

ацетилхоліну та інших нейротрансмітерів, а також зменшує утворення вільних радикалів та гальмує вивільнення вільних жирних кислот. Завдяки цим властивостям цитиколін може одночасно гальмувати різні ланки ішемічного каскаду, а також сприяти відновленню синаптичної передачі та збільшенню нейропластичності.

**Висновки.** Отримані нами результати свідчать про потенційний нейропротекторний ефект цитиколіну на шар ретинальних нервових волокон при лазеркоагуляції сітківки з приводу діабетичної ретинопатії, що дозволяє рекомендувати його як елемент медикаментозного супроводу панретинальної лазеркоагуляції у хворих на цукровий діабет.

УДК 616.85-02:616.379-008.64)-08

Квасницька О.Б., Каньовська Л.В., Корконішко О.І.  
Кафедра внутрішньої медицини, клінічної  
фармакології та професійних хвороб  
Буковинський державний медичний університет,  
м. Чернівці

### ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ПАЦІЄНТІВ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II ТИПУ

Від діабетичної сенсомоторної полінейропатії страждає приблизно кожен третій хворий на цукровий діабет (ЦД), що значно знижує якість життя пацієнтів та підвищує захворюваність та смертність. Стандартне лікування базується на корекції глікемії, патогномонічних механізмів та симптоматичному лікуванні. Необхідно також враховувати, що на прогресування полінейропатії впливають і традиційні серцево-судинні фактори ризику, такі як вісцеральне ожиріння, артеріальна гіпертензія (АГ), гіперліпідемія та паління.

**Метою** нашого дослідження було вивчити та запропонувати комплексний підхід у лікуванні хворих на цукровий діабет 2-го типу, ускладнений діабетичною полінейропатією.

**Матеріал і методи дослідження.** Нами було обстежено 12 хворих на ЦД 2-го типу віком від 56 до 68 років жіночої статі. У 7 пацієнтів ЦД 2-го типу було діагностовано випадково при зверненні до невропатолога зі скаргами на тривалий ниючий біль у кінцівках та попереку, з приводу чого вони самостійно приймали нестероїдні протизапальні препарати. На момент обстеження всі пацієнти висували скарги на загальну слабкість, роздратованість, поганий сон, оніміння та болі в кінцівках пальців ніг, а в 5 пацієнток — і рук, біль у попереку. Інтенсивність болю була помірною — від 3,7 до 6,1 за 10-бальною шкалою, у 75 % випадків приєднувалось зниження чутливості. При об'єктивному обстеженні в 9 пацієнтів встановлено надмірну масу тіла, в усіх — ішемічну хворобу серця (ІХС), у 10 — симптоматичну АГ, у всіх — ознаки ураження нирок (мікроальбумінурія).

Як базисну терапію використовували пероральні цукрознижуючі препарати в індивідуально підібраних

дозах; проводилось лікування ІХС із використанням аторвастатину, кардіомагніту та предукталу MR у стандартних дозах; з нефропротекторною метою та як антигіпертензивний засіб призначали раміприл у початковій дозі 2,5 мг. Патогенетичне лікування полінейропатії складалось із внутрішньовенного введення  $\alpha$ -ліпоєвої кислоти (Берлігін 600 Од) протягом 10 днів із подальшим переходом на пероральний прийом 600 Од протягом 3 місяців; актовегіну по 5 мл 1 раз на день протягом 10 днів з подальшим переходом на внутрішньом'язове введення по 2 мл 10 днів; комплексу вітамінів групи В — мільгама 2 мл внутрішньом'язово. Симптоматично для зменшення больового синдрому призначали габапентин в індивідуально підібраній дозі протягом 3 місяців.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Позитивний ефект лікування у вигляді зменшення больових відчуттів, роздратованості, покращення сну, збільшення рухової активності відмічено на 14-ту добу в 75 % пацієнтів, а через 4 тижні лікування такий ефект був характерний для всіх пацієнтів. Подальший прийом в амбулаторних умовах препаратів  $\alpha$ -ліпоєвої кислоти, габапентину та переривчастий прийом вітамінів групи В дозволив досягти стійкого клінічного ефекту через 3 місяці в 11 пацієнтів та значно підвищити якість життя, що проявлялось збільшенням сили в ногах та витривалості при фізичному навантаженні, зменшенням хиткості при ході, зникненням больового синдрому вночі.

**Висновки.** Використання комплексного підходу в лікуванні діабетичних полінейропатій при цукровому діабеті 2-го типу дозволяє не тільки покращити якість життя пацієнта, але й зменшити темпи прогресування й стабілізувати захворювання. При цьому необхідно використовувати та підбирати для кожного пацієнта відповідний препарат із титруванням дози й враховувати його побічні ефекти, а ефективність лікування оцінювати не раніше ніж через 2–4 тижні лікування при застосуванні адекватних доз.

УДК 616.82-005.4: 616.379-008.64-092.9

Кметь Т.І.  
Кафедра гігієни та екології  
Буковинський державний медичний університет,  
м. Чернівці

### ОСОБЛИВОСТІ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІАЛЬНИХ КЛІТИН ОКРЕМИХ ЗОН КОРИ ВЕЛИКИХ ПІВКУЛЬ У ЩУРІВ ЗІ СРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНИМ ДІАБЕТОМ ЗА УМОВ ІШЕМІЧНО-РЕПЕРFUЗІЙНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

В Україні офіційно зареєстровано понад мільйон хворих на цукровий діабет (ЦД), проте реально кількість людей із недиагностованою патологією перевищує цю цифру в 3–4 рази. Однією з головних причин смертності у хворих на ЦД є серцево-судинні ускладнення, зокрема, порушення церебрального кровообігу.