

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- α 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- α 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- α , что можно рассматривать как неблагоприятный фактор в прогрессировании не только основного заболевания, но и формировании осложнений.

Пасієшвілі Т.М.¹, Коряк В.В.², Кравченко Л.В.²

ЗАСТОСУВАННЯ ФЕРМЕНТНИХ ПРЕПАРАТІВ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

**Харківський національний медичний університет¹,
Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська
клініка» ХНМУ², 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

ферментного препарату обумовлений тяжкістю основного захворювання і ступенем функціональних розладів пошкодженого органу.

Серед захворювань внутрішніх органів, що вимагають призначення зазначеної групи препаратів, розглядають захворювання підшлункової залози (хронічний панкреатит, рак підшлункової залози, муковісцедоз, панкреатектомія, квашіокор), шлунка і кишечника (виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, дуоденіт, синдром подразненого кишечника, дисбіоз тонкої кишки), біліарного тракту (постхолецистектомічний синдром, хронічні холецистити хронічний гепатит, цироз печінки і ряд інших).

До складу ферментних препаратів входять:

1. Екстракти слизової оболонки шлунка, основною діючою речовиною яких є пепсин (абомін, ацидінпепсин).

2. Панкреатичні ензими, представлені амілазою, ліпазою і трипсином (панкреатин, панцитрат, мезим-форте, креон).

3. Комбіновані ферменти, що містять панкреатин у комбінації з компонентами жовчі, геміцелюлози та іншими додатковими компонентами (дігестал, фестал, панзинорм-форте, ензістал).

4. Рослинні ензими, представлені папаїном, грибковою амілазою, протеазою, ліпазою та іншими ферментами (пепфіз, ораза).

5. Комбіновані ферменти, що містять панкреатин у поєднанні з рослинними ензимами, вітамінами (вобензим).

Перша група ферментів в основному спрямована на корекцію секреторною дисфункції шлунка. Вміщені в їх складі пепсин, катепсин, пептидази розщеплюють практично всі природні білки. Ці препарати використовуються переважно при атрофічному гастриті, їх не слід призначати при захворюваннях, що протікають на тлі нормального або підвищеного кислотоутворення.

Препарати, що включають панкреатичні ензими, використовуються для корекції порушень процесу травлення, а також для регуляції функцій підшлункової залози. Традиційно призначають комплексні препарати, що містять основні ферменти підшлункової залози домашніх тварин (насамперед ліпазу, трипсин, хімотрипсин і амілазу). Ці ферменти забезпечують достатній спектр травної активності і сприяють купіруванню клінічних ознак зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози, до яких відносять зниження апетиту, нудоту, бурчання в животі, метеоризм, стеато-, креато- і амілорею.

Введення в препарат жовчних кислот суттєво змінює його дію на функцію травних залоз і моторику шлунково-кишкового тракту. Препарати, що містять жовчні кислоти, збільшують панкреатичну секрецію і холерез, стимулюють моторику кишечника і жовчного міхура. Жовчні кислоти збільшують осмотичний тиск кишкового вмісту. В

умовах мікробної контамінації кишечника відбувається їх декон'югація, що в деяких випадках сприяє активації цАМФ ентероцитів з подальшим розвитком осмотичної і секреторної діареї.

Комбіновані препарати, що містять компоненти жовчі і гемицеллюлозу, створюють оптимальні умови для швидкого і повного розщеплення білків, жирів і вуглеводів у дванадцятипалій і тонкій кишках. Препарати призначають при недостатній зовнішньосекреторній функції підшлункової залози, в поєднанні з патологією печінки, жовчовивідної системи, при порушенні жувальної функції, малорухомому способі життя, короткочасних погрішностях в їжі.

Наявність у складі комбінованих препаратів, крім ферментів підшлункової залози, компонентів жовчі, пепсину і гідрохлоридів амінокислот (панзинорм) забезпечує нормалізацію процесів травлення у хворих з гіпоацидним або анацидним гастритом. У цих хворих, як правило, страждають функції підшлункової залози, жовчоутворення і жовчовиділення. Гемицелюлаза, що входить до складу деяких препаратів (фестал), сприяє розщепленню рослинної клітковини в просвіті тонкої кишки, нормалізації мікрофлори кишечника.

Багато ферментних препаратів містять симетикон або диметикон, які зменшують поверхневий натяг бульбашок газу, внаслідок чого вони розпадаються і поглинаються стінками шлунка або кишечника.

Крім трьох вищевказаних груп існують невеликі групи комбінованих ферментних препаратів рослинного походження в поєднанні з панкреатином, вітамінами (вобензим) і дисахаридазами (тілактаза). Призначення великих доз або високоактивних ферментів доцільно при замісній терапії у хворих на хронічний панкреатит. У цьому випадку дози ферментів залежать від ступеня зовнішньосекреторної недостатності, а також індивідуальних харчових звичок і бажання хворого дотримуватися дієти.

При легкій стеатореї, що не супроводжується проносами і зниженням маси тіла, корекція травлення досягається дієтою з низьким вмістом жиру або прийомом панцитрату 10000.

Вкрай важливо враховувати, що доза ферментних препаратів залежить від ступеня панкреатичної недостатності і від вмісту в препараті ліпази. При надходженні ферментів в тонку кишку активність їх різко падає і залишаються активними тільки 22% трипсину і 8% ліпази. Отже, навіть при помірній панкреатичній недостатності виникає дефіцит ліпази.

При стеатореї (більше 15 г жиру на добу), а також за наявності проносів і зниженні маси тіла, як правило, дієта не дає істотного ефекту. Таким хворим показано призначення капсул панцитрату або креону, що містять 25000 ліпази, при кожному прийомі їжі. При цьому можна розширити дієту з включенням переважно рослинних жирів до 60-70 г на

добу. Тим не менш, у частини хворих симптоми порушення травлення зберігаються і при використанні високих доз ферментів. Подальше збільшення дози, в більшості випадків, не покращує результати лікування.

Основними причинами неефективності ферментної терапії є:

- інактивація ферментів у дванадцятипалій кишці в результаті закислення її вмісту;
- супутні захворювання тонкої кишки (глисні інвазії, дисбіоз кишки та ін.);
- дуоденостаз;
- невиконання хворими рекомендованого режиму лікування;
- використання ферментів, які втратили свою активність.

Вибір комбінованих ензимних препаратів важливий при поєднанні захворювань жовчовивідної системи і печінки з порушеннями травлення. Тим не менше, потрібно пам'ятати, що використання препаратів з жовчними кислотами може посилити інтоксикацію при тяжких хронічних гепатитах і цирозах. При синдромі хронічної діареї, в умовах вторинного порушення всмоктування жовчних кислот у кишечнику, додаткове їх введення може посилити діарею.

У хворих з дуоденогастральним рефлюксом застосування ферментних препаратів, що містять у своєму складі жовчні кислоти (фестал, дігестал, панзістал та ін.), недоцільно, оскільки в цих умовах жовчні кислоти підсилюють шкідливу дію рефлюксу на слизову оболонку шлунка. В даний час встановлено, що при загостренні хронічного панкреатиту замісна терапія ферментами сприяє зворотному гальмуванню секреції залози, зниженню гіпертензії в протоках, в результаті чого відзначається анальгезуючий ефект.

Необхідно пам'ятати, що при хронічному панкреатиті ферментні препарати не повинні знижувати рН шлунка, стимулювати панкреатичну секрецію і посилювати діарею. Препаратами вибору в таких випадках є ті, які не містять жовч і екстракти слизової оболонки шлунка (панкреатин, сомілаза, солізим, трифермент, креон, панцитрат та ін.). При гіперацидних станах патогенетично необгрунтовано включення в комплексну терапію лікарських форм, що містять компоненти шлункового соку (панзинорм). Використання панзинорму при гіперацидному гастриті, виразковій хворобі збільшує активність протеолітичних ферментів, підвищує кислотність шлунка, що клінічно може проявитися таким виснажливим симптомом, як печія.

Для корекції креатореї потрібні менші дози препаратів, оскільки секреція панкреатичних протеаз тривалий час залишається збереженою навіть при виражених структурних змінах підшлункової залози. Крім того, в прийнятих всередину ферментних препаратах в першу чергу знижується активність ліпази, а потім протеаз.

Ферментні препарати при хронічному панкреатиті з зовнішньосекреторною недостатністю призначаються на дуже тривалий час, часто довічно. Дози їх можуть бути знижені при дотриманні суворої дієти з обмеженням жиру і білка і повинні збільшуватися при розширенні дієти.

Так, застосування середньоактивних панкреатичних ензимів доцільно при станах, коли є незначні порушення функцій підшлункової залози, які супроводжують різні захворювання верхніх відділів травного тракту або зустрічаються при погрішності в їжі, переїданні, алкогольному ексцесу.

Тобто, велика кількість ферментних препаратів, які часто використовуються лікарями в повсякденній практиці, відповідає завданням, що на них покладаються, а вибір конкретного з них є результатом оцінки патогенетичних ланок захворювання та клінічних проявів нозологій.

Резуєнєко О.В.

ЖИРНОКИСЛОТНИЙ СПЕКТР КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БЕЗКАМ'ЯНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

**Харківський національний медичний університет, Харків,
Україна**

Ліпіди є складовою частиною багатьох систем організму. Вони виявляють собою велику групу сполук, які суттєво відрізняються між собою за структурою та функцією в організмі.

Синтез ЖК відбувається в печінці, стінки кишечника, жировій тканині, легенях, нирках, судинах, тканині мозку та кістковому мозку.

Мета дослідження: визначити предикативну цінність вмісту жирних кислот в сироватці крові хворих на ХБХ із ГХ для прогнозування тяжкості перебігу патологічного процесу.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 106 хворих на ХБХ, у яких у 70 (66,0%) випадках реєстрували супутнє захворювання – гіпертонічну хворобу (ГХ). Тривалість анамнезу ХБХ у (64,3%) хворих складала 8 ± 3 роки, 43 хворих (61,4%) мали тривалість анамнезу ГХ 7 ± 5 років. У 5 пацієнтів (7,1%) ГХ передувала ХБХ, у 9 (12,9%) – передував ХБХ. Діагноз щодо гіпертонічної хвороби встановлювався відповідно до рекомендацій експертів ВООЗ (1993), класифікації артеріальної гіпертензії по поразці органів-мішеней (доповідь Комітету Експертів ВООЗ по АГ, 1996) і рекомендованої до подальшого застосування згідно з