**Мазур Людмила Петрівна. Типи дисліпідемій та їх корекція вобензимом і кверцетином у хворих на цукровий діабет, поєднаний зі стеатогепатитом : дис... канд. мед. наук: 14.01.02 / Тернопільський держ. медичний ун-т ім. І.Я.Горбачевського. — Т., 2007. — 244арк. — Бібліогр.: арк. 187-226**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Мазур Л.П. Типи дисліпідемій та їх корекція вобензимом і кверцетином у хворих на цукровий діабет, поєднаний зі стеатогепатитом**– Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.02 – внутрішні хвороби. Івано-Франківський державний медичний університет МОЗ України, Івано-Франківськ, 2007.  Дисертація присвячена дослідженню ефективності комплексної терапії з вобензимом і кверцетином при цукровому діабеті 1 і 2 типів із дисліпідемією та стеатогепатитом. На підставі обстеження 172 хворих доведено доцільність вивчення параметрів ліпідограми, імунної резистентності, перекисного окиснення ліпідів, системного запалення та маркерів функції печінки. Встановлено, що дисліпідемія та активація інших факторів атерогенезу більш виражені при цукровому діабеті 2 типу та у хворих зі стеатогепатитом.  Стандартна терапія не справляла ефекту на вказані показники. Застосування вобензиму було більш ефективним при цукровому діабеті 1 типу з порушеннями імунної реактивності та проявами системного запального процесу. Комплексне лікування з кверцетином мало більшу дієвість при 2 типі з суттєвою дисліпідемією, порушеннями перекисного окиснення ліпідів та системного запалення. | |
| |  | | --- | | У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення і нове вирішення актуального науково-практичного завдання – підвищення ефективності лікування хворих на цукровий діабет із супутнім стеатогепатитом та дисліпідемією шляхом застосування диференційованих програм комплексного лікування зі включенням препарату системної ензимотерапії вобензиму та біофлавоноїда кверцетину, що дозволяє нормалізувати основні патогенетичні фактори прогресування даних патологічних процесів – порушення функціональної здатності печінки, імунного статусу, дисфункції системи перекисного окиснення ліпідів та системного запального процесу.  1. У 75,3 % хворих цукровий діабет 1 типу поєднується зі стеатогепатитом з переважанням синдрому цитолізу, при цукровому діабеті 2 типу прояви стеатогепатиту спостерігаються в 83,5 % обстежених, проявляючись переважно холестатичним синдромом, що суттєво погіршує перебіг основного захворювання і посилює прояви дисліпідемії.  2. У хворих на цукровий діабет 1 і 2 типів спостерігаються різні типи порушень ліпідного спектру крові. При цукровому діабеті 1 типу дисліпідемія проявляється помірним зростанням рівня загального холестерину на 26,7 %, тригліцеридів на 50,0 %, холестерину ліпопротеїдів низької та дуже низької густини на 38,7 % і 50,0 %, що зумовлює підвищення коефіцієнта атерогенності на 46,5 %. При цукровому діабеті 2 типу розвивається виражена дисліпідемія, яка характеризується суттєвим зростанням вмісту загального холестерину на 52,2 %, тригліцеридів у 2,2 рази, холестерину ліпопротеїдів низької та дуже низької густини на 95,6 % і 101,0 % і зниженням холестерину ліпопротеїдів високої густини на 75,0 %, що підвищує коефіцієнт атерогенності в 3,5 рази.  3. У хворих на цукровий діабет обох типів, ускладнений стеатогепатитом, суттєві порушення параметрів ліпідограми корелюють зі змінами імунного статусу (r=0,342–0,668), дисбалансом у системах перекисного окиснення ліпідів і антиоксидантного захисту (r=0,324–0,639), зростанням маркерів системного запального процесу (r=0,318–0,537) та ендогенної інтоксикації (r=0,370–0,513). При цьому у хворих на цукровий діабет 1 типу переважають порушення імунної  13  реактивності, а при цукровому діабеті 2 типу – пригнічення антиоксидантної системи захисту і активація вільнорадикального окиснення ліпідів.  4. Застосування курсу базового лікування з досягненням компенсації цукрового діабету приводить до покращення клінічного перебігу захворювання, проте не відмічено суттєвого впливу такого лікування на вираженість лабораторних синдромів ураження печінки, дисліпідемії, імунні порушення, активність системного запального процесу та функціональний стан систем перекисного окиснення ліпідів і антиоксидантного захисту, тобто в таких хворих залишаються умови для прогресування ускладнень основного захворювання.  5. При включенні в комплексну терапію вобензиму у хворих досягнуто покращення клінічного перебігу як цукрового діабету 1 і 2 типів, так і стеатогепатиту за рахунок нормалізації функціональної здатності печінки, зменшення системного запального процесу, вторинного імунодефіцитного стану, ендогенної інтоксикації та відновлення рівноваги в активності системи вільнорадикального окиснення ліпідів, що в кінцевому результаті забезпечило гіполіпідемічний ефект. Клінічна ефективність вобензиму у хворих на стеатогепатит при цукровому діабеті 1 типу суттєво вища, ніж при цукровому діабеті 2 типу.  6. Застосування комплексної терапії з включенням біофлавоноїда кверцетину у хворих на цукровий діабет (особливо при цукровому діабеті 2 типу, поєднаного зі стеатогепатитом) приводить до суттєвого регресу дисліпідемії як внаслідок безпосередньої дії препарату на ліпідний обмін, так і шляхом покращення функціональної здатності печінки, за рахунок відновлення трансмембранного обміну в гепатоцитах, антиоксидантного та імунного захисту, зниження проявів системного запального процесу та ендогенної інтоксикації.  7. На підставі проведених досліджень розроблено алгоритм диференційованого лікування хворих на ЦД в поєднанні зі стеатогепатитом та дисліпідемією, який полягає у включенні в стандартну терапію вобензиму при зниженні імунної реактивності та активації системного запального процесу і рівня ендотоксемії при ЦД 1 типу або біофлавоноїда кверцетину – при активації вільнорадикального окиснення ліпідів і зниженні функціональної здатності антиоксидантних систем захисту при ЦД 2 типу. | |