



аторвастатин, ізодиніт, бісопролол, ацетилсаліцилова кислота). Пацієнтам II групи (32 особи) перші 6 днів на тлі БТ проводилася інфузійна метаболітотропна терапія (МТ) Корвітином (0,5 г), а в наступні 6 днів – Тівортіном по 100 мл розчину (4,2 г аргініну) довенно, з подальшим переходом на амбулаторний прийом пероральної форми Тівортіну по 10 мл двічі на добу протягом двох тижнів.

Після проведеного лікування хворих на ГХ II стадії у поєднанні з ІХС в основній групі (базисна та метаболітотропна терапія) систолічний артеріальний тиск достовірно знизився на 13,2 % (з $168,13 \pm 6,21$ мм рт. ст. до $146,04 \pm 5,88$ мм рт. ст.), в контрольній групі (базисна терапія) – на 9,2 % (з $165,53 \pm 5,82$ мм рт.ст. до $150,33 \pm 6,01$ мм рт. ст.; $p < 0,05$). Діастолічний артеріальний тиск достовірно знизився в основній групі на 7,3 % (з $96,22 \pm 2,94$ мм рт. ст. до $89,21 \pm 3,04$ мм рт. ст.), в контрольній групі – на 4,3 % (з $94,81 \pm 2,82$ мм рт. ст. до $90,73 \pm 2,94$ мм рт. ст.; $p < 0,05$). Цільовий рівень АТ в основній групі було досягнуто у 70,8 %, в контрольній групі - у 62,3 % пацієнтів.

Кількість нападів стенокардії за добу в основній групі пацієнтів (II ФК стенокардії) знизилася у 2,8 рази (з $3,46 \pm 0,41$ до $1,24 \pm 0,11$, $p < 0,05$), тривалість нападів зменшилася у 2,7 рази (з $11,48 \pm 1,77$ хв до $4,12 \pm 0,63$ хв, $p < 0,05$). В контрольній групі пацієнтів кількість нападів стенокардії за добу у хворих з II ФК стенокардії знизилася у 2 рази (з $3,31 \pm 0,38$ до $1,68 \pm 0,14$, $p < 0,05$), їх тривалість – у 1,8 рази (з $11,34 \pm 1,84$ хв до $6,27 \pm 0,76$ хв, $p < 0,05$). Кількість таблеток нітрогліцерину для купірування нападів стенокардії зменшилася в основній групі у 2,6 рази (з $5,39 \pm 0,41$ до $2,02 \pm 0,16$; $p < 0,05$), в контрольній групі пацієнтів – у 2 рази (з $6,37 \pm 0,44$ до $3,19 \pm 0,23$, $p < 0,05$).

Отже, комбінована базисна та метаболітотропна терапія хворих на ГХ II стадії у поєднанні з ІХС з використанням Кверцетину і Аргініну гідрохлориду порівняно з ефектами стандартної базисної терапії справила позитивний вплив на клінічний перебіг захворювання та динаміку артеріального тиску.

Казанцева Т.В.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ЛІПІДНОГО ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ

Кафедра сімейної медицини

Буковинський державний медичний університет

Більшість препаратів із сучасних антигіпертензивних груп, які традиційно застосовують для корекції АТ, сприяють посиленню метаболічних розладів, інсулінорезистентності, змінюють клінічну картину гіпоглікемій, що обмежує їх застосування у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з компонентами метаболічного синдрому. Це зумовило актуальність пошуку нових підходів до терапії ГХ у даній категорії хворих. Моксонідин – препарат центральної дії, який володіє здатністю пригнічувати симпатичну активність та знижувати АТ. Однак недостатньо вивчений його вплив на показники ліпідного та вуглеводного обмінів, а наявні повідомлення почасти суперечливі.

Метою дослідження було вивчити метаболічні ефекти моксонідину у хворих на гіпертонічну хворобу асоційовану із цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу. Обстежено 45 хворих на ГХ (29 чоловіків і 16 жінок, середній вік – $56,88 \pm 9,19$ років), у тому числі: 19 хворих на ГХ I-II стадії (підгрупа 1a) і 26 хворих на ГХ із супровідним ЦД 2-го типу (підгрупа 1б). Всі хворі одержували моксонідин у дозі 0,2-0,4 мг/добу одноразово. Контрольну групу склали 21 практично здорова особа. Вивчали показники ліпідного (загальний холестерол (ЗХС), триацилгліцероли (ТГ), ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ)) та вуглеводного (глюкоза крові, інсулін крові, глікозильований гемоглобін) обміну.

Результати дослідження показали, що лікування моксонідином позитивно впливало на динаміку показників ліпідного обміну і призвело до вірогідного зниження вмісту ЗХС, ТГ та ЛПНЩ у підгрупах досліджуваних ($p < 0,05$). Кращою спостерігалася динаміка у показниках 1a підгрупи, у яких вірогідно ($p < 0,05$) знизилася: вміст ЗХС – на 11%, який наблизився до показника контрольної групи ($4,39 \pm 0,18$ ммоль/л; $p > 0,05$), ТГ – на 23% та ЛПНЩ – на 13,8%.



У хворих 1б підгрупи вміст ліпідів крові відповідно знизився на 7%, 16% та 8%. Вміст глюкози крові натще у 1а підгрупі після курсу лікування знизився до $4,92 \pm 0,26$ ммоль/л (-6,1%) і досяг рівня контрольної групи ($4,53 \pm 0,06$ ммоль/л; $p > 0,05$), спостерігалася тенденція до зниження базального рівня інсуліну крові від $18,07 \pm 1,49$ мкОД/мл до $14,93 \pm 1,20$ мкОД/мл (-17,4%). У підгрупі 1б достовірно знизилися натщесерцевий вміст глюкози крові та базального інсуліну у середньому на 10%, глікозильованого гемоглобіну – на 17,8%.

Отже моксонідин чинить сприятливий вплив на метаболізм ліпідів, підвищує чутливість тканин до дії інсуліну, особливо у хворих з інсулінорезистентністю, що проявляється зниженням базальних рівнів глюкози та інсуліну.

Лукашевич І.В.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НАЙПОШИРЕНІШИХ ФОРМ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Стабільна стенокардія напруги є найбільш поширеною формою ішемічної хвороби серця. До останнього часу мало уваги приділяється гендерним аспектам, оскільки в клінічні рандомізовані дослідження частіше включаються чоловіки. Тому метою нашого дослідження було порівняльне вивчення клініко-функціональних особливостей стабільної стенокардії напруги у чоловіків і жінок шляхом ретроспективного аналізу перебігу захворювання у хворих різної статі.

Для виконання поставлених цілей було проаналізовано особливості перебігу стабільної стенокардії напруги у 20 пацієнтів (10 чоловіків і 10 жінок) кардіологічного відділення КМУ МКЛ №3 м. Чернівці. Для уніфікації результатів дослідження була розроблена анкета, що включала розділи: вік, професія, тривалість захворювання, характер ангінального болю, чинники ризику (куріння, АГ, ожиріння, цукровий діабет, гіперхолестеринемія, алкоголь, генетичний анамнез, частота стресів, психологічний фон, гінекологічний анамнез), зміни, виявлені на ЕКГ та ЕхоКГ.

У 6 з 10 жінок виявлена стенокардія напруги II функціонального класу (ФК), у 4 - III ФК. Вік жінок коливався від 55 до 90 років ($70,6 \pm 3,2$). У 5 з 10 чоловіків виявлена стенокардія III ФК, у 5 – II ФК. Вік чоловіків коливався від 57 до 80 років ($65,8 \pm 4,1$). У 50% чоловіків тривалість захворювання була не більше 5 років, у 70% жінок – більше 6 років.

При аналізі больового синдрому виявлено, що у жінок переважають атипові форми ангінозного болю (8 з 10 пацієнток), тоді як у чоловіків больові відчуття мали типовий ангінозний характер. У 90% жінок та 80% чоловіків в анамнезі була гіпертонічна хвороба. При оцінці ІМТ ожиріння I ступеня виявлено у 40% жінок і 10% чоловіків, ожиріння II ступеня – у 10% жінок. Порушення ліпідного обміну мало місце у 100% обстежених жінок і 70% чоловіків. Обтяжений сімейний анамнез та цукровий діабет частіше зустрічався у жінок. Частота стресових ситуацій була вищою у жінок: 8 з 10 відмітили, що стреси виникають доволі часто, у чоловіків відношення до даного критерію 5 до 5. В той же час 80% чоловіків зазначили, що вони досить стримані, а 20% - емоційно нестабільні. У жінок відсоток емоційно нестабільних склав 70%. Пацієнти в обох групах заперечували п'янопиття та зловживання алкоголю.

При аналізі даних ЕКГ у чоловіків частіше виявлялися ознаки ішемії міокарда (у 60%), порушення провідності (у 40%) та рубцеві зміни (у 30%). У жінок частіше виявлялися ознаки гіпертрофії лівого шлуночка (у 60%). Зміни ЕхоКГ були більш виражені у жінок і проявлялися гіпертрофією лівого шлуночка та ураженням клапанного апарату. Фракція викиду в обох групах пацієнтів суттєво не відрізнялася.

Таким чином, результати нашого дослідження свідчать про необхідність гендерного підходу до оцінки параклінічних показників перебігу стабільної стенокардії напруги, що значно збільшить вірогідність вчасної постановки діагнозу та призначення необхідного лікування.