



Косар Л.Ю.

ЗМІНИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ ТА АЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Мета дослідження – визначення та порівняння показників ліпідного спектру крові у хворих на стеатогепатит алкогольної та неалкогольної етіології з супутнім ожирінням I-II ступеня. Було обстежено 80 хворих: у 40 хворих було встановлено неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) на тлі ожиріння I-II ступеня, у 40 хворих – алкогольний стеатогепатит (АСГ) з супровідним ожирінням I-II ступеня. Ліпідний спектр крові вивчали за вмістом в крові загальних ліпідів, загального холестеролу (ХС), триацилгліцеролів (ТГ), ліпопротеїнів низької (ЛПНГ), дуже низької (ЛПДНГ) та високої густини (ЛПВГ) за допомогою наборів фірми «Danush Ltd» (м.Львів). Обчислювали індекси ліпідного балансу: загальний ХС/ТГ, ЛПНГ/ЛПВГ, індекс атерогенності (ІА) = ХС/ЛПВГ.

Для НАСГ на тлі ожиріння характерний істотніший дисбаланс ліпідного спектру крові проти АСГ: зростання вмісту у крові загального холестеролу (у 1,44 та 1,74 раза проти 1,26 та 1,29 раза при АСГ), холестеролу ліпопротеїнів низької густини (у 1,88 та 2,36 раза проти 1,54 та 1,59 раза), триацилгліцеролів (у 1,89 та 2,90 раза проти 1,63 та 1,74 раза), зниження вмісту у крові ліпопротеїнів високої густини (у 1,70 та 1,87 раза проти 1,45 та 1,59 раза відповідно) із істотним зростанням індекса атерогенності (у 2,63 та 3,50 раза при НАСГ проти 1,97 та 2,23 раза при АСГ). Із зростанням ступеня ожиріння ступінь гіперліпідемії зростає у хворих на АСГ та НАСГ. Із зростанням ступеня активності стеатогепатиту як алкогольного, так і неалкогольного встановлено зниження ліпідсинтезуючої функції печінки: зниження вмісту в крові загального ХС, ЛПНГ, ТГ, ЛПДНГ із зростанням ступеня мезенхімального запалення та цитолітичного синдрому.

Проведений багатофакторний дисперсійний аналіз результатів досліджень вказує на те, що найбільш значимими вірогідними маркерами та абсолютними факторами ризику розвитку та прогресування НАСГ є рівень загальних ліпідів крові вище 8,0 ммоль/л, загального ХС крові – вище 6,0 ммоль/л, вмісту ЛПНГ – вище 4,0 ммоль/л, ЛПВГ – нижче 1,0 ммоль/л, вмісту ТГ – вище 2,0 ммоль/л, індексу атерогенності – вище 7. Для АСГ відповідно: рівень загальних ліпідів крові вище 6,0 ммоль/л, загального ХС крові – вище 5,5 ммоль/л, вмісту ЛПНГ – вище 3,5 ммоль/л, ЛПВГ – нижче 1,0 ммоль/л, вмісту ТГ – вище 2,0 ммоль/л, індексу атерогенності – вище 6.

Таким чином, метаболічними передумовами розвитку НАСГ на тлі ожиріння є вірогідна гіперліпідемія, гіпертриацилгліцеролемія, гіперхолестеролемія, зростання вмісту в крові ліпопротеїнів низької та дуже низької густини, зниження вмісту ліпопротеїнів високої густини. Зміни ліпідного спектру крові при АСГ є менш вираженими, ніж при НАСГ та виникають внаслідок підвищеного біосинтезу ХС та ТГ із етанолу, який надходить у організм у великій кількості, а у подальшому процеси анаболізму ліпідів гальмуються в результаті розвитку печінково-клітинної недостатності.

Кушнір Л.Д.

ВПЛИВ НЕБУЛАЙЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Відомо, що базисна терапія бронхіальної астми (БА) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) повинна включати селективні β_2 -адреноміметики. Нами був обраний новий препарат пульмікорт, що може дозволити використання даного препарату для зняття бронхоспазма різної етіології у пульмонологічних, терапевтичних і у відділеннях анестезіології та невідкладної терапії. Лікування пульмікортом проводилося шляхом використання небулайзерів, що дозволило діючу рідину перетворити на аерозольну шмарку,



розмірами мікрочастинок 1–5 мкм, які максимально глибоко проникають у найвіддаленіші частинки бронхіального дерева з безпосередньою дією на β_2 -адренорецептори бронхіол та альвеол. Це дозволить уникнути небажаного ефекту на серцево-судинну систему, у вигляді підвищення кількості серцевих скорочень.

Метою дослідження було оцінити вплив небулайзерної терапії у хворих на бронхіальну астму та хронічне обструктивне захворювання легень. Обстежено 27 хворих на БА, яким проводили інгаляцію пульмікортом в дозі 0,5 (основна група) та 18 хворих на БА, яким не використовували небулайзерну терапію (контрольна група). Також дослідження проводили на 21 хворому на ХОЗЛ, які інгалювали пульмікортом в дозі 0,5 (основна група) та 25 пацієнтів з ХОЗЛ, що отримували лише ін'єкційні і таблетовані форми лікарських речовин (контрольна група). Всі наші обстежувані були віком 42-76 років у стадії загострення. Поряд із загальноприйнятими клінічними, лабораторними, рентгенологічними методами діагностики нами також використовувалася комп'ютерна спірографія з аналізом кривої „потік-об'єм” та визначення показників бронхіальної обструкції. Визначали ефективність пульмікорта за допомогою небулайзера шляхом інгаляції 1 раз на добу протягом 10 днів із визначенням змін комп'ютерної спірографії на 10 день лікування у стаціонарі.

Застосування пульмікорту за допомогою небулайзера значно підвищувало ефективність лікування. Так, у всіх хворих на БА основної групи відмічалася суттєве покращення загального самопочуття (зменшення задухи і кашлю) та були виявлені позитивні зміни на комп'ютерній спірографії вже на 2-3-ту добу лікування, у порівнянні з контрольною групою, коли зменшення задухи відбувалося на 7-8 день лікування. Комп'ютерна спірографія на 10 день лікування виявляла зростання ОВФ₁ на 42% та ПОШ_{вид} на 28% у порівнянні із контрольною групою ($p < 0,05$). Всі пацієнти на ХОЗЛ основної групи покращення суб'єктивної симптоматики відмічали на 3-5 добу у порівнянні із контрольною групою цієї патології, коли позитивні зміни виявлялися на 6-8 день лікування. На 10 добу хворі на ХОЗЛ основної групи мали приріст ОВФ₁ на 22% та ПОШ_{вид} на 18% у порівнянні із контрольною групою ($p < 0,05$).

Таким чином використання пульмікорту за допомогою небулайзера значно підвищує ефективність лікування бронхіальної обструкції у хворих на БА та ХОЗЛ, що дозволяє більш широко використовувати запропонований нами метод лікування у цих груп хворих.

Лазарук Т.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ПЛАЗМИ КРОВІ У ХВОРИХ НА КОМОРБІДНУ ПАТОЛОГІЮ – ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Хронічний панкреатит (ХП) - поліетіологічне захворювання, у виникненні якого одну із головних ролей відіграє запалення. Запалення важливе у прогресуванні симптомів (біль та диспепсія), вважається пусковим чинником загострень, спостерігається у системних порушеннях з виникненням коморбідної патології (ендокринної, дихальної та ін.).

Обстежено 30 хворих на ХП (I група) та 30 хворих на ХП із супутнім хронічним обструктивним запаленням легень (ХОЗЛ) (II група). Фібринолітичний потенціал оцінювали за оцінкою сумарної фібринолітичної активності (СФА), ферментативної фібринолітичної активності (ФФА) та неферментативної фібринолітичної активності (НФА) плазми крові. Для визначення вище вказаних показників використовували набори реактивів фірми «Simko Ltd» (Україна).

Аналізуючи отримані дані встановлено зниження СФА на 12,1% у I групі, а у II – на 25,2%. Прослідковується тенденція до зниження даного показника внаслідок зниження ферментативної фібринолітичної активності на 29,4% та 48,2% відповідно. Водночас, визначалося зростання неферментативної фібринолітичної активності у хворих на ХП на