



нирок (біопсія) проводиться рідше, ніж у хворих з гломерулонефритом (ГН), переважно з метою виключення інших, не пов'язаних з діабетом, варіантів ниркового ураження (наприклад, швидко прогресуючого та півмісячного ГН).

Основною метою медикаментозної корекції АТ у хворих на діабетичну нефропатію є зниження АТ <130/80 мм рт. ст., а у хворих з протеїнурією, що перевищує 1 мг/добу, <125/75 мм рт. ст., особлива роль відводиться корекції гіперглікемії з досягненням цільового рівня глікозильованого гемоглобіну.

Аналіз доказової бази свідчить про те, що своєчасна діагностика, проведення заходів первинної та вторинної профілактики ЦД, своєчасне призначення адекватної медикаментозної терапії знижує ризик виникнення ускладнень – ДН, сприяє поліпшенню якості життя та збереженню працездатності пацієнта.

Білецький С.В., Бойко В.В., Петринич О.А., Багрій В.М., Казанцева Т.В.
СТАН ЛІПІДНОГО МЕТАБОЛІЗМУ ТА ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У
ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II-III СТАДІЙ З КОМОРБІДНОЮ ІШЕМІЧНОЮ
ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кафедра сімейної медицини

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Метою дослідження було вивчити показники ліпідного обміну та оксидантно-антиоксидантного гомеостазу у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II-III ст. коморбідну з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Обстежено 141 хворого на ГХ II-III ст. I-3 ступенів помірного, високого та дуже високого ризику, із них 111 – в поєднанні зі стабільною ІХС. Групу контролю склали 26 практично здорових осіб, репрезентативних за віком і статтю. В крові визначали вміст загального холестеролу (ЗХС), холестеролу ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ), холестеролу ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ), триацилгліцеролів (ТГ); маркери оксидативного стресу: вміст вторинних продуктів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) – концентрацію малонового альдегіду (МА) в сироватці крові та еритроцитах, концентрацію глутатіону відновленого (ГВ), глутатіонпероксидази (ГП), каталази (КТ). Статистична обробка результатів дослідження проводилася шляхом визначення середніх арифметичних величин (М) та стандартної похибки (m). Перевірку розподілу вибірок на нормальність здійснювали за критерієм Шапіро-Уїлко. Вірогідність змін в разі нормального розподілу у вибірках визначали за критерієм Стьюдента, в інших випадках застосовували критерій Уїлкоксона. Відмінність між вибірками вважалася статистично вірогідною при $p < 0,05$.

Аналіз отриманих даних свідчить, що показники ліпідного обміну, ПОЛ, АОЗ у хворих на ГХ II ст. суттєво відрізняються від показників практично здорових осіб. Встановлено достовірне зростання концентрації ЗХС ($5,09 \pm 0,27$ ммоль/л, у здорових – $4,09 \pm 0,23$ ммоль/л; $p < 0,05$), ТГ ($1,71 \pm 0,16$ ммоль/л та $1,14 \pm 0,07$ ммоль/л відповідно; $p < 0,05$), ХС ЛПНЩ ($3,47 \pm 0,30$ ммоль/л та $2,48 \pm 0,08$ ммоль/л; $p < 0,05$), вмісту МА плазми ($4,88 \pm 0,25$ мкмоль/л та $2,49 \pm 0,26$ мкмоль/л; $p < 0,05$) та еритроцитів ($8,87 \pm 0,34$ мкмоль/л та $6,69 \pm 0,37$ мкмоль/л; $p < 0,05$), зниження концентрації ХС ЛПВЩ ($1,12 \pm 0,06$ ммоль/л та $1,39 \pm 0,03$ ммоль/л відповідно; $p < 0,05$). Зростання вмісту продуктів ПОЛ супроводжувалося пригніченням АОЗ. Вміст ГВ був достовірно нижчим порівняно з контрольною групою ($0,68 \pm 0,02$ ммоль/л та $0,86 \pm 0,04$ ммоль/л відповідно; $p < 0,05$). З боку ферментативної ланки АОЗ виявлено зниження активності ГП, КТ ($p < 0,05$).

При поєднанні ГХ II-III ст. з ІХС спостерігали більш виражені зміни з боку ліпідного обміну, показників ПОЛ і АОЗ. Концентрація ЗХС у хворих виявилася достовірно підвищеною не тільки в порівнянні зі здоровими ($4,09 \pm 0,23$ ммоль/л – у здорових; $5,97 \pm 0,27$ ммоль/л – ГХ II ст. + ІХС; $6,24 \pm 0,29$ ммоль/л – ГХ III ст. + ІХС), але і з хворими на ГХ II ст. без ІХС ($5,09 \pm 0,27$ ммоль/л). Зміст ХС ЛПВЩ було достовірно знижено порівняно з контролем, а ХС ЛПНЩ – підвищено у всіх хворих на ГХ в поєднанні з ІХС, а при ГХ III ст. + ІХС – і в порівнянні з ГХ II ст. Вміст МА плазми та еритроцитів у пацієнтів на ГХ II-III ст. у поєднанні з ІХС вірогідно перевищував показники контролю, а при ГХ III ст. + ІХС – також при ГХ II ст. Встановлено підвищення активності ГП і КТ.

Отже, у пацієнтів з ГХ II ст. встановлено вірогідне порушення ліпідного обміну, зростання в крові вмісту продуктів ПОЛ, пригнічення системи АОЗ. Поєднаний перебіг ГХ II-III ст. та ІХС характеризується більш суттєвими порушеннями ліпідного обміну, більш вираженою активацією процесів ПОЛ.

Білоока Ю.В., Білоока І.О.*, Вівсьяник В.В., Гретчин В.М.*, Вишневецька Л.Т.****
ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ДРУГОГО ТИПУ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ
СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

*ОКУ «Чернівецький обласний ендокринологічний центр», м. Чернівці**

*ОКУ «Обласна клінічна лікарня», м. Чернівці***

Цукровий діабет другого типу значно ускладнює перебіг ішемічної хвороби серця (ІХС). Лікування таких хворих завжди є серйозним завданням.

Метою дослідження було вивчити вплив аторвастатину (Лівостор 20мг) на динаміку показників ліпідного обміну у хворих на цукровий діабет другого типу з ІХС.