

артеріального тиску (АТ) на обох верхніх кінцівках та пульсу в спокої. При виявленні різниці більше ніж 30 мм рт. ст. проводилося ультразвукове дослідження артерій верхніх кінцівок та магістральних артерій голови. При наявності стенозів пацієнта було проконсультувано лікарем-нейрохірургом у поліклініці з подальшим направленням до стаціонару для проведення церебральної ангіографії та ангіографії артерій верхніх кінцівок.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Остежено 7 пацієнтів: чоловіків – 5 (71,4%), жінок – 2 (28,5%), середній вік  $60,57 \pm 6,5$  року. Найчастіше реєстрували скарги на головні болі та запаморочення – 5 (71,42%), на біль та слабкість у лівій руці – 4 (57,14%). За допомогою селективної ангіографії було виявлено 100% ураження лівої ПКА: у 3-х пацієнтів (42,85%) – субтотальний стеноз лівої ПКА; у 4-х (57,14%) – оклюзію лівої ПКА. Атеросклеротичне ураження виявлено в 4-х (57,14%) пацієнтів, також у 4-х пацієнтів (57,14%) було виявлено ураження внутрішньої сонної артерії (ВСА). З них в одного пацієнта – петлеутворення в обох ВСА. При наявності паталогічної звивистості ВСА та ате-

росклеротичного ураження ПКА (не тільки клінічно, але й ангіографічно) - відмічаються більш грубі порушення прохідності екстракраніальних артерій, які значною мірою зумовлюють порушення кровопостачання головного мозку. У 2-х пацієнтів (28,57%) виявлено стеноз лівої хребтової артерії. У пацієнтів з атеросклерозом встановлено поєднане ураження підключичних, хребтових та/або сонних артерій: поєднане стенотичне ураження ПКА та ВСА у 2-х пацієнтів (28,57%); поєднане стенотичне ураження ПКА, ВСА та хребтових артерій у 2-х пацієнтів (28,57%). У пацієнтів, які не мали ознак атеросклерозу (42,86%), відмічалось ізольоване ураження підключичної артерії.

### ПІДСУМОК

Ураження лівої ПКА виявлено в 7 хворих на АГ. Гендерні особливості: у чоловіків частіше виявляється Steal-синдром, ніж у жінок. Через більшу вірогідність наявності атеросклерозу превалюють пацієнти у віці старше 50 років. Методом вибору лікування атеросклеротичного стенозу є балонна ангіопластика зі стентуванням або без нього.



УДК 616.34-002-036.1-053:577.115

*В.А. Карачинова,  
М.В. Стойкевич*

## СТАН ЛІПІДНОГО ОБМІНУ В ПАЦІЄНТІВ З ВІКОВИМИ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ

*ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України»  
пр. Слобожанський, 96, Дніпро, 49074, Україна*

Метою дослідження була оцінка стану ліпідного обміну в пацієнтів з віковими особливостями перебігу хронічних запальних захворювань кишечника (ХЗЗК).

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження проведено в 40 пацієнтів з ХЗЗК, які за віковими ознаками були розподілені

на такі групи: I – пацієнти молодого віку ( $n=29$ ,  $32,03 \pm 1,33$ ) з НВК ( $n=20$ ) та ХК ( $n=9$ ), II – пацієнти середнього віку ( $n=11$ ,  $53,0 \pm 1,53$ ) з НВК ( $n=7$ ) та ХК ( $n=4$ ). Контрольну групи склали 20 практично здорових осіб. Для характеристики обміну ліпідів у сироватці крові наборами фірми «Сормау» (Польща) визначали загальний

холестерол (ЗХС), тригліцериди (ТГ), ліпопротеїни високої щільності (ЛПВЩ), ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ), ліпопротеїни дуже низької щільності (ЛПДНЩ). Розраховували коефіцієнт атерогенності (КА). Порівняння середніх значень перемінних здійснювали за допомогою t-критерію Стьюдента за нормального розподілу даних, в інших випадках використовували непараметричний метод (U-критерій Манна-Уїтні).

#### **РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Біохімічне дослідження показників ліпідного обміну показало вірогідне зниження вмісту ТГ у сироватці крові пацієнтів молодого віку з ХЗЗК в 1,4 разу ( $0,82 \pm 0,10$  проти  $1,15 \pm 0,12$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ) та в пацієнтів середнього віку з ХК в 1,7 разу ( $0,68 \pm 0,15$  проти  $1,15 \pm 0,12$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ) на тлі загальної тенденції до зниження вмісту ТГ в обох вікових групах відносно контролю. Зниження рівня ТГ у крові може опосередковано свідчити про порушення структури клітинних мембран та про порушення всмоктування цих жирів у тонкому кишечнику. У пацієнтів молодого віку з НВК визначено вірогідне зниження вмісту ЗХС в 1,3 разу ( $3,99 \pm 0,13$  проти  $5,20 \pm 0,60$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ) відносно контролю. У пацієнтів цієї ж вікової групи з ХК визначалася тенденція до зниження вмісту ЗХС. Це, ймовірно, сприяє порушенню цілісності клітинних мембран, що може призвести до зростання їх проникності. Виражена тенденція до зниження рівня ЛПВЩ спостерігалася в чоловіків та жінок середнього віку, на відміну від пацієнтів молодого віку. Зниження рівня ЛПВЩ свідчить про порушення транспортування над-

лишку ліпідів з крові в печінку. Визначалася тенденція до зростання вмісту ЛПНЩ, які відіграють головну роль в утворенні атеросклеротичних бляшок, у пацієнтів середнього віку, тоді як у пацієнтів молодого віку вміст цього показника мав тенденцію до зниження. Спостерігалася вірогідне зниження вмісту ЛПДНЩ у пацієнтів середнього віку з ХК у 2,1 разу ( $0,31 \pm 0,05$  проти  $0,65 \pm 0,14$  ммоль/л,  $p < 0,05$ ) відносно контролю. Загалом, вміст ЛПДНЩ знижувався в пацієнтів як середнього, так і молодого віку. ЛПДНЩ переносять у 5-10 разів більше ТГ, ніж складних ефірів холестеролу. Ризик розвитку атеросклерозу зростає при підвищеному вмісті ЛПДНЩ і ЛПНЩ у крові, а також при зниженому вмісті ЛПВЩ. КА вірогідно знижувався в пацієнтів молодого віку ( $1,91 \pm 0,12$ ;  $1,85 \pm 0,14$ ;  $2,04 \pm 0,21$  проти  $2,55 \pm 0,09$ ,  $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$  та  $p < 0,05$  відповідно для ХЗЗК, НВК та ХК) відносно контролю. У пацієнтів середнього віку спостерігалася тенденція до підвищення КА, особливо в пацієнтів з НВК. КА дозволяє з високою точністю прогнозувати ризик розвитку атеросклерозу. Висока атерогенність визначається наявністю фракції ЛПНЩ. Фракція ЛПВЩ є антиатерогенною.

#### **ПІДСУМОК**

Визначено вірогідне зниження вмісту ТГ у пацієнтів молодого віку в загальній групі ХЗЗК та в пацієнтів середнього віку з ХК. Паралельно відбувалося зниження вмісту ЗХС у пацієнтів молодого віку з НВК та тенденція до зниження вмісту цього показника в крові цих пацієнтів з ХК порівняно з контролем. Визначена тенденція до зростання КА у пацієнтів середнього віку.

