



рано призводять до функціональних та структурних змін бронхолегеневої системи.

Метою нашого дослідження було орієнтовне вивчення біологічного віку легень у студентів, що палять.

Основою до застосування методики є розрахунки динаміки ОФВ1 згідно з віком. Як відомо, у дорослої здорової людини цей показник зменшується на 50 мл кожного року. Нами обраховувалась різниця між нижньою межею умовної норми належної ОФВ1 та актуальної ОФВ1 досліджуваної особи у мілілітрах, що потім ділилася на 50. Таким чином, отриманий результат орієнтовно відображав відхилення реального (біологічного) віку бронхолегеневої системи від паспортного.

Було проведено спірографічне дослідження у 22 студентів зі стажем паління $5,6 \pm 0,77$ років, число пачко-років було 2,85. Для реєстрації спірометричних показників використовували діагностичну програму

«Ппульмомент» комплексу «Кардіо+».

За даними спірометричного дослідження у студентів зареєстровані наступні результати: у 5 студентів (22,7%) суттєвих відхилень актуальної ОФВ1 від належних показників не відмічалось і обраховуваний індекс був $+0,153$, тобто паспортний та біологічний вік були ідентичними. У 15 осіб (68,2%) ОФВ1 знаходився в градації помірного зниження, пошукуваний індекс дорівнював $+2,76$, тобто орієнтовний біологічний вік бронхолегеневої системи перевищував паспортний вік більше ніж на 2,5 роки. У 2 студентів (9,1%) ОФВ1 знаходився в градації значного зниження, досліджуваний індекс сягнув $+10,9$.

На нашу думку, розпочаті дослідження мають хорошу перспективу в плані вивчення дієвості такої мотивації як збереження функції бронхолегеневої системи для припинення паління та спостереження за динамікою досліджуваних показників у молоді, що продовжує палити.

УДК: 616.379-002.2:616.12-008.64]:616.36

Д.О. Гончарюк, Б.В. Сирота, К.А. Басюк

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ЗА СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник – проф. О.І.Федів)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Вступ. Хронічна серцева недостатність (ХСН) – найбільш частий результат більшості серцево-судинних захворювань. Загальновідомо, що запальні захворювання, такі як хронічний панкреатит (ХП) посилюють розвиток ХСН у хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС), що, в свою чергу, призводить до порушення функціонального стану печінки. Це зумовлено загальнобіологічною реакцією за участі С-реактивного білка (СРБ) і цитокінів – хронічною запальною відповіддю імунної системи на пошкодження (одними із основних причин пошкодження є медикаментозне навантаження, гіпоксія, застійні явища тощо).

Метою дослідження стало вивчення функціонального стану печінки у хворих на ХП за ХСН за супутньої ІХС.

Матеріали та методи: обстежено 20 хворих на ХП за ХСН віком від 56-70 років і давністю ХП 15 років. Діагноз встановлювався згідно протоколів затверджених МОЗ України. Порушення функціонального стану печінки оцінювали за результатами біохімічно-

го дослідження. Визначення активності АсАТ, АлАТ, ГГТП проводилося за використанням реактивів фірми «PLIVA-Lachema».

Аналіз результатів: у хворих на ХП за супутньої ХСН ІА та ІБ ст. відзначено порушення функціонального стану печінки відповідно до стадій. Показники АсАТ при ХСН ІА становили $0,65 \pm 0,02$ ммоль/л•год, що у 2 рази більше ніж у здорових, а при ХСН ІБ показник становив $0,79 \pm 0,03$ ммоль/л•год, що у 2,5 рази більше ніж у здорових. Щодо АлАТ, то при ХСН ІА показники дорівнювали $0,59 \pm 0,03$ ммоль/л•год, що в 1,2 рази вище ніж у здорових, а при ХСН ІБ показник становив $0,72 \pm 0,03$ ммоль/л•год, що у 2,1 рази вище ніж у здорових. Показники ГГТП також підвищувались, але менш значно та невірогідно ($p > 0,05$) при ХСН ІБ стадії.

Висновки: у хворих на ХП за ХСН порушується функціональний стан печінки, що підтверджується підвищенням АлАТ, АсАТ та ГГТП залежно від стадії ХСН.

УДК: 616-056.52-08:616.36/366-002.2

І.Б. Горбатюк, О.П. Букач

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЖОВЧНОГО МІХУРА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ, ОЖИРІННЯ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – проф. О.С. Хухліна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Дуже важливою медико-соціальною проблемою в Україні сьогодні є ішемічна хвороба серця (ІХС), яка у структурі смертності населення займає перше місце. Серед найбільш потужних чинників ризику роз-

витку атеросклерозу та ІХС фігурують артеріальна гіпертензія, гіперліпідемія та ожиріння, які, водночас, є провідними компонентами метаболічного синдрому. Серед захворювань, які виникають на тлі метаболіч-



ного синдрому, істотне місце займають захворювання гепатобіліарної системи, виникнення яких суттєво знижує якість життя хворих.

Тому метою нашого дослідження було з'ясування ймовірного впливу комплексу засобів розувастатину та мосаприду на стан ліпідного спектру крові та ступінь літогенності жовчі – як факторів ризику розвитку та прогресування хронічного холециститу (ХХ) у хворих на ІХС, кардіосклероз та ожиріння.

Матеріали та методи. Проведені дослідження в динаміці лікування у 60 хворих на ІХС. Кардіосклероз, ожиріння I-II стадії та ХХ у фазі загострення із фоновою гіпокінетичною дисфункцією жовчного міхура (ЖМ). Згідно з призначенням лікуванням обмежені хворі були поділені на 2 групи: 30 пацієнтів (1 група - контрольна) отримували традиційну терапію загострення ХХ та ІХС. Кардіосклерозу із ожирінням: гіпокалорійну дієту з урахуванням обмежень дієти №10, антибіотики (доксидиклін по 0,1 г 2 рази на день 7 днів), урсодезоксихолиєву кислоту (УДХК) (0,5 на ніч), прокінетики (домперидон 10 мг 3 рази в день), з приводу супровідної ІХС призначали ацетилсаліцилову кислоту (0,325 г 1 раз в день), аторвастатин (10 мг 1 раз у день) упродовж 1 місяця. 2 групу склали пацієнти (30 осіб), які, окрім аналогічних дієтичних рекомендацій щодо корекції маси тіла, протизапальної та жовчогінної терапії ХХ, аспірін уживали розувастатин (крестор) (по 10 мг 1 раз на день), мосаприд (по 5 мг 3 рази на день) упродовж 1 місяця. Групи хворих були рандомізовані за віком, статтю, тривалістю захворювання. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку.

Результати дослідження. В результаті проведених досліджень вміст загальних ліпідів крові під впливом традиційного лікування знизився на 20,9% ($p < 0,05$), у той час, як у основній групі зниження було більш

суттєве – на 31,4% ($p < 0,05$). Вміст загального холестеролу (ХС) крові у 2-й групі знизився ще суттєвіше – на 35,5% ($p < 0,05$), що на 11,5% вище ($p < 0,05$) від показника після лікування у 1-й групі. Найвищим відсотком зниження серед показників ліпідного спектру крові розувастатин відзначився у відношенні вмісту в крові ліпопротеїнів низької густини (ЛПНГ) та триацилгліцеролів (ТГ): відповідно на 40,3% та 37,9% ($p < 0,05$) порівняно з аторвастатином (на 16,0% та 15,7% відповідно ($p < 0,05$)). Слід також зауважити, що комплексна терапія з включенням розувастатину сприяла вірогідному підвищенню протиатерогенних ліпопротеїнів високої густини (ЛПВГ) (на 35,2% ($p < 0,05$)) у сироватці крові із фактичною нормалізацією показника після проведеного лікування, у той час, як аторвастатин у даного контингенту осіб до будь-яких вірогідних змін показників не призводив. Унаслідок проведеної терапії з точки зору досягнення цільових рівнів проатерогенних ліпопротеїнів розувастатин посів беззаперечне перше місце, підтвердженням чого стало істотне зниження індексу атерогенності: на 52,5% у хворих 2-ї групи ($p < 0,05$) проти 27,1% - у хворих 1-ї групи ($p < 0,05$).

Висновки. Розувастатин у комбінації з мосапридом сприяють вірогідному зниженню вмісту проатерогенних ліпопротеїнів низької густини, холестеролу та триацилгліцеролів у крові, загальних ліпідів та холестеролу у жовчі, вірогідному зростанню вмісту протиатерогенних ліпопротеїнів високої густини в крові, вмісту фосфоліпідів у жовчі, холато/холестеролового та фосфоліпід/холестеролового коефіцієнтів, що свідчить про оптимізацію ліпідного спектру крові (усунення чинників ризику прогресування атеросклерозу) та зниження літогенності жовчі (усунення чинників ризику розвитку холелітіазу).

УДК: 616.24 - 002 - 053

Э.В. Грив

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ (ПАЦИЕНТОВ) РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Кафедра факультетской терапии и эндокринологии
(научный руководитель - доц. Т.В. Киреева)

Дніпропетровська медична академія, м. Дніпропетровськ, Україна

Из-за низкого естественного прироста в Украине существует тенденция к старению населения. С возрастом растет количество хронических патологий, что может ухудшать качество жизни пациента, взаимоотношения течение заболеваний. Эти больные нуждаются в своевременном успешном лечении и ранней диагностике, которая может быть затруднена за счет стертости клиники и сопутствующей патологии.

Цель работы: сравнить характер течения, частоту осложнений пневмонии у пациентов разных возрастных групп, при наличии сопутствующей патологии на фоне терапии.

Методы: Работа проводилась на базе терапевтического отделения городской клинической больницы №6. Проанализировано 58 историй болезни пациентов, госпитализированных по поводу пневмонии за 3 месяца 2011 года. Согласно возрасту выделены 2 группы: первая – пациенты до 65 лет (средний возраст 46 лет) 45 человек, вторая - пациенты старше 65 лет (средний возраст 72 года) - 12 человек. По полу группы были однородны. В первой группе 60% больных имели сопутствующую патологию, Наиболее распространенными в первой группе были: ГБ

– 28,9%, субкомпенсированный СД – 17,8%, ИБС – 15,6%. Во 2 группе сопутствующая патология была у всех пациентов: ИБС – 83%, ГБ – 75%, СД 2 типа субкомпенсированный – 33%. Период от начала заболевания до госпитализации во второй группе был практически в 2 раза дольше чем в первой (соответственно 7-10 и 3-5 дней). Сроки госпитализации были в 1,5 раза длиннее во второй группе, чем в первой группе (соответственно 14 и 7-10 дней), что связано с большим количеством осложнений пневмонии: как при госпитализации (легочная недостаточность), так и в период лечения (плеврит – 33,3%, релаксация купола диафрагмы и спаечный процес – 8,3%). В первой группе не имели осложнений 20% пациентов, а во второй – только 8%.

Возраст является одним из модифицирующих факторов, влияющий на прогноз пневмонии, и входит во все шкалы оценки степени тяжести и риска осложнений и смерти пациентов с пневмонией. Согласно приказу МЗ Украины №128 используется шкала CURB 65 (CRB 65): все пациенты, госпитализированные в терапевтическое отделение, в первой группе имели 0 баллов (77,8%) или 1 балл (22,2%). Во второй группе