



коли цей коефіцієнт мало змінюється в інших структурах, у т.ч. за наявності токсигенних штамів CagA+VacA-/CagA-VacA+ ((1,14±0,017), (1,09±0,021), (1,16±0,028) відповідно). Після антихелікобактерної терапії (езомепразол 20 мг 2 р/д, амоксицилін 1,0 г 2 р/д фуразолідон 200 г 4 р/д протягом 10 днів ) з використанням пробіотика «Лациум» по 1саше 2 р/д 1 міс. коефіцієнт R/B у цитоплазмі ендотеліоцитів, покривного епітелію та слизистих клітин у хворих на ПШ із АГ і ЦД2 CagA+VacA+ ((1,16±0,024), (1,05±0,017), (1,15±0,020) підвищується у порівнянні з групою хворих за наявності токсигенних штамів CagA+VacA-/CagA-VacA+ ((1,02±0,021), (0,95±0,018), (1,08±0,020) відповідно). А при відсутності супутньої патології запропонована схема підвищує коефіцієнт R/B у всіх вище зазначених структурах.

Використання запропонованої антихелікобактерної схеми лікування дозволило підсилити позитивний ерадикаційний ефект із покращення морфологічних показників слизової шлунка та дванадцятипалої кишки у поєднанні з артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом типу 2 з урахуванням токсигенності штамів.

**Слухенская Р.В.**

## **ВЛИЯНИЕ ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ОЗДОРОВЛЕНИЯ СТУДЕНТОВ**

*Кафедра внутренней медицины, физической реабилитации и спортивной медицины*

*Высшее государственное учебное заведение Украины*

*«Буковинский государственный медицинский университет»*

Основной любой нации - это здоровая нация, одной из главных задач ВУЗ - это здоровое молодое поколение, то есть студенты. Одним из направлений в физическом воспитании студенческой молодежи является физкультурно-спортивная деятельность. Это связано с ухудшением здоровья студентов, из-за режима обучения, которое сопровождается значительными физическими умственными и психическими нагрузками.

На сегодняшний день есть необходимость поиска эффективных мероприятий, которые направлены на оздоровление студенческой молодежи, в связи с этим увеличивается роль систематических занятий физической культурой и спортом, как одним из направлений физического развития, усовершенствования студентов. Физкультурно-спортивная деятельность студента должна быть разносторонней, и в первую очередь направленная не только на физическое развитие и достижения результатов в определенном виде спорта, но и на получения удовольствия и радости от занятия – во многом спортивная деятельность студента зависит не только от наличия двигательного навыка и физической подготовленности, но и от позитивного отношения к занятиям.

Одним из важнейших направлений высшего образования является формирования у студентов здорового образа жизни, при этом, физическая культура и спорт - это важнейший ресурс для развития полноценно здорового человека, который имеет значительные возможности в решении заданных разного направления – социально-экономических, воспитательно-образовательных и оздоровительных. Физическую культуру и спорт необходимо рассматривать как сильнейшее педагогическое средство оптимизации жизни и обучения студента, это одна из сторон общей культуры человека, таким образом, физическое воспитание – это одно из направлений формирования разностороннего развития личности студента, его индивидуальности.

На протяжении учебного года реализуются разные формы оздоровительной деятельности студента: запланированные и самостоятельные занятия физической культурой. Все эти формы двигательной активности вместе позволяют обеспечить двигательную активность студента на протяжении всего дня, рационально распределить физическую, умственную и эмоциональную нагрузку. Для них необходимо организовать секционную работу с разных видов спорта, а также имеющих популярность на данное время оздоровительных видов гимнастики и единоборств. Необходимо и дальше анализировать проведения свободного времени студентами ВУЗ с усовершенствования теоретических и практических рекомендаций по организации физкультурно-спортивной работы.

**Смандич В.С.**

## **ЗАСТОСУВАННЯ L-КАРНІТИНУ ПРИ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ОЖИРІННЯ**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Важливою проблемою в Україні та світі сьогодні є ожиріння, захворюваність на яке за останні роки зросла на 57%. Це найбільш поширена ендокринна патологія, яка зустрічається, у середньому, в 80% ендокринологічних хворих. Серед патологій, яка є коморбідною з ожирінням, істотно місце займає хронічний панкреатит (ХП), виникнення якого суттєво знижує якість життя хворих, сприяє розвитку істотних розладів ліпідного обміну - формування ліпідного дистрес-синдрому. Нагальною проблемою сьогодення є також пошук ефективних засобів щодо корекції фонових метаболічних розладів, які б сприяли зростанню ефективності лікування та профілактиці прогресування даних захворювань.

L-карнітин - вітаміноподібна сполука, яка бере участь в процесах обміну речовин в якості переносника жирних кислот через клітинні мембрани з цитоплазми в мітохондрії, де ці кислоти піддаються процесу β-окислення з утворенням великої кількості метаболічної енергії (у формі АТФ). L-карнітин нормалізує білковий і жировий обмін, відновлює лужний резерв крові, пригнічує утворення кетокислот і анаеробний гліколіз, зменшує ступінь лактатацидозу, а також підвищує переносимість фізичних навантажень, при цьому сприяє економічному витрачання глікогену і збільшенню його запасів у печінці. Доведена патогенетична роль L-



карнітину в лікуванні коморбідного перебігу ожиріння та неалкогольної хвороби печінки, цукрового діабету типу 2 із артеріальною гіпертензією, інфаркті міокарда, кардіоміопатіях, серцевій недостатності.

Метою дослідження було з'ясувати ймовірний вплив L-карнітину на клінічний перебіг хронічного панкреатиту у хворих на ожиріння, стан ліпідного спектру крові та ендокринні аспекти його регуляції.

Обстежено 60 хворих на ХП змішаної етіології, больова форма, рецидивуючий перебіг у фазі загострення середньої тяжкості із коморбідним ожирінням I ступеня. Для визначення ефективності лікування за випадковою ознакою було сформовано дві репрезентативні групи пацієнтів. Середній вік хворих становив  $41,7 \pm 4,2$  років. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку та статі. Контрольна група (група 1(К) 30 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту з усуненням екстрактивних страв, антисекреторний (інгібітор протонної помпи), спазмолітичний (мебеверину гідрохлорид) упродовж 1 місяця, поліферментний (креон 10-20 тис. ОД) та гіполіпідемічний (аторвастатин 20-40 мг) препарати упродовж 90 днів. Основна група (група 2 (О) 30 осіб), крім наведеної вище терапії отримувала питну форму L-карнітину (стеател) по 1,0 (10 мл) 2 рази на день упродовж 90 днів.

Аналіз впливу запропонованої терапії хворим на ХП (група О) на перебіг захворювання у порівнянні із К групою виявив покращення самопочуття, зменшення ознак астено-вегетативного, інтоксикаційного синдромів, диспептичних проявів у пацієнтів О групи відмічали на 4-5 день від початку лікування, тоді, як у хворих К групи лише з 10 дня. Через 2 тижні від початку терапії астено-вегетативний синдром значно меншої інтенсивності зберігався лише у 3 осіб (10,0%) О групи, тоді як в К групі він залишався у 11 хворих (36,7,0%). У той же термін у більшості хворих О групи зникли біль та відчуття важкості в епігастральній ділянці (відповідно у 25 (83,3%), а також практично не турбували диспептичні явища (у 28 хворих (93,3%), що продовжувало спостерігатися у більшості хворих К групи і на 15-й, і на 90-й день лікування.

Порівняльна динаміка інтенсивності основних клінічних синдромів О та К груп на 30-й день лікування виглядала наступним чином: загальні прояви інтоксикаційного синдрому в О групі зменшились на 32-39 % ( $p < 0,05$ ) в порівнянні з К групою, прояви диспептичного синдрому – на 44-65 % ( $p < 0,05$ ), клінічні прояви абомінально-больового синдрому – у межах 41-46 % ( $p < 0,05$ ). Усунення діарейного синдрому під час загострення ХП в обох групах настало одночасно без суттєвої переваги ефективності курсів лікування.

Ультрасонографічне дослідження підшлункової залози після лікування хворих на ХП О групи виявило істотне зниження ступеня стеатозу (зменшення відсотка дорзального згасання ехосигналу), трансформацію середньозернистої структури паренхіми у дрібнозернисту та більш однорідну, а також зменшення запального набряку підшлункової залози (вертикальний розмір голівки  $26,0 \pm 2,3$  мм проти  $34,3 \pm 3,2$  мм до лікування,  $p < 0,05$ ), у той час, як через 3 міс. після лікування даний параметр вже становив  $23,0 \pm 2,1$  мм (27,8 % ( $p < 0,05$ )). Нами також був проаналізований інтегральний біохімічний показник, який відображає ступінь регуляції ліпідного обміну – вміст у крові лептину – гормону жирової тканини, який у хворих О групи вірогідно знижувався на 90-й день лікування на 40,0 % ( $p < 0,05$ ), а також при обстеженні через 3 міс. після лікування – знизився на 53,1%. У К групі вміст лептину також знижувався під впливом лікування, але невірогідно ( $p > 0,05$ ).

Застосування L-карнітину у комплексній терапії хворих на ХП із ожирінням сприяє швидшому досягненню клінічної ремісії ХП, оптимізації ліпідного спектру крові, зменшенню ступеня стеатозу та запального набряку підшлункової залози, потенціюванню дії статинів, а також нормалізації процесів регулювання ліпідного обміну у хворих на ожиріння.

**Ступницька Г.Я.**

### **МЕТАБОЛІЗМ АДИПОКІНІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЗАЛЕЖНО ВІД НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ**

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Багатьма дослідженнями доведена роль лептину, адипонектину та резистину при загостренні хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та у стабільному його періоді. Останнім часом зростає інтерес до ролі цинк- $\alpha_2$ -глікопротеїну (ЦАГ), оскільки він має ліполітичну дію і відіграє потенційну роль в ожирінні.

Мета дослідження - вивчити особливості метаболізму адипокінів у хворих на ХОЗЛ під час загострення захворювання залежно від нутритивного статусу.

Обстежено 45 хворих на ХОЗЛ із ожирінням, надмірною масою тіла, дефіцитом маси тіла та нормальним ІМТ та 15 осіб із нормальною функцією легень. Рівень лептину, адипонектину, ЦАГ у сироватці крові визначали за допомогою імуноферментного аналізу (Diagnostics Biochem Canada Inc, Канада, Assay, США, BioVendor – laboratorní medicína a.s. Karasek 1767/1 Czech Republic). Рівень лептину у хворих на ХОЗЛ під час загострення захворювання був вищим порівняно із здоровими особами ( $p < 0,05$ ). Адипонектин був найнижчим у хворих на ХОЗЛ із ожирінням. У хворих на ХОЗЛ із дефіцитом маси тіла рівень адипонектину був достатньо високим, особливо порівняно із хворими з надмірною масою тіла та ожирінням (на 61,8% та 68,6%,  $p < 0,05$ ). Підвищення вмісту ЦАГ було найістотнішим у пацієнтів із дефіцитом маси тіла. Встановлені тісні обернено пропорційні кореляційні зв'язки між ЦАГ та ІМТ ( $r = -0,63$ ,  $p < 0,001$ ), м'язовою масою ( $r = -0,38$ ,  $p < 0,01$ ), жировою масою ( $r = -0,52$ ,  $p < 0,001$ ) та рівнем вісцерального жиру ( $r = -0,57$ ,  $p < 0,001$ ). Таким чином,