



(СФА). Пригнічення активності плазміну додаванням ϵ -амінокапронової кислоти дозволило визначити неферментативну фібринолітичну активність (НФА), а різницю між показниками сумарного та неферментативного фібринолізу оцінити, як ферментативну фібринолітичну активність (ФФА).

Аналіз отриманих даних показав вірогідне зменшення сумарної та ферментативної фібринолітичної активності плазми крові відповідно на 18,4 % і 15,3 % (у I групі), на 27,9 % і 34,5 % (у II групі), на 49,1 % і 61,2 % (у III групі) та на 57,6 % і 47,3 % (у IV групі) щодо нормальних величин. Водночас вірогідної різниці щодо неферментативного фібринолізу у обстежених хворих виявлено не було.

Таким чином, зниження сумарної та ферментативної фібринолітичної активностей може сприяти утворенню мікроскопічних тромбоцитарних і фібринових згустків в системі гемомікроциркуляції та призводити до розвитку внутрішньосудинного мікрозгортання крові, порушення місцевого кровообігу, з подальшим наростанням гіпоксії, порушенням проникності клітинних мембран тощо.

Смандич В.С., Хухліна О.С., Лар-Смандич О.В.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СУГЛОБІВ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ В ПОЄДНАННІ З ОЖИРІННЯМ ТА ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Одним із найбільш поширених захворювань суглобів, яке діагностується не менше ніж у 20% населення планети, є остеоартроз (ОА). В Україні офіційно зареєстровано понад 500 тис. хворих на ОА, що, як припускають експерти, значно менше, ніж у реальному житті. Згідно зі статистичними даними, кожен третій мешканець має подібне ураження суглобів. Актуальність даної патології для суспільства полягає в тому, що вона посідає третє місце за поширеністю, друге – за первинною інвалідизацією, перше – за тимчасовою непрацездатністю серед усіх захворювань.

Метою дослідження було виявити провідні клінічні синдроми, особливості перебігу та прогресування функціонально-морфологічних змін підшлункової залози, залежно від наявності коморбідних ожиріння та остеоартрозу великих суглобів.

Обстежено 132 хворих на ХП змішаної етіології, рецидивуючий перебіг у фазі загострення. У 32 пацієнтів з ХП не було встановлено коморбідних захворювань, які склали I-шу групу порівняння. У 35 пацієнтів ХП перебігав із коморбідним ожирінням I ступеня (2 група). У 65 пацієнтів ХП перебігав із коморбідними ожирінням I ступеня та остеоартрозом великих суглобів нижніх кінцівок (кульшові, колінні) I-II стадії (3 група). Групу контролю по ОА (4) склали 28 осіб, хворих на ОА великих суглобів з нормальною масою тіла. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб відповідного віку. Середній вік хворих (склав 43,8±4,7) року. Переважали пацієнти працездатного віку. Тривалість захворювання на ХП становила від 3 до 7 років. Розподіл на групи здійснювали згідно з принципом рандомізації. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО) віком від 32 до 50 років.

Аналіз одного із найбільш інформативних клінічних показників функціонального стану суглобів у хворих на ОА - індекса WOMAC та його складових (інтенсивність болю, обмеження рухливості, повсякденна діяльність) показав, що вони були вірогідно вищими у хворих на ОА, що поєднувався із ожирінням та ХП порівняно із хворими на ізольований ОА. Так, інтенсивність болю у хворих 3 групи перевищила показник у хворих 4 групи у 2,5 рази ($p < 0,05$). Пацієнтам з ОА із ХП та ожирінням було вірогідно важче виконувати повсякденні обов'язки (у 1,5 рази ($p < 0,05$)) порівняно із пацієнтами з ОА без супутньої патології. Обмеження рухливості (скутість) у суглобах також було у 2,4 рази вищим ($p < 0,05$), що призвело до зростання сумарного індекса WOMAC за коморбідності ОА з ХП та ожирінням у 1,5 рази у порівнянні з ізольованим перебігом ОА. Ймовірно, це вказує на тяжчі системні імунізопальні порушення в організмі пацієнтів із ХП, а не лише на механічне навантаження на суглоби внаслідок ожиріння. Аналіз оцінки рівня болю за шкалою ВАШ вказує на істотно вищий рівень показника у хворих 3 групи порівняно із 4 групою (у 1,5 рази ($p < 0,05$)).

Отже, проведення дослідження за опитувальниками WOMAC, Lequesne та ВАШ пацієнтів із ОА у поєднанні із ХП та ожирінням дозволило встановити вищий рівень болю, скутості та порушення повсякденної діяльності у пацієнтів з ОА без коморбідних захворювань. Результати клінічних досліджень вказують на необхідність ретельного лабораторного обстеження для встановлення ступеня імунізопальних та метаболічних порушень в організмі хворих на ОА, що поєднується із ХП та ожирінням.

Соколова І.І., Федів О.І.

ПОКАЗНИКИ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ В КРОВІ ТА ЛІПІДНИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2 ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗИЄЮ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Остеоартроз (ОА) – найпоширеніша патологія синовіальних суглобів, яка призводить до значних втрат в економічній, соціальній і психологічних сферах, у зв'язку з болем та інвалідизацією у пацієнтів середнього та



похилого віку. У клінічній практиці ОА часто поєднується із цукровим діабетом типу 2 (ЦД типу 2) та артеріальною гіпертензією (АГ), що у багатьох випадках погіршує його перебіг.

Мета дослідження: вивчити особливості перебігу ОА у поєднанні з ЦД типу 2 та АГ та визначити особливості змін про- і антиоксидантних систем та ліпідного обміну залежно від коморбідності.

Обстежено 60 хворих на ОА в період загострення у віці 40-80 років, серед яких жінок було 43 (71,7%), чоловіків – 17 (28,3%). Верифікація діагнозу ОА здійснювали за рекомендаціями EULAR (2010) за даними клінічного, інструментального та лабораторного методів дослідження. Діагнози супутніх та коморбідних захворювань виставлялися згідно відповідних настанов та наказів МОЗ України та підтверджені відповідними фахівцями. Вміст в еритроцитах глутатіону відновленого (ГВ) досліджували титраційним методом за О.В. Травіною в модифікації І.Ф. Мешишена, активність глутатіонпероксидази (ГП) – за І.Ф. Мешишеним. Вміст малонового альдегіду (МА) в плазмі та еритроцитах визначали за методом Ю.А. Владимірова, А.М. Арчакова. Ліпідний обмін оцінювали за допомогою концентрацій загального холестерину (ЗХ), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), використовуючи аналізатор біохімічний KONELAB 20i, Фінляндія. Холестериновий коефіцієнт атерогенності (КА) обчислювали за формулою А.М. Клімова: $KA = (ЗХ - ЛПВЩ) / ЛПВЩ$. Отримані результати порівнювалися з даними 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі, з яких сформували групу контролю. Статистичну обробку результатів дослідження проводили на ПК за допомогою стандартних прикладних програм "Microsoft Excel".

Виявлено однотипне відповідне підвищення ПОЛ за параметрами МА в плазмі та еритроцитах у хворих на ОА та із тенденцією до більш вираженого у пацієнтів із ОА та ЦД типу 2 та АГ порівняно з контролем, що свідчить про інтенсифікацію окислювальної модифікації білків. При дослідженні ГВ - спостерігали зниження даних у двох групах по відношенню до практично здорових осіб. Що стосується ГП та ТГ, виявляємо підвищення показників у хворих на ОА та ще більше підвищення у хворих на ОА у поєднанні з ЦД типу 2 та АГ. Можемо зробити припущення, що певне зростання оксидативного стресу в крові зумовлено переважно зростанням рівня та вираженості коморбідних процесів. При дослідженні ліпідного обміну, спостерігали закономірне підвищення ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ, які легко проникають в стінку артерії, модифікуються, та затримуються в ній, та зниження рівня антиатерогенного ХС ЛПВЩ і, відповідно, збільшення індексу атерогенності, що є комплексною патофізіологічною основою атеротромботичного кардіоваскулярного ризику.

Таким чином, показники хворих на ОА в поєднанні з ЦД типу 2 та АГ характеризуються порушенням динамічної рівноваги в системі ПОЛ та антиоксидантного захисту, що призводить до оксидативного стресу, який відіграє суттєву роль у формуванні ендотеліальної дисфункції. Особливості порушень стану про- і антиоксидантних систем та ліпідного обміну, на тлі зростаючої коморбідності доцільно враховувати в комплексному лікуванні хворих на остеоартроз.

Ступницька Г.Я.

СИСТЕМНЕ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПОЄДНАНЕ ІЗ ОЖИРІННЯМ

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) пов'язане з високим ризиком виникнення супутньої патології та системних проявів, зокрема артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, хвороб серця, остеопорозу, раку та інши. Останнім часом активно обговорюється питання «парадоксу ожиріння» ("obesity paradox"), що проявляється зниженням відносного ризику смертності при надмірній масі тіла у хворих із вираженою обструкцією GOLD III, IV завідомого підвищення кардіоваскулярного ризику та смертності у хворих із метаболічним синдромом, ожирінням.

Метою роботи було вивчення показників системного запалення у хворих на ХОЗЛ, поєднане із ожирінням.

Обстежено 210 хворих на ХОЗЛ віком від 40 до 89 років (у середньому $65,99 \pm 0,81$). За індексом маси тіла хворі були розділені на наступні групи: 72 хворих на ХОЗЛ із ожирінням (I група), 14 хворих на ХОЗЛ із дефіцитом маси тіла (II група), 52 хворих на ХОЗЛ із надмірною масою тіла (III група), 72 хворих на ХОЗЛ із нормальним ІМТ (IV група хворих), 20 хворий із ожирінням (V група) та 20 практично здорових осіб. За допомогою ІФА визначали рівень ФНПа та ТФРβ₁ (Bender MedSystems GmbH, Австрія), сурфактантного протеїну Д (СПД) (Human Surfactant Protein DELISA, BioVendor – laboratornimedicaa.s. Karasek 1767/1 Czech Republic). Рівень СРБ визначали згідно з інструкцією (латексний аналіз, Німеччина).

Дослідження показників системного запалення показало, що у хворих на ХОЗЛ із ожирінням ФНПа виявився найвищим (у хворих на ХОЗЛ із нормальною масою тіла – в 2,5 раза ($p < 0,001$), у хворих на ХОЗЛ із надмірною масою тіла – в 2,3 раза ($p < 0,001$)). Слід також зазначити вірогідне зростання рівня ТФРβ₁. При оцінці рівня СРБ встановлено, що у хворих на ХОЗЛ із дефіцитом маси тіла та ожирінням цей показник був найбільшим. При цьому в пацієнтів 5-ї групи він достовірно перевищував такий в осіб з ожирінням (в 2,45 раза, $p < 0,001$), у хворих 3-ї групи (в 1,4 раза, $p < 0,05$), та у пацієнтів 4-ї групи (в 1,5 раза, $p < 0,05$). При ХОЗЛ із супутнім ожирінням виявлений мінімальний рівень СПД, який був нижчим від такого у пацієнтів з нормальною масою тіла в 1,24 раза ($p < 0,05$), а у пацієнтів з дефіцитом маси тіла – в 1,54 раза ($p < 0,05$). Серед практично