

**Школьник В.В. ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА**

**Резюме.** Надлишкову масу тіла і ожиріння в даний час розглядають як один з основних факторів, що сприяють розвитку захворювань, які є головними причинами смертності серед дорослого населення. Зокрема, ожиріння є провідним фактором ризику розвитку ускладнень. У зв'язку з чим, метою дослідження стало виявлення особливостей порушення ліпідного та вуглеводного обмінів у пацієнтів з гіпертонічною хворобою на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння. Отримані дані свідчать про те, порушення ліпідного обміну при гіпертонії виникають на більш ранніх етапах метаболічних порушень, передуючи порушень обміну глюкози і супроводжують підвищення маси тіла.

**Ключові слова:** гіпертонічна хвороба, надлишкова маса тіла, ліпідний обмін, вуглеводний обмін

**Vera V. Shkolnik. FEATURES OF THE LIPID METABOLISM IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AND OVERWEIGHT**

**Summary.** Overweight and obesity is now considered as one of the main factors contributing to the development of diseases that are major causes of death among adults. In particular, obesity is a leading risk factor for complications. In this connection, the purpose of the study was to identify the characteristics of lipid and carbohydrate metabolism in patients with hypertension, overweight and obesity. These data suggest that lipid disorders and hypertension occur at earlier stages of metabolic disorders of glucose metabolism disturbances preceding and accompanying weight gain.

**Keywords:** hypertension, obesity, lipid metabolism, carbohydrate metabolism

**Рецензет:** проф. Іванова Л.М.

УДК 616.366-002:[616.12-005.4+616-002.44

## **ПАТОГЕНЕТИЧНІ ВЗАЄМЗВ'ЯЗКИ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНІ ХЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ В СПОЛУЧЕННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

**Компанієць К.М., Іванова Л.М.**

*Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Луганськ, Україна (зав. каф. – професор Л.М. Іванова)*

**Резюме.** В статті наведені дані обстеження 187 хворих з хронічним некалькульозним холециститом на фоні хелікобактеріозу в сполученні з ішемічною хворобою серця, у яких в клінічній картині превалювали больовий та диспептичний синдроми. Різні поєднання процесів гіперплазії та атрофії ендокринних клітин слизової оболонки шлунку у хворих з коморбідною патологією сприяли розвитку різних варіантів дисфункції жовчного міхура.

**Ключові слова:** хронічний некалькульозний холецистит, хелікобактеріоз, ішемічна хвороба серця, клінічні прояви, дисфункції жовчного міхура

**Вступ.** Серед захворювань внутрішніх органів досить часто зустрічається хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ), частота якого перебільшує частоту пептичної виразки майже в два рази [5]. Значне поширення ХНХ серед населення обумовлена різноманітними факторами, серед яких найбільш суттєвими є порушення режиму харчування, вживання неякісної їжі з надмірною кількістю жирів, зловживання алкоголем, паління, нервово-емоційні перевантаження тощо [2, 4]. Однак, не всі питання етіопатогенезу ХНХ з'ясовані до кінця, в тому числі механізми розвитку біліарної патології внаслідок гіпер- та дисліпідемії як проявів ліпідного дистрес-синдрому [3, 8, 9]. Нез'ясованим залишається взаємозв'язок ХНХ й хелікобактеріозу та питання позагастроуденальних проявів останнього [7]. Водночас кардіоваскулярні захворювання, в тому числі й ішемічна хвороба серця (ІХС), являються однією з важливіших медичних та соціальних проблем, що обумовлено її значною розповсюдженістю серед осіб працездатного віку [6]. В Укра-

їні коморбідність ХНХ та ІХС становить близько 15% [6].

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота виконана у відповідності з основним планом науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і є фрагментом теми НДР кафедри пропедевтики внутрішньої медицини: «Реабілітація хворих зі сполученою терапевтичною патологією» (№ держреєстрації 0106U0010837).

**Метою дослідження** було вивчення патогенетичних взаємозв'язків у хворих на хронічний некалькульозний холецистит на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ішемічною хворобою серця.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням перебували 187 хворих на ХНХ на фоні хелікобактеріозу у сполученні з ІХС у віці від 23 до 69 років. Усім хворим проводилось комплексне обстеження для верифікації діагнозів. Діагноз ХНХ встановлювали згідно з Наказом МОЗ України № 271 (2005), ІХС - з Наказом МОЗ України № 436 (2006) і рекомендаціями Європейсь-

кого товариства кардіологів (2007); у хворих було діагностовано хелікобактеріоз, але при фіброезофагогастроуденальному дослідженні ерозивно-виразкових змін слизової оболонки шлунку або дванадцятипалої кишки не виявлено.

Статистичну обробку результатів дослідження проводили стандартними методами варіаційної статистики медико-біологічного профілю за допомогою спеціальних ліцензійних програм.

**Результати та їх обговорення.** Хворі на ХНХ на фоні хелікобактеріозу в сполученні з ІХС відмічали в клінічній картині помірний біль в животі, а саме в правому підрібр'ї (59,1%), який в 52,9% був періодичним, в 49,6% - нападopodobним, виникав після прийому їжі, а майже в половині випадків виникав до їжі, а також після стресових ситуацій, відчуття тяжкості або дискомфорту (32,7%). Серед диспептичних проявів спостерігалися гіркота та металевий присмак у роті, нудота, відрижка гірким, іноді блювання, печія, метеоризм.

При фізикальному обстеженні найчастіше виявлялися симптоми Кера, Мюссе, Мерфі, Лепече, значно рідше – симптоми Макензі, Боаса, Алієва тощо.

За даними багатофракційного дуоденального зондування (Бутов М.А. с соавт., 2004) у хворих на ХНХ на фоні хелікобактеріозу в сполученні з ІХС переважали гіпотонія й гіперкінезія жовчного міхура (ЖМ), недостатність сфінктерів Одді й Мірицці. За даними мікроскопії дуоденального вмісту найбільша кількість запальних елементів і структур біліарного сладжу виявлялося в порції В.

За даними УЗД органів черевної порожнини, у хворих, що були під наглядом, відмічалася потовщення стінок ЖМ, наявність в його порожнині детриту (концентрована жовч), деформація перетинками.

При ХНХ на фоні хелікобактеріозу в сполученні з ІХС у обстежених хворих домінувала гіперацидність (51,8%). Хелікобактерна інфекція в шлунку при наявності гастрин-продукуючих клітин призводить до гіперкінезії ЖМ; при атрофії пілорічних залоз цей вплив знижується; гіперплазія серотонін-продукуючих ентерохромаффінних клітин пілорічних залоз та осередки кишечної метаплазії в шлунку призводять до

зниження тону ЖМ. Різні поєднання процесів гіперплазії та атрофії ендокринних клітин слизової шлунку беруть участь у розвитку різних варіантів дисфункції ЖМ. Так, при наявності гіперкінетично-гіпертонічної дисфункції ЖМ спостерігалася незначна інфікованість НР, помірна інфікованість виявлялась в 40,8% випадків; при гіперкінетично-гіпотонічної дисфункції ЖМ мала місце помірна інфікованість (89,6%); при гіпотонічно-гіпертонічній дисфункції ЖМ була характерна незначна інфікованість (72,3%) в астральному відділі шлунку; при гіпокінетично-гіпотонічної дисфункції ЖМ виявляли високу або дуже високу інфікованість (82,5%). В то же час у хворих з нормальною функцією ЖМ визначалась помірна або висока інфікованість НР.

Результати кореляційного аналізу при сполученій патології вказували на тісні патогенетичні взаємовідносини між порушеннями ліпідного обміну, проявами ХНХ та інфекцією НР.

**Висновки.** 1. У хворих на ХНХ на фоні хелікобактеріозу в сполученні з ІХС в клінічній картині превалювали больовий та диспептичний синдроми.

2. Різні поєднання процесів гіперплазії та атрофії ендокринних клітин слизової оболонки шлунку сприяють розвитку різних варіантів дисфункції жовчного міхура.

3. В подальшому ми плануємо вивчити порушення серцевого ритму у хворих на коморбідну патологію.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Горбась І.М. Популяційні аспекти серцево-судинних захворювань у дорослого населення України / І.М. Горбась, І.П. Смирнова // Український кардіологічний журнал. – Спеціальний випуск. – 2006. – с.44-48.
2. Гриценко І.І., Косинська С.В., Залевский В.І. Хронічні хвороби жовчовивідної системи – проблеми діагностики / І.І. Гриценко, С.В. Косинська, В.І. Залевский // Сучасна гастроентерологія. – 2001. - №3 (5). – С. 37-42.
3. Жербиніна М.Б. Взаємозв'язок функціональних біліарних розладів та стану вегетативної нервової системи / М.Б. Жербиніна, Е.І. Литвяк // Гастроентерологія: міжвідомчий збірник. – Дніпропетровськ. – Вип.35. – 2004. – С.130-135.
4. Калинин А.В. Функциональные расстройства билиарного тракта и их лечение / А.В. Калинин // Клини. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2002. - №3. - С. 25-34.
5. Філіпов Ю.О., Скірда І.Ю., Петречук Л.М. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О. Філіпов, І.Ю.Скірда, Л.М.Петречук // Гастроентерологія: Міжвід. збірник. – Дніпропетровськ, 2006.– Вип. 37. – С. 3-9.
6. Хрынюк О.Б. Заболеваемость органов сердечно-сосудистой системы и органов желудочно-кишечного тракта на терапевтическом участке / О.Б. Хрынюк // Научный вестник Тюменской медицинской академии. – 2000. – №4. –С.86.
7. Шенгулин А.А., Киприанис В.А. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori*: основные положения согласительного совещания «Маастрихт-3» (По материалам Всемирного конгресса гастроэнтерологов в Монреале и Европейской недели гастроэнтерологов в Копенгагене) /

А.А.мшегтулин, В.А. Киприанис // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. – №2. – С.88-91.

8. Moseley R.H. Liver and biliary tracts / Moseley R.H. // Curr. Opin. Gastroenterol. – 2003. – V.19. – P.185-193.

9. Malfertheiner P. Maastricht guidelines an evolving concept / Malfertheiner P. // Maastricht-3 Guidelines for Helicobacter pylori infection. - 13 United European Gastroenterology Week. - Copenhagen, 2005.

**Компаниец К.Н., Иванова Л.Н. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Резюме.** В статье приведены данные обследования 187 больных с хроническим некалькулезным холециститом на фоне хеликобактериоза в сочетании с ишемической болезнью сердца, у которых преобладали в клинической картине преобладали болевый и диспептический синдромы. Разные сочетания процессов гиперплазии и атрофии эндокринных клеток слизистой оболочки желудка у больных с коморбидной патологией способствовали развитию разных вариантов дисфункции желчного пузыря.

**Ключевые слова:** хронический некалькулезный холецистит, хеликобактериоз, ишемическая болезнь сердца, клинические проявления, дисфункция желчного пузыря

**Kompaniets K.N., Ivanova L.N. PATHOGENETICAL RECIPROCITYS AT PATIENTS WITH CHRONIC NONCALCULOUS CHOLECYSTITIS AND HELICOBACTER PYLORI INFECTION COMBINED WITH ISCHEMIC HEART DISEASE**

**Summary.** In the article the data of investigation of 187 patients with chronic noncalculous cholecystitis and helicobacter pylori infection combined with ischemic heart disease are shown. At these patients were prevail pain and dyspeptic syndromes. Different combinations of hyperplastic and atrophic processes of endocrine cells of stomach mucus on the patients with comorbide pathology were the causes of different variants of gall bladder dysfunction.

**Keywords:** chronic noncalculous cholecystitis, helicobacter pylori infection, ischemic heart disease, clinical sings, gall bladder dysfunction

Рецензет: проф. Коломієць В.І.

УДК 616.24–002.2–007. 272+616.36-002]-07

**РІВНІ АДІПОКІНІВ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ПОЄДНАННІ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТЕАТОГЕПАТИТОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СОМАТОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ**

Лебедь К.М.

*Кафедра внутрішньої медицини з профпатологією, ДЗ «Луганський державний медичний університет», Україна (керівник - д.мед.н. проф. Колчин Юрій Миколайович)*

**Резюме.** Досліджені рівні адипокінів крові хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з неалкогольним стеатогепатитом.

**Ключові слова:** адипокіни, хронічне обструктивне захворювання легень, неалкогольний стеатогепатит

**Вступ.** Останніми десятиліттями відбувається зростання захворюваності і смертності від хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), яке обумовлене забрудненням довкілля, у тому числі — атмосферного повітря, широким розповсюдженням паління тютюну і старінням населення в розвинутих країнах світу [1]. У 1990 році ХОЗЛ займало серед основних причин інвалідності 12-е місце, до 2020 року ця патологія займатиме третє місце в розвинутих країнах світу в структурі основних причин смерті [6].

У той же час захворюваність на хронічну патологію печінки та жовчовивідних шляхів як в Україні, так і в інших країнах СНД за останні 10 – 15 років суттєво зросла [12]. При цьому поряд з хворобами вірусного генезу (хронічні вірусні гепатити В та С), а також алкогольними ураженнями печінки, в теперішній час все більшу увагу привертає патологія печінки невірусного та неал-

когольного генезу – неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) [2, с. 4].

Сучасне трактування механізмів розвитку НАСГ розглядають в рамках метаболічного синдрому і оксидативного стресу [4]. Найбільш часто наявність НАСГ асоціюється за інсулінорезистентністю та абдомінальним типом ожиріння оцінка яких проводиться за допомогою індексау маси тіла (ІМТ) та об'єму талії [14]. На сьогодні не викликає сумніву той факт, що жирова тканина є дуже динамічним ендокринним органом [7]. Адипоцити продукують різні біологічно активні молекули і в першу чергу – лептин - «гормон насичення». Деякі дослідники вважають, що розвиток ожиріння обумовлений лептинорезистентністю, що надалі, за механізмом негативного зворотнього зв'язку спричиняє гіперліпідемію, яка в свою чергу провокує накопичення ліпідів у печінковій тканині [9]. Іншим важливим адипокіном є резистин, який являє собою продукт секреції жирової тканини і