



Присяжнюк В.П.

МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ L-КАРНІТИНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"*

В останні десятиліття спостерігається значне зростання поширеності неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), ознаки якої можуть траплятися у близько третини дорослого населення у країнах Західної Європи та Північної Америки та 15% – у країнах Азії.

Мета дослідження - вивчити ефективність використання L-карнітину у комплексному лікуванні хворих на НАЖХП.

Обстежено 60 хворих на НАЖХП віком від 21 до 72 ($54,15 \pm 12,3$) років. Основна група включала 30 хворих на НАЖХП, яким додатково до основного лікування призначали Карнівіт (L-карнітин) (ТОВ "Юрія-Фарм", реєстраційне посвідчення № UA/14174/01/01) у дозі 2 г (10 мл) один раз день доведено, струменево, повільно впродовж 14 днів. Групою порівняння були 30 хворих на НАЖХП, які отримували загальноприйняте базисне лікування. Контрольну групу становили 45 практично здорових осіб, репрезентативних за віком та статтю до пацієнтів досліджуваних груп. Біохімічні дослідження крові здійснювали на біохімічному аналізаторі "Accent-200" ("Cormay S.A.", Польща) за допомогою стандартних реактивів та методик. Визначення показників цитокінового та адипокінового профілів здійснювали на імуноферментному аналізаторі "Statfax 303/Plus" ("Awareness Technology Inc.", США). У крові обстежених пацієнтів та практично здорових осіб визначали рівень TNF- α ("Bender MedSystems GmbH", Австрія), лептину ("Diagnostics Biochem Canada Inc", Канада), адипонектину ("BioVendor – Laboratori medicina", Чеська Республіка).

У пацієнтів основної групи відзначали достовірне зменшення активності АсАТ на 51,5 % ($p = 0,03$) та АлАТ – на 50,9 % ($p = 0,046$) після проведеного лікування. Окрім достовірного зниження активності цитолізу у хворих, яким додатково призначали L-карнітин, відзначали зменшення активності ЛДГ (заг.) на 16,2% ($p = 0,03$). Активність ГГТП упродовж лікування достовірно знижувалася у пацієнтів обох груп, значніше у хворих основної групи – на 55,8 ($p = 0,04$), у пацієнтів групи порівняння – на 27,7 ($p = 0,03$).

У пацієнтів основної групи після проведеного лікування відзначали достовірне зменшення вмісту TNF- α у крові на 39,8% ($p = 0,04$). У хворих групи порівняння спостерігалася лише тенденція до зниження концентрації зазначеного прозапального цитокіну у крові. Для пацієнтів основної групи було властивим достовірне зменшення вмісту лептину у крові на 44,1% ($p = 0,02$) на тлі зростання концентрації адипонектину – у 2,03 рази ($p = 0,03$), що не було характерним для пацієнтів групи порівняння. Слід зазначити, що незважаючи на досліджений сприятливий вплив L-карнітину щодо зниження рівня прозапального TNF- α у крові, а також нормалізуючий ефект на адипокіновий профіль у хворих основної групи, після двотижневого курсу лікування концентрації TNF- α та адипокіну у крові все ж не досягали рівня відповідних показників у практично здорових осіб, що може вказувати на потребу у продовженні обраної терапевтичної схеми.

Отже, у хворих із неалкогольною жировою хворобою печінки, яким додатково до стандартної лікувальної програми призначали L-карнітин, упродовж двох тижнів лікування ефективніше коригувалися показники, які відображають процеси цитолізу, холестази та інтоксикаційного синдрому. Застосування L-карнітину сприяло достовірному зменшенню вмісту фактора некрозу пухлин- α , що свідчить про зниження інтенсивності процесів запалення, а також зниженню вмісту лептину на тлі зростання концентрації адипонектину у крові, що вказує на нормалізацію адипокінового дисбалансу.

Раца В.В., Федів О.І.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ОКСИДАНТНО-ПРОТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗУ КРОВІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

*Кафедри внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"*

Згідно з сучасними даними функції підшлункової залози (ПЗ) знаходиться під впливом цілого ряду гормонів, а регулююче місце в цьому ряду займають тиреоїдні гормони (ТГ). В.Л. Baker і Е.С. Pliske в 1957 році довели, що при видаленні щитовидної залози спостерігається атрофія ПЗ, а застосування ТГ веде до відновлення її маси та структури.

Метою дослідження було визначити зміни оксидантно-протиоксидантного гомеостазу крові при хронічному панкреатиті (ХП) у хворих на гіпотиреоз (ГЗ).

Було обстежено 45 хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні обласної лікарні та ендокринологічному диспансері м.Чернівці у 2014-2017 рр. З 45 осіб: 15 хворих на ХП у фазі загострення в групу №1, 15 хворих на ГЗ поєднаний з ХП в групу №2, 15 в склали практично здорові особи, що увійшли до групи №3.

У хворих на ХП вміст МА ср. у 1,35 рази вищий за показники контрольної групи практично здорових осіб і складав $8,76 \pm 1,14$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Щодо вмісту цього показника у хворих на ХП при ГЗ, то відмічено його зростання у 1,56 рази в порівнянні з показниками контрольної групи, що складало $10,15 \pm 1,40$ мкмоль/л ($p < 0,05$), проти $6,49 \pm 1,03$ мкмоль/л ($p < 0,05$), а в порівнянні з хворими на ХП відмічена тенденція до зростання