

Результаты. Дапаглифлозин обеспечивает выведение примерно 70 г/сут глюкозы с мочой, что соответствует 280 ккал/сут при его применении в дозе 10 мг в сутки пациентами с СД-2 на протяжении 12 недель. При этом диурез повышается в среднем только на 375 мл/сут (1 дополнительное мочеиспускание в сутки). У больных с СД-2 препарат также вызывает дозозависимое снижение массы тела вследствие осмотического диуретического эффекта и потери калорий за счет глюкозурии. На сегодняшний день дапаглифлозин был изучен в 11 двойных слепых рандомизированных контролируемых исследованиях с участием в общей сложности 5693 пациентов с СД-2. По данным С. J. Bailey и соавт. уже через 12–24 недели применения дапаглифлозина в виде монотерапии снижение уровня HbA_{1c} у больных СД-2 составляло 0,54–0,89%, а снижение массы за счет уменьшения подкожно-жировой клетчатки – 2–3 кг по сравнению с плацебо. В исследовании М. А. Nauck и соавт. наблюдалось снижение артериального давления и увеличение гематокрита (на 1–2%), что связывают с его диуретическим эффектом. Частота гипогликемии при применении дапаглифлозина не отличалась от таковой при применении плацебо. Самым серьезным побочным эффектом, который удалось выявить при проведении клинических исследований - инфекции урогенитального тракта – вульвовагинит, балантит (2–13 против 0–8%). Но этот побочный эффект редко становится причиной отказа пациентов от лечения. Показание к назначению данного селективного ингибитора SGLT2 - необходимость улучшения гликемического контроля у пациентов с СД-2 как монотерапия в сочетании с диетой, так и в качестве дополнения к лечению метформином при отсутствии адекватного гликемического контроля на данной терапии. Противопоказаниями считаются возраст младше 18 и старше 75 лет, почечная недостаточность средней и тяжелой степени тяжести, гиповолемия, одновременный прием петлевых диуретиков, пиоглиитаона, беременность и лактация.

В эндокринологическом отделении КУОЗ «ОКБ» за период с сентября по декабрь 2014 г. препарат дапаглифлозина («Форксига») был назначен 20 больным с субкомпенсированным СД-2 в комбинации с метформином (11 женщин и 9 мужчин в возрасте от 48 до 65 лет). На фоне терапии отмечен более стойкий контроль гликемии. Наблюдались побочные явления в виде кандидозных вульвовагинитов (у 7-ми женщин) и балантитов (у 3-х мужчин), что не являлось поводом для отказа от приема препарата. Данным больным дополнительно назначалась противогрибковая терапия с положительным эффектом. Ведется дальнейший мониторинг эффективности препарата.

Выводы. Дальнейшее изучение клинических эффектов селективных ингибиторов SGLT2, в частности, дапаглифлозина является перспективным направлением современной эндокринологии. Несмотря на хорошие результаты в клинических исследованиях, до сих пор нет подтверждения их абсолютной безопасности при постоянном длительном применении.

В'юн Т.І.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Харківський національний медичний університет

Проблема сукупного перебігу захворювань внутрішніх органів на теперішній час набуває все більшого значення. Це пов'язано з тим, що в повсякденній лікарській практиці такі хворі складають значну більшість і в кожному випадку потребують

розробки адекватної терапії. Серед таких захворювань перше місце належить хворобам серцево-судинної системи, які за своєю розповсюдженістю, показниками інвалідності та смертності значно випереджають інші патологічні стани. В той же час за даними статистичних викладок велику розповсюдженість мають захворювання біліарного тракту, а саме, хронічний холецистит. Поєднання обох груп захворювань визначає певні особливості клінічної симптоматики, що виникають внаслідок перетинання патогенетичних ланок та лікувальних заходів.

Метою роботи було визначення особливостей клінічних проявів артеріальної гіпертензії або ІХС у пацієнтів з ХБХ.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 37 хворих з ХБХ, серед яких у 21 випадку він перебігав на тлі АГ, та у 16 – ІХС. Вік хворих коливався від 27 до 59 років (в середньому – $41,4 \pm 5,7$ років), переважали жінки – 37 осіб (78,4%). Тривалість захворювання на ХБХ перебувала в межах від 4 до 18 років; захворювання серцево-судинної системи мали анамнез від 6 до 17 років. Частіше з означених захворювань передував ХБХ (27 пацієнтів – 73%), у 7 осіб (18,9%) – АГ та у трьох (8,1%) – ІХС. Група порівняння була представлена 19 особами з ХБХ без супутньої патології серцево-судинної системи. Всі хворі перебували на стаціонарному лікуванні та проходили обстеження згідно протоколів ведення таких пацієнтів. Оцінювали перебіг больового та астеноневротичного синдромів.

Результати та їх обговорення. Так, виникнення больового синдрому у осіб на ізольований ХБХ частіше було пов'язано з погіршістю в дієті або фізичним навантаженням. Біль локалізувався в правій ділянці живота (17) та іррадіював до правої лопатки (14); тривав до 3-4 годин та декілька зменшувався при призначенні спазмолітичних препаратів. Одночасно спостерігалися нестійкі випорожнення зі схильністю до закріпів. В той же час вже на 3-4 день перебування у відділенні біль значно зменшувався. У хворих з сукупною АГ виникнення болю в точці проекції жовчного міхура доволі часто (66,7%) відбувалося на тлі підвищення АТ та супроводжувалося у 13 осіб (61,9%) короткочасною нудотою. У цих хворих не було визначено іррадіації болю до правої половини тулуба, тривалість її залежала від зберігання висоти АТ. У хворих на ІХС біль виникав на тлі кардіалгій, супроводжувався тахікардією, а у 9 (56,3%) випадках – появою екстрасистолії. Якщо хворі визначали появу стенокардії в нічний час (7 – 43,8%), то виникав дискомфорт в правому підребер'ї, який не призводив до розгорнутого больового приступу; причому такі клінічні прояви зберігалися тривалий час – 3-4 години. В утішні часи такі хворі визначали загальну слабкість, млявість, нездужання. Призначення таким хворим спазмолітичних препаратів під час загострення кардіальної патології практично не призводило до покращення стану, однак біль зникав під впливом патогенетичної терапії відповідної нозологічної форми – гіпотензивні або коронаролітичні препарати. Іншою проблемою у означених хворих був «антено-вегетативний хвіст», який проявлявся тривалим (2-3 місяці) астенічним синдромом.

Висновки. Поєднаний перебіг ХБХ та АГ або ХБХ і ІХС призводить до змін клінічної симптоматики: ознаки кардіальної патології виступають на перший план, а прояви біліарного захворювання декілька згладжуються або набувають атипового перебігу. Виникаючий больовий синдром в такому разі, ймовірно, має рефлекторний характер, як наслідок залучання симпатичної нервової системи. Іншою особливістю таких хворих є тривалий антено-вегетативний синдром, який зберігався 2-3 місяці.