

обмежень у використанні малотравматичної лапароскопічної холецистектомії і змушує застосовувати відкриту холецистектомію.

Іншою особливістю даних пацієнтів є наявність рубцевих змін, що виникли внаслідок раніше перенесених оперативних втручань з інших («неміхурових») причин. У даних випадках для виключення пошкоджень органів черевної порожнини у пацієнтів, що раніше були прооперовані на органах живота, введення першого троакара повинно здійснюватися в області «акустичного вікна», виявленого під час ультразвукового дослідження (у разі лапароскопічної холецистектомії) або ж відкритим способом під візуальним контролем. Також, за відсутності чіткої впевненості в ідентифікації порожнистих структур при лапароскопічній холецистектомії необхідний швидкий перехід на відкритий метод з відповідним анестезіологічним супроводом.

У випадках виконання відкритої холецистектомії видалення жовчного міхура доцільно здійснювати через розріз в епігастрії, що зменшує ризик утворення післяопераційної грижі в порівнянні з варіантом, коли міхур видаляється через навколопуковий розріз. Також обов'язкова санація черевної порожнини і адекватне дренивання підпечінкового простору; використання октреотиду перед операцією і в найближчому післяопераційному періоді для профілактики гострого післяопераційного панкреатиту; раціональна антибіотикотерапія; профілактика тромбоемболій та післяопераційного інфаркту міокарда за допомогою низькомолекулярних гепаринів; рання активізація хворих в післяопераційному періоді та дихальна гімнастика.

**Пасиешвили Т.М., Оспанова Т.С.**

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ФАКТОРА НЕКРОЗА  
ОПУХОЛЕЙ И ОКСИДА АЗОТА В ФОРМИРОВАНИИ  
ГЕПАТОПАТИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И  
ОЖИРЕНИЕМ**

**Харьковский национальный медицинский университет,  
Харьков, Украина**

Бронхиальная астма (БА) - наиболее распространенное хроническое заболевание легких с высокими темпами роста, особенно в экономически развитых странах мира, что позволяет рассматривать ее как болезнь цивилизации. В настоящее время количество таких больных превышает 300 млн., т.е. она регистрируется у 5-10% населения. В последние годы показано, что течение заболевания практически не бывает

самостоятельным, а наблюдаемая коморбидность, определяет клиническую симптоматику, обусловленную патогенетическими параллелями. Существует так называемая группа распространенных нозологий с их социальной значимостью, к которым относят ожирение. Лица с повышенной массой тела по данным ВОЗ в мире преодолели рубеж в 1,5 млрд., при этом 700 млн. из них имеют ожирение. За последние 30 лет увеличение количества больных с ожирением проходило одновременно с увеличением заболеваемости БА. Так, американские исследователи приводят показатели, указывающие на то, что БА регистрируется у 11,9% населения с ожирением против 6,1% лиц - с нормальной массой тела.

Указанные факты явились предпосылкой к проведению настоящего исследования, целью которого было: установить патогенетическую роль провоспалительного цитокина ФНО- $\alpha$  и оксида азота в формировании стеатогепатоза у больных с БА и ожирением.

Материал и методы. Обследовано 43 больных с БА, течение которой в 29 случаях (основная группа) протекало на фоне ожирения I (9 пациентов) или II степени (20). Диагноз заболевания был установлен на предыдущих этапах обследования и лечения больных. Возраст обследованных в целом по группе составил  $42,4 \pm 5,4$  года, преобладали женщины (58,1% - 25 больных). У 24 больных на фоне ожирения отмечено увеличение печени до  $1,9 \pm 0,3$  см с повышением показателей функциональных проб печени (АЛТ) в 1,2-1,4 раза и АСТ - в 1,3-1,5 раз по сравнению с нормой, что с учетом клинической симптоматики и данных УЗИ было расценено нами как проявление стеатогепатоза. Для получения показателей нормы было обследовано 20 практически здоровых лиц аналогичного пола и возраста.

Оценку продукции оксида азота проводили путем регистрации нитрит-аниона в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) - биохимический метод с использованием реактива Грисса и регистрацией на спектрофотометре («Specord», Германия) при длине волны 540 нм. Определение содержания ФНО- $\alpha$  в сыворотке крови осуществляли с использованием стандартных иммуноферментных тестовых систем «Протеиновый контур» (Россия). Статистическую обработку проводили с помощью прикладной программы «Statistica 6.0».

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что изолированное течение БА (группа сравнения) приводило к уменьшению продукции нитритов, что проявлялось снижением их концентрации в конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ) до  $1,9 \pm 0,2$  ммоль/л (контроль -  $3,3 \pm 0,8$  ммоль/л),  $p < 0,05$ . У больных с БА и ожирением данный показатель составлял -  $1,5 \pm 0,2$  ммоль/л. Причем, уровень метаболитов NO не зависел от длительности заболевания, пола

больного и степени ожирения. По-видимому, более низкое содержание нитритов в КВВ у больных с коморбидностью БА и ожирения обусловлено формированием стеатогепатоза, приводящего к нарушению функции гепатоцитов и, возможно, с включением в патологический процесс гормонов жировой ткани.

При исследовании содержания ФНО- $\alpha$  у обследуемых больных было выявлено его достоверное повышение, как у больных с нормальной массой тела ( $68,4 \pm 3,4$  пг/мл), так и при ожирении ( $81,3 \pm 4,6$  пг/мл) при норме –  $34,1 \pm 3,03$  пг/мл. Если учесть тот факт, что стеатогепатоз не сопровождается воспалительными изменениями в гепатоцитах, но приводит к его функциональным нарушениям за счет накопления излишков липидов в клетках печени, то повышение данного провоспалительного цитокина может быть результатом повышения его синтеза в жировой ткани, активность которой при ожирении значительно возрастает. В таком случае, повышение содержания ФНО- $\alpha$  при сочетанном течении БА и ожирения может способствовать дальнейшим изменениям в ткани печени (стеатогепатит) с утяжелением клинических проявлений основного заболевания.

Выводы. У больных бронхиальной астмой, протекающей на фоне ожирения, создаются условия для формирования стеатогепатоза, как одного из проявлений нарушения липидного обмена.

Течение стеатогепатоза у больных с БА и ожирением сопровождается снижением продукции нитратов/нитритов в конденсате выдыхаемого воздуха и увеличением содержания ФНО- $\alpha$ , что можно рассматривать как неблагоприятный фактор в прогрессировании не только основного заболевания, но и формировании осложнений.

**Пасієшвілі Т.М.<sup>1</sup>, Коряк В.В.<sup>2</sup>, Кравченко Л.В.<sup>2</sup>**

## **ЗАСТОСУВАННЯ ФЕРМЕНТНИХ ПРЕПАРАТІВ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

**Харківський національний медичний університет<sup>1</sup>,  
Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська  
клініка» ХНМУ<sup>2</sup>, Харків, Україна**

Одними з важливих факторів, що визначають успіх лікування, є правильний вибір ферментного препарату, його дози і тривалості лікування. При виборі препарату враховують характер захворювання і механізми, що лежать в основі порушення травлення. Вибір дози