

При аналізі вуглеводного обміну вірогідних змін не було виявлено між вихідними даними та після проведення замісної монотерапії по жодному з показників, натомість після отримання результатів наприкінці другого етапу дослідження відмічено вірогідні зміни ($p < 0,001$) порівняно з етапом до призначення піоглітазону за даними глікованого гемоглобіну (від $(5,85 \pm 0,06) \%$ до $(5,44 \pm 0,06) \%$), глюкози натще (від $(6,07 \pm 0,09)$ ммоль/л до $(4,91 \pm 0,08)$ ммоль/л), інсуліну (від $(15,94 \pm 0,57)$ мМО/л до $(8,57 \pm 0,15)$ мМО/л) та індексу НОМА-IR (від $(4,29 \pm 0,16)$ ум.од. до $(1,87 \pm 0,04)$ ум.од.).

Висновки. Додаткове призначення піоглітазону до замісної терапії левотироксином хворим на гіпотиреоз із наявною інсулінорезистентністю та предіабетом супроводжувалося зниженням рівня глікованого гемоглобіну, глюкози та інсуліну натще, індексу НОМА-IR. Під впливом піоглітазону на тлі замісної терапії не вдалося досягнути вірогідної відмінності за даними НОМА- β . Призначення піоглітазону сприяло посиленню дії левотироксину на тиреотропний та тиреоїдні гормони.

УДК 616.72-002.77-06:616-056.52)-07

Оліник О.Ю.¹, Федів О.І.¹, Гавриш Л.О.², Телекі Я.М.¹, Лазарук Т.Ю.²

¹ Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

² ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня»

ДЕЯКІ ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Метаболічний синдром (МС) — це мультифакторний стан, обумовлений комплексом генетичних, нейрогуморальних особливостей та способом життя людини. Виявлення МС має велике клінічне значення, оскільки цей стан є оборотним, тобто при відповідному лікуванні можна досягти зникнення чи принаймні зменшення вираженості основних його проявів.

За даними А.Г. Кисельова (2008), поширеність МС серед хворих на ревматоїдний артрит (РА) становить 37,2 %, що майже відповідає поширеності МС серед хворих на ішемічну хворобу серця — 41 % та зустрічається з більшою частотою, ніж у загальній популяції, що, за даними різних авторів, становить 10–30 %.

Метою нашої роботи стало дослідження деяких ознак метаболічного синдрому (на основі критеріїв, рекомендованих Міжнародною федерацією цукрового діабету (IDF), 2005) у хворих на ревматоїдний артрит.

Матеріал і методи дослідження. Обстежені 30 хворих на РА, які перебували на стаціонарному лікуванні в ревматологічному відділенні обласної клінічної лікарні м. Чернівців. Діагноз РА встановлювали на основі критеріїв АРА (1987). Контрольну групу становили 20

практично здорових осіб. Клінічне обстеження кожного хворого включало загальноклінічні та спеціальні ревматологічні дослідження. Для вивчення вуглеводного обміну проводили лабораторне дослідження крові з визначенням показників глюкози та інсуліну крові. Рівень інсулінорезистентності (IP) розраховували за формулою НОМА-IR. Окружність талії вимірювали за допомогою сантиметрової стрічки на рівні пупка. Статистична обробка отриманих результатів дослідження проводилась на персональному комп'ютері за допомогою програми Statistica 6,0.

Результати дослідження та їх обговорення. Збільшення окружності талії (центрального типу ожиріння) у жінок > 80 см, у чоловіків > 94 см спостерігалось у 40 % жінок та у 36,7 % чоловіків, хворих на РА, у групі контролю — у 25 та 20 % осіб відповідно ($p < 0,05$). IP спостерігається у 20 % хворих на РА, цукровий діабет 2-го типу — у 3,3 %, підвищення рівня глюкози крові натще $> 5,6$ ммоль/л — у 23,3 % хворих на РА, у групі контролю IP — у 5 %, підвищення рівня глюкози крові натще — у 10 % ($p < 0,05$). Підвищення артеріального тиску ($> 130/85$ мм рт.ст.) і/або застосування гіпотензивної терапії виявлено в 46,7 % хворих на РА та у 10 % у групі контролю ($p < 0,05$).

Висновки. Ознаки метаболічного синдрому у хворих на ревматоїдний артрит зустрічаються вірогідно частіше, ніж серед осіб контрольної групи. Поєднаний перебіг захворювань потребує уваги клініцистів із розробкою диференційованого підходу до профілактики метаболічного синдрому серед хворих на ревматоїдний артрит та нових методів лікування поєданого перебігу.

УДК 616.379-008.64:616.8)-085.22

Павлович Л.Б., Білоус І.І., Маслянюк В.А.,

Ілюшина А.А., Оленович О.А.

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

АЦЕТИЛ-L-КАРНІТИН У ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕЙРОПАТІЇ

Враховуючи різноманітність етіологічних, патогенетичних механізмів виникнення діабетичної нейропатії, знайти універсальний засіб, здатний полегшити страждання хворих, уявляється дуже складним завданням. В основі ураження нервових волокон лежать порушення метаболізму глюкози. Тривале підтримання стану нормоглікемії у хворих із вираженими проявами діабетичної нейропатії призводить до затримки прогресування деструктивних процесів у периферичних нервах, але не сприяє швидкій ліквідації симптомів захворювання. Саме тому ще одним стратегічним напрямом терапії є вплив на