

УДК 616.379-008.64: 616.8)-085.24

Павлович Л.Б., Білоус І.І., Масляно В.А.,
Оленович О.А., Ілюшина А.А.

Кафедра клінічної імунології, алергології
та ендокринології

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

Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці

ЛІКУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ З ЗАСТОСУВАННЯМ ПРЕПАРАТУ ЛІВОЛІН ФОРТЕ

Метаболічний синдром (синдром Х) — патогенетично взаємопов'язані метаболічні порушення стану одного хворого. Великий комплекс факторів, які беруть участь у виникненні метаболічного синдрому, заважає сформувати точні наукові уявлення щодо його патофізіологічних механізмів. До факторів ризику належать: генетична схильність, надмірне харчування, інсулінорезистентність і/або ожиріння, шкідливі звички, гіподинамія, стресові впливи, екологічні умови довкілля.

Матеріал і методи дослідження. Нами були обстежені 20 хворих на метаболічний синдром (11 чоловіків і 9 жінок). Середній вік хворих — $(54,5 \pm 2,1)$ року (від 46 до 59 років), середній індекс маси тіла — $(29,1 \pm 1,3)$ кг/м² (від 27,3 до 33,5). Хворим призначали Ліволін форте по 1 капсулі 3 рази на день упродовж 4 тижнів. До початку лікування хворим проводили загальноклінічні й біохімічні дослідження з визначенням основних показників ліпідного, мінерального, вуглеводного й білкового обмінів. Було виконано УЗД підшлункової залози, печінки й жовчного міхура.

Результати дослідження та їх обговорення. Перед початком лікування відчуття тяжкості в правому підребер'ї відмічали 10 пацієнтів (52,6 %), гіркоту в роті вранці — 12 пацієнтів (63,2 %), погіршення стану й настрою — 11 пацієнтів (57,9 %). Під час об'єктивного обстеження у 4 хворих (21,05 %) відмічалася субіктеричність склер. Під час пальпації живота відмічалася чутливість у правому підребер'ї у 18 пацієнтів (94,7 %). У 4 пацієнтів (21,05 %) печінка була біля краю реберної дуги, у 15 (78,95 %) — на 1–2 см нижче від реберної дуги. Динаміку клінічних проявів оцінювали через 2 й 4 тижні від початку лікування. Через 2 тижні від початку лікування в 17 пацієнтів (89,5 %) зменшився больовий синдром і в 18 (94,7 %) — диспептичний. Через 4 тижні від початку лікування зник астеноневротичний синдром, нормалізувався рівень АЛТ, АСТ, білірубину, зменшились прояви цитолітичного синдрому.

При УЗ-дослідженні спостерігалось рівномірне підвищення ехогенності, незначне збільшення розмірів печінки. Після курсу лікування препаратом Ліволін форте розміри печінки зменшились у 13 з 15 хворих.

Висновок. Препарат Ліволін форте позитивно впливає на функції печінки, зменшує показники цитолітичного синдрому. Місячний курс лікування препаратом Ліволін форте у хворих на метаболічний синдром сприяє швидкому усуненню диспептичного та астеноневротичного синдромів.

УДК 616.12-005:4:616.155.194.1+616.379-008.64)-053-08

Павлюкович Н.Д.¹, Козар М.Ф.², Павлюкович О.В.¹,
Трефаненко І.В.¹

¹ Кафедра внутрішньої медицини, клінічної
фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці

² ОКУ «Обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної
війни», м. Чернівці

ТЕРАПЕВТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ ТЕЛМІСАРТАНУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-го ТИПУ НА ТЛІ СУПУТНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Відомо, що анемія будь-якої етіології сприяє прогресуванню ішемічної хвороби серця (ІХС). Згідно з результатами дослідження хворих, госпіталізованих із приводу ІХС та серцевої недостатності, середній рівень гемоглобіну становив 118–124 г/л. Не дивно, що перед такими грізними проявами ІХС, як нестабільна стенокардія та інфаркт міокарда, проблемі анемії, особливо легкого ступеня тяжкості, приділяється мало уваги практикуючими лікарями. Водночас цукровий діабет (ЦД) 2-го типу теж додає певних особливостей перебігу ІХС у більшості пацієнтів. Відомо, що при ЦД 2-го типу має місце високий ризик розвитку безбольової форми ІХС, у тому числі інфаркту міокарда, що пов'язано з частим і раннім ускладненням ЦД — діабетичною нейропатією, що підвищує поріг сприйняття болю в даній категорії пацієнтів. Відсутність адекватної клінічної картини призводить до пізнього виявлення захворювання, часто вже на стадії тяжких ускладнень. Так, серед чоловіків, які страждають на ЦД, раптова смерть розвивається на 50 %, а серед жінок з діабетом на 30 % частіше, ніж в осіб відповідної статі та віку без діабету (Александров А.А., 2008).

Мета роботи — проаналізувати перебіг ішемічної хвороби серця у хворих на тлі супутніх цукрового діабету 2-го типу та анемічного синдрому (АС).

Матеріал і методи дослідження. Проведено комплексне обстеження 120 хворих на ІХС, ЦД 2-го типу та анемію, які знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні Обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни (м. Чернівці). Середній вік становив $(76,04 \pm 1,84)$ року. Усі обстежені пацієнти залежно від супутньої патології були розподілені на такі підгрупи: I — хворі на ІХС із супутнім ЦД 2-го типу ($n = 12$), II — хворі на ІХС із супутньою анемією різного ступеня тяжкості ($n = 32$), III — хворі на ІХС, що супроводжувалася супутніми анемією та ЦД 2-го типу ($n = 76$). Контрольну групу для порівняльних до-