

мання терапії ірбесартаном та амлодипіном. Група амлодипіну вважалася групою порівняння й була введена з огляду на великий ступінь ризику розвитку серцево-судинних ускладнень при веденні пацієнтів з артеріальною гіпертензією й діабетичною нефропатією без антигіпертензивної терапії. На момент включення в дослідження пацієнти приймали для зниження артеріального тиску препарати з груп інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту, блокаторів рецепторів до ангіотензину. Період лікування тривав 9 тижнів. Дозування ірбесартану проводилось у діапазоні від 150 до 300 мг один раз на добу з корекцією дози в разі недостатнього антигіпертензивного ефекту кожні 2 тижні до досягнення цільового $AT \leq 130/80$ мм рт.ст. Наприкінці дослідження всі пацієнти групи ірбесартану отримували препарат у дозі 300 мг. Дозування амлодипіну проводилось у діапазоні від 5 до 10 мг один раз на добу з корекцією дози в разі недостатнього антигіпертензивного ефекту до досягнення цільового $AT \leq 130/80$ мм рт.ст.

Результати дослідження та їх обговорення. На початку дослідження групи пацієнтів були порівнянні за віком, статтю, тривалістю перебігу ЦД, отримуваною цукрознижувальною терапією, рівнем добової екскреції альбуміну з сечею, а також морфометричними показниками і показниками офісного АТ (різниця була невірогідною, $P > 0,05$). Проте спостерігалися вірогідні ($P < 0,01$) відмінності в показниках глікозильованого гемоглобіну (HbA1c був на 0,94 % вищим у групі амлодипіну (9 %)), ліпідів крові (загальний холестерин був на 0,81 ммоль/л (11,3 %) вищим у групі ірбесартану, тригліцериди — на 0,29 ммоль/л (11,12 %, $P < 0,02$) вищими в групі амлодипіну, ЛПНЩ — на 1,2 ммоль/л (19,6 %) вищими в групі амлодипіну). Таким чином, обидві групи пацієнтів були декомпенсованими за показниками глікемічного контролю, ліпідів крові та артеріального тиску. Крім того, пацієнти досліджуваних груп мали істотно знижені резервні функціональні можливості нирок, які визначалася за зниженням приросту ШКФ менш ніж на 4 % ($3,91 \pm 2,77$) % у групі ірбесартану й ($1,99 \pm 2,76$) % у групі амлодипіну (різниця невірогідна, $P > 0,05$).

Висновки. Отримані в процесі лікування дані свідчать про істотні відмінності в ефективності двох препаратів щодо здатності впливати на функціональний стан нирок. Терапія ірбесартаном приводить до покращення функціонального стану нирок хворих на діабетичну нефропатію, що виявляється у зменшенні екскреції альбуміну з сечею й пов'язано зі збільшенням функціонального ниркового резерву. Покращення функціонального стану нирок при лікуванні ірбесартаном відбувається не тільки за рахунок впливу на ренін-ангіотензин-альдостеронову систему, а також завдяки покращенню метаболічних показників. Виявлено позитивний вплив ірбесартану на добовий ритм артеріального тиску в хворих на діабетичну нефропатію, що є складовою його нефропротекторного ефекту.

УДК 616.61:616.54-001.39-75

Ілюшина А.А., Кушнір Л.Д., Вівсьянник В.В., Бойко Л.Д., Сажин Н.І., Гретчин В.М.

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ОЦІНКА ВПЛИВУ ЛІКУВАННЯ АТОРВАСТАТИНОМ НА ЛІПІДНИЙ ПРОФІЛЬ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2

Хвороби системи кровообігу посідають перше місце в структурі смертності населення та представлені в основному ішемічною хворобою серця (ІХС), патогенетичною основою якої є атеросклеротичне ураження кровоносних судин. Одним із найбільш несприятливих факторів, що впливають на перебіг ІХС та показники серцево-судинної смертності, є цукровий діабет (ЦД), поширеність якого набула характеру пандемії та продовжує зростати. У наш час статини прийнято вважати гіполіпідемічними препаратами вибору в разі первинної та вторинної профілактики серцево-судинних захворювань. Тому **метою дослідження** була оцінка впливу аторвастатину (Лівостор) таблетки по 40 мг на ліпідний профіль та прогресування коронарного атеросклерозу в хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет другого типу.

Матеріал і методи дослідження. Проведено динамічне обстеження та лікування 43 пацієнтів з ІХС та ЦД 2-го типу. Пацієнтів обстежили згідно з протоколом, який включав загальноклінічні тести, визначення рівнів глюкози, інсуліну, глікозильованого гемоглобіну, глікемічного профілю, ліпідного спектра крові. До обов'язкового обсягу досліджень також було включено добовий моніторинг артеріального тиску та ехокардіографію. Всім пацієнтам призначали комплексну терапію, яка включала всі класи препаратів із достатньою доказовою базою (статини, аспірин, бета-блокатори, інгібітори АПФ). Як ліпідознижувальну терапію пацієнтам призначали препарат аторвастатин у дозі 40 мг 1 раз на добу. Після 3 міс. лікування повторно визначали ліпідний спектр крові, рівні глюкози та інсуліну натще, базисну гіпоглікемічну терапію в пацієнтів із ЦД впродовж дослідження не змінювали.

Під час контрольного обстеження пацієнтам повторно проводили весь комплекс досліджень із коронароангіографією. До першої групи увійшли 17 хворих (середній вік — $(56,7 \pm 7,66)$ року), які отримували призначену терапію постійно та в повному обсязі; до другої — 19 осіб (середній вік — $(61,37 \pm 6,94)$ року) із середнім комплайенсом (терапію отримували частково або з перервами); до третьої групи увійшли 7 пацієнтів (середній вік — $(57,79 \pm 11,31)$ року), які припинили застосування ліків після виписки зі стаціонару.

Результати дослідження та їх обговорення. У нашому дослідженні отримані дані свідчать про гіполі-

підемічну ефективність аторвастатину в пацієнтів першої та другої груп, незважаючи на те що хворі другої групи приймали препарат не постійно, а курсами. Ці зміни асоціювалися з тенденцією до зменшення рівнів загального ХС, ХС ЛПНЩ, тригліцеридів (ТГ) і підвищенням ХС ЛПВЩ. Однак у пацієнтів першої групи з високим комплайенсом відмічалася більш виражена позитивна динаміка до нормалізації ліпідних характеристик, а саме зниження загального ХС на 5,87 %, ХС ЛПНЩ — на 9,12 % порівняно з другою групою (–3,54 та –7,34 % відповідно). Разом з тим у хворих першої групи спостерігалася збільшення рівня ХС ЛПВЩ на 1,24 % на відміну від представників другої групи, в яких була відсутня динаміка цього показника. Показовими є результати в третій групі, хворі якої перестали отримувати гіполіпідемічну терапію після виписки зі стаціонару. Характерною ознакою групи є збільшення рівнів загального ХС, ТГ і вірогідне ($p < 0,05$), більш ніж наполовину, зростання атерогенного ХС ЛПНЩ, рівень якого наприкінці дослідження досяг ($5,03 \pm 0,13$) ммоль/л.

Висновки. Висока прихильність хворих до ліпідознижувального лікування аторвастатином у середньодобовій дозі 20 до 40 мг асоціювалася з оптимізацією ліпідного профілю плазми хворих. Через наявність високого атерогенного потенціалу в хворих з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом спостерігається загальна тенденція до прогресування атеросклеротичних уражень. Виявлені зміни доводять необхідність стовідсоткової прихильності до лікування з метою зменшення ризику серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2-го типу.

УДК 616.34-008.87-056.257

Ілюшина А.А., Павлович Л.Б., Оленович О.А.,
Маслянюк В.А.
Кафедра клінічної імунології, алергології
та ендокринології
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці

ПОРУШЕННЯ МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Основні складові каскаду метаболічних порушень при метаболічному синдромі (МС) — абдомінальне ожиріння, гіперліпідемія, тканинна інсулінорезистентність, артеріальна гіпертензія (АГ) — тісно пов'язані з функціональним станом органів травлення (Єгорова Є.Г., Звенигородська Л.А., Лазебник Л.Б., 2008). Проте стан органів травлення та їх роль у розвитку МС мало відомі клініцистам (Перова Н.В. і др., 2001).

Метою нашого дослідження було вивчити видовий склад та популяційний рівень порожнинної мікрофлори товстої кишки за умов метаболічного синдрому.

Матеріал і методи дослідження. Нами обстежено 25 хворих (15 жінок та 10 чоловіків) на МС та 14 практично здорових осіб, які склали контрольну групу. Середній вік пацієнтів — ($50,29 \pm 0,96$) року. Середня тривалість АГ — ($5,01 \pm 0,26$) року. Середній індекс маси тіла — ($32,92 \pm 0,38$) кг/м². Відношення окружності талії/окружність стегон — $0,93 \pm 0,01$. Надлишкової маси тіла спостерігали в усіх пацієнтів, у тому числі власне надлишкову масу тіла — у 21,77 % обстежених, ожиріння 1-го ступеня — у 58,06 %, ожиріння 2-го ступеня — у 12,90 %, ожиріння 3-го ступеня — у 7,26 %. Середній систолічний і діастолічний АГ — відповідно ($156,03 \pm 0,79$) та ($91,17 \pm 0,32$) мм рт.ст. Середня ЧСС — ($76,1 \pm 0,69$) за 1 хв. Крім загальноклінічного, лабораторного та інструментального обстеження всім хворим проведено мікробіологічне дослідження вмісту порожнини товстої кишки зі встановленням видового та кількісного складу автохтонних облигатних і факультативних та алохтонних мікроорганізмів.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати вивчення видового складу та популяційного рівня мікрофлори вмісту порожнини товстої кишки у хворих на МС свідчать про зниження популяційного рівня автохтонних облигатних біфідобактерій, лактобактерій, ентерококів. При цьому зростав популяційний рівень умовно-патогенних бактероїдів, пептокока, пептострептококів, клостридій, стафілококів та дріжджоподібних грибів роду *Candida*. На цьому фоні відбувалася контамінація порожнини товстої кишки умовно патогенними превотелами та ентеробактеріями, які досягають високого популяційного рівня. Аналіз змін видового складу та популяційного рівня мікрофлори порожнини товстої кишки надав можливість встановити, що в 15 хворих виявлений дисбактеріоз, а в 10 — дисбіоз. Дисбактеріозом I, II і III ступенів страждали по 1 хворому, а дисбактеріоз IV ступеня верифікований у 12 (48 %) хворих. Дисбіоз IV ступеня встановлений у 6 (24 %) хворих та III ступеня — в 1 хворого. Таким чином, дисбактеріоз та дисбіоз IV ступеня встановлений у 18 (72 %) хворих, III ступеня — у 2 (8 %) хворих, II ступеня — в 1 хворого, I ступеня — в 1 хворого.

Висновок. Метаболічний синдром супроводжується формуванням кишкового дисбактеріозу та дисбіозу IV ступеня в 72 % хворих.

УДК 616.34-008.87:616.379-008.64

Ілюшина А.А., Пашковська Н.В., Павлович Л.Б.,
Оленович О.А., Маслянюк В.А.
Кафедра клінічної імунології, алергології
та ендокринології
Буковинський державний медичний університет,
м. Чернівці

КОРЕКЦІЯ МІКРОБІОЛОГІЧНИХ ЗМІН КИШЕЧНИКА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Цукровий діабет (ЦД) залишається однією з актуальних проблем клінічної медицини. Йому влас-