

спроможність досягнення стабільної нормалізації показників вуглеводного обміну, оскільки сприяє швидкій компенсації вуглеводного обміну при порушеній толерантності до вуглеводів, усуненню синдрому ІР.

Висновок. Комплексна терапія із застосуванням препаратів стеателі та метформіну є ефективною у лікуванні неалкогольного стеатогепатиту на фоні метаболічного синдрому щодо корекції основних клінічних та біохімічних синдромів основного та супровідного захворювань, усунення гіпер- та дисліпідемії, зниженням індексу атерогенності, потенціює гіпоглікемізуючі ефекти метформіну із швидкою нормалізацією рівня постпрандіальної глюкози та індексів інсулінорезистентності.

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОЛОГІЧНИХ МАРКЕРІВ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ II СТАДІЇ

Ряшко К.С., Мандрик О.Є.

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
riashko.kateryna@bsmu.edu.ua*

На початку ХХІ ст., сучасне людство зіштовхнулося з таким серйозним клініко-паталогічним захворюванням печінки як неалкогольний стеатогепатит (НАСГ), яке доволі часто діагностується випадково, а саме під час звернення пацієнта до лікаря з інших причин, і тому набуло неабиякої актуальності і в наш час. Морфологічне дослідження печінки залишається і зараз золотим стандартом для оцінки ступеня стеатозу, печінкового запалення і фіброзу, оскільки саме резорбція сполучної тканини призводить до спотворення нормальної архітекτονіки печінки, і як наслідок - до цирозу.

Мета дослідження: Встановити особливості морфологічних маркерів фіброзу печінки при НАСГ, що розвинувся на тлі ожиріння І-ІІ ступеня та ГХ ІІ стадії.

Матеріал і методи. Обстежено 80 хворих на НАСГ на тлі ожиріння І-ІІ ступеня, у тому числі: 40 хворих на НАСГ (1-ша група) (20 хворих на НАСГ м'якої активності (1 група), 20 хворих на НАСГ помірної активності (1б група)); 40 хворих на НАСГ із коморбідною ГХ ІІ ст. (2-га група) (20 хворих на НАСГ м'якої активності (2а група), 20 хворих на НАСГ помірної активності (2б група). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку та статі. Біопсія печінки виконана 20 хворим на НАСГ із супровідною ГХ ІІ ст., 20 хворим на НАСГ із нормальним АТ. Біоптати печінки отримували шляхом черезшкірної чи лапароскопічної прицільної біопсії. Стадію фіброзу визначали за морфологічною класифікацією E.Brunt (2000) із обчисленням індексу фіброзу (ІФ).

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно з отриманими результатами, серед обстежених хворих на НАСГ 1а групи нульова стадія

фіброзу (F0) виявлялася у 60% пацієнтів, водночас у 40% пацієнтів реєстрували вірогідні фібротичні зміни (F1) у печінковій тканині. У хворих на НАСГ 1б групи F0 стадію було зареєстровано у 75% осіб, F1 – у 40%. Таким чином, у хворих на НАСГ на 20% частіше спостерігалася F1 стадія фіброзу.

У групі хворих на НАСГ 2а та 2б груп F0 стадія фіброзу спостерігалася в 10% осіб. F1 стадія зареєстрована у співвідношенні 50% до 55%, F2 – відповідно 20% та 20%, F3 стадія зареєстрована відповідно у 20% осіб 2а та 15% осіб 2б групи. F4 стадії у цього контингенту осіб не виявлено. Порівняльний аналіз розподілу обстежених хворих за стадіями фіброзу при НАСГ 2б групи показав максимальну частоту F2 та F3 (50% та 20%).

Висновок. У хворих на НАСГ встановлено наявність фібротичних змін у печінковій тканині, інтенсивність яких зростає за мірою збільшення ступеня активності неалкогольного стеатогепатиту, а також із приєднанням коморбідної ГХ II стадії. Ступінь розвитку та розповсюдження (площа) фібротичних змін у хворих на НАСГ із коморбідною ГХ II стадії та ожирінням перевищує такі в репрезентативних групах хворих на НАСГ без коморбідної ГХ.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ МЕТАБОЛІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖОВЧНОГО МІХУРА

Горбатюк І.Б.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

iryua.doc5@gmail.com

Актуальність. В останні роки в клініку внутрішніх захворювань було введено термін "ліпідний дистрес-синдром", який також розглядають як системний метаболічний процес або системну патологічну реакцію, основу на порушеннях ліпідного обміну (гіпер- та дисліпідемія). Зміни ліпідного обміну часто пов'язані з так званою ліпідною тріадою: підвищення рівня ліпопротеїдів дуже низької щільності або триацилгліцеролів, атерогенних ліпопротеїдів низької щільності та зниження ліпопротеїдів високої щільності. Ця тріада лежить в основі патогенезу як багатьох захворювань, так і окислювального стресу загалом.

Мета дослідження. Вивчити комбіновану дію розувастатину, мосаприду та урсодезоксихолевої кислоти на функціональні маркери ендотеліальної дисфункції, інтенсивність оксидативного та нітрозитивного стресу при хронічному холециститі (ХХ) та холестерозі жовчного міхура (ХЗЖМ).

Матеріал та методи. Обстежено та проліковано 60 пацієнтів із ХХ та супутньою ішемічною хворобою серця (ІХС), ожирінням I-II ступеня із ХЗЖМ. З метою вивчення ефективності запропонованого лікування пацієнти були розділені на 2 підгрупи: група 1 (контрольна, n = 30) отримувала стандартне лікування, яке включало урсодезоксихолеву кислоту (УДХК) (0,5 г один раз на добу), аторвастатин (А) (10 мг один раз на день) і прокінетичний препарат домперидон (10 мг 3 рази на день). Група 2 (основна, n = 30) отримувала