиційних» маркерів – тільки у 4,5 рази. Лікування МС у поєднанні з ІХС залишається вкрай складною проблемою. У наш час статини прийнято вважати гіполіпідемічними препаратами вибору в разі первинної та вторинної профілактики ССЗ. Тому метою дослідження була оцінка впливу розувастатину по 10-20 мг на ліпідний профіль та прогресування коронарного атеросклерозу у хворих на МС у поєднанні з ІХС.

Проведено динамічне обстеження та лікування 43 пацієнтів з МС та ІХС. Пацієнтів обстежили згідно з протоколом, який включав загальноклінічні тести, визначення рівнів глюкози, інсуліну, НbA1C, глікемічного профілю, ліпідного спектра крові. До обов'язкового обсягу досліджень було включено добовий моніторинг артеріального тиску та ехокардіографію. Усім пацієнтам призначали комплексну терапію (статини, аспірин, бета-блокатори, іАПФ). Як ліпідознижувальну терапію пацієнтам призначали препарат розувастатин у дозі 10-20 мг 1 р./добу. Після 3 міс. лікування повторно визначали ліпідний спектр крові, рівні глюкози та інсуліну натще. До першої групи увійшли 17 хворих (середній вік $56,7 \pm 7,66$ років), які отримували призначену терапію постійно; до другої – 19 особа (середній вік $61,4 \pm 6,94$ років) (терапію отримували частково або з перервами); до третьої групи увійшли 7 пацієнтів (середній вік $57,8 \pm 11,31$ років), які припинили застосування ліків після виписки зі стаціонару.

У нашому дослідженні отримані дані свідчать про гіполіпідемічну ефективність розувастатину в пацієнтів першої та другої груп, незважаючи на те, що хворі другої групи приймали препарат не постійно, а курсами. Ці зміни асоціювалися з тенденцією до зменшення рівнів загального ХС, ХС ЛПНЩ і підвищенням ХС ЛПВЩ. Однак у пацієнтів першої групи з високим комплаєнсом відмічалася більш виразна позитивна динаміка до нормалізації ліпідних характеристик, а саме зниження загального ХС на $-5,87\%$, ХС ЛПНЩ на $-9,12\%$ порівняно із другою групою ($-3,54$ та $-7,34\%$ відповідно). Разом з тим, у хворих першої групи спостерігалася збільшення рівня ХС ЛПВЩ на $1,24\%$ на відміну від представників другої групи, у яких була відсутня динаміка цього показника. Показовими є результати у третій групі, хворі якої перестали отримувати гіполіпідемічну терапію після виписки зі стаціонару. більш ніж наполовину, зростання атерогенного ХС ЛПНЩ, рівень якого наприкінці дослідження досяг $5,0 \pm 0,13$ ммоль/л. Таким чином, висока прихильність хворих до ліпідознижувального лікування розувастатином у середньодобовій дозі від 10 до 20 мг асоціювалась з оптимізацією ліпідного профілю плазми хворих. Враховуючи наявність високого атерогенного потенціалу у хворих з метаболічним синдромом у поєднанні з ішемічною хворобою серця, спостерігається загальна тенденція до прогресування атеросклеротичних уражень. Виявлені зміни доводять необхідність стовідсоткової прихильності до лікування з метою зменшення ризику серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з метаболічним синдромом у поєднанні з ішемічною хворобою серця.