подразненої кишки – 22,5 балів та неспецифічним виразковим колітом – 12 балів. При вживанні продуктів з високим вмістом ПО найбільш вражалася гепатобіліарна система, що можна пояснити фізико-хімічними особливостями ПО - температура плавлення пальмітинових кислот складає 49 °С, що обумовлює відсутність плавлення пальмітинових тригліцеридів ліпазами організму людини. Надмірне надходження з їжею пальмітинової кислоти призводить до накопичення пальмітинових тригліцеридів в печінці, що веде до формування жирової хвороби печінки, стеатозу. Потім перевантажені нефізіологічними тригліцеридами гепатоцити гинуть, піддавшись механізму самознищення - апоптозу. Їх мертві залишки накопичуються в міжклітинному середовищі печінки і провокують виникнення наступної стадії – запальної реакції і перехід стеатозу в стеатогепатит, який логічно закінчується цирозом печінки. Так як ПО погано перетравлюється в шлунково-кишковому тракті, то це, в свою чергу, стимулює виділення холецистокініна, що призводить до гіперсекреції та застою жовчі, що також сприяє виникненню хронічного запалення в біліарній системі.

Висновки. При вживанні продуктів з високим вмістом ПО пошкоджуються всі відділи ШКТ, та найбільше уражується гепатобіліарна система. Можна припустити, що при вже попередньо пошкодженій печінці вживання ПО може погіршити її стан. Тому таким людям слід обережно вживати продукти з високим вмістом ПО та не використовувати її в якості жира для смаження страв.

Сипало А.

ТЕРАПЕВТИЧНА СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАННЯ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології ім. академіка Л. Т. Малої
Науковий керівник: д.мед.н., проф. Кравчун П.Г.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є найбільш розповсюдженим захворюванням століття, яке домінує в структурі захворюваності та є основною причиною смертності. Цукровий діабет (ЦД) 2-го типу може ускладнювати перебіг ІХС. Коморбідність даних патологій не поступає своїх лідируючих позицій в

структурі серцево-судинної смертності. Порушення ліпідного обміну все частіше зустрічається у хворих при коморбідній патології. На сьогоднішній день постає питання терапевтичної стратегії лікування ліпідних порушень у хворих на ІХС та ЦД 2 типу.

Мета роботи: провести порівняльну характеристику застосування статинів у комбінації з фібратами і омега-3 поліненасиченими жирними кислотами у лікуванні дисліпідемії у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали і методи: проведено комплексне обстеження 75 пацієнтів на ІХС та ЦД 2 типу. Пацієнти були поділені на дві підгрупи залежно від одержуваної гіполіпідемічної терапії. У першу підгрупу увійшло 37 пацієнтів, які в ролі ліпідознижуючої терапії отримували аторвастатин у дозі 20 мг на добу і фенофібрат у дозі 145 мг на добу після вечері. До другої підгрупи увійшло 38 пацієнтів з такими ж нозологічними одиницями, які отримували аторвастатин у дозі 20 мг на добу і омега-3 поліненасичені жирні кислоти (ПНЖК) у дозі 1000 мг вранці та ввечері.

Результати: у ході дослідження було виявлено, що у хворих 1 підгрупи після лікування рівень загального холестерину (ЗХС) достовірно знизився на 4,67% (з 5,57±1,41 ммоль/л до 5,31±0,93 ммоль/л), рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) достовірно підвищився на 40,42% (з 1,15±0,18 ммоль/л до 1,93±0,09 ммоль/л), рівень тригліцеридів (ТГ) знизився на 32,48% (з 1,17±0,34 ммоль/л до 0,79±0,28 ммоль/л), рівень холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) знизився на 18,77% (з 3,89±1,39 ммоль/л до 3,16±0,98 ммоль/л), рівень холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) знизився на 30,43% (з 2,53±0,15 ммоль/л до 1,76±0,18 ммоль/л), коефіцієнт атерогенності (КА) знизився на 14,91% (з 3,89±1,3 до 3,31±1,1), (p<0,05). У хворих 2 підгрупи після лікування рівень ЗХС достовірно знизився на 5,74% (з 5,57±1,41 ммоль/л до 5,25±1,32 ммоль/л), рівень ХС ЛПВЩ достовірно підвищився на 46,76% (з 1,15±0,18 ммоль/л до 2,16±0,16 ммоль/л), рівень ТГ знизився на 26,49% (з 1,17±0,34 ммоль/л до 0,86±0,33 ммоль/л), рівень

ХС ЛПНЩ знизився на 18,25% (з 3,89±1,39 ммоль/л до 3,18±1,26 ммоль/л), рівень ХС ЛПНЩ знизився на 28,45% (з 2,53±0,15 ммоль/л до 1,81±0,14 ммоль/л), КА знизився на 14,39% (з 3,89±1,3 до 3,33±1,2), ($p<0,05$).

Висновки: таким чином, порівняльна характеристика застосування статинів у комбінації з фібратами і омега-3 ПНЖК у хворих на ІХС та ЦД 2 типу не показала наявності достовірних змін у показниках ліпідного обміну ($p<0,05$). Відзначено лише тенденцію до збільшення рівня ХС ЛПВЩ у хворих 2 підгрупи, які в якості гіполіпідемічної терапії отримували аторвастатин у комбінації з омега - 3 ПНЖК порівняно з хворими 1 підгрупи. Також помітна тенденція у більш значущому зниженні рівня ТГ у хворих, які отримували в ролі гіполіпідемічної терапії аторвастатин і фібрат. Таким чином, отримані дані дають змогу зробити висновок про майже однаковий гіполіпідемічний ефект від застосування комбінації статинів з фібратами та омега-3 ПНЖК при лікуванні дисліпідемії у хворих на ІХС та ЦД 2 типу, що в подальшому дозволить знизити резидуальний серцево-судинний ризик у даної когорти хворих.

Сипало А.

ДІАГНОСТИЧНИЙ ТАНДЕМ РІВНЯ СОРТИЛІНЕМІЇ ТА ПОКАЗНИКІВ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології ім. академіка Л. Т. Малої
Науковий керівник: д.мед.н., проф. Кравчун П.Г.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу є найбільш розповсюдженими і коморбідними патологіями в структурі серцево-судинної смертності. ЦД – основний глобальний метаболічний розлад, який посідає лідируюче місце у структурі неінфекційних захворювань у всьому світі. Останнім часом продовжується пошук нових маркерів діагностики серцево-судинного ризику і його взаємозв’язку з показниками ліпідного обміну у хворих при комбінованій патології. Особлива увага приділяється сортиліну.