

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України  
Міністерство охорони здоров'я  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
III Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2015

## ВПЛИВ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ПЕЧІНКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ І НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ

Кочуєва М.М.<sup>1</sup>, Псарьова В.Г.<sup>2</sup>, Кириченко Н.М.<sup>2</sup>, Ігнатенко Н.А.<sup>2</sup>, Гученко І.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти

<sup>2</sup>Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Наявна при метаболічному синдромі (МС) гіперінсулінемія та інсулінорезистентність призводить до збільшення активності ферментів, що розщеплюють тригліцериди жирової тканини, збільшенню у крові вільних жирних кислот (ВЖК), їх накопиченню в цитоплазмі гепатоцитів і розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки (НЖХП). НЖХП починаючись зі стеатогепатозу може трансформуватися в стеатогепатит і цироз. При МС і НЖХП у сироватці крові значно підвищується рівень проатерогенних ліпідів, що асоціюється з ризиком прогресування серцево-судинної патології. Тому в комплексне лікування хворих з асоціацією МС і НЖХП було включено цитопротектор – есенціальні фосфоліпіди (ЕФЛ).

**Ціль:** дослідити функціональний стан печінки та динаміку показників ліпідного обміну: загального холестерину (ЗХ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), тригліцеридів (ТГ) та аланінамінотрансферази (АЛАТ) і аспартатамінотрансферази (АСАТ) у пацієнтів з асоціацією МС і НЖХП.

**Матеріали і методи:** обстежено 47 хворих. МС діагностований згідно критеріїв ВООЗ (1999). Діагноз НЖХП встановлювався при наявності стеатоза печінки, виявленого при ультразвуковому дослідженні або комп'ютерній томографії в умовах відсутності надлишкового вживання етанолу. Усім хворим проведені загальні клінічні і лабораторні обстеження. Ультразвукове дослідження проводили на сканері «ULTIMA RA» з функцією еластографії (фірми «РАДМІР», Україна). Показник жорсткості печінки виражався через значення модуля Юнга (МЮ) в кілопаскалях (кПа). Усі пацієнти приймали базове лікування: інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту або сартан, аторва- або розувастатин, за показниками метформін. В залежності від схеми лікування хворі були поділені на групи: I (n=25) – пацієнти, які отримували лише базове лікування, II (n=22) – хворі, які з вище зазначеним лікуванням отримували ЕФЛ 1800 мг на добу. Показники оцінювали до та через місяць лікування. Пацієнти були репрезентативні за статтю, віком, тривалістю захворювання. Контрольну групу склали 25 практично здорових. Статистична обробка проводилась з використанням пакету програм Statistica for Windows версії 6.0.

**Результати:** до лікування в усіх пацієнтів концентрація ЗХ була збільшена в 4,2 рази ( $p<0,001$ ), ЛПНЩ – в 3,2 рази ( $p<0,001$ ), ТГ майже в 6 разів ( $p<0,001$ ), АЛАТ – в 1,5 рази ( $p<0,05$ ), АСАТ – в 2,8 рази ( $p<0,001$ ) в порівнянні зі здоровими.

Через місяць від початку лікування відбулося статистично недостовірне зменшення ехогенності паренхіми печінки, що оцінюється візуально ( $p>0,05$ ). Динаміка показників жорсткості паренхіми печінки у пацієнтів I групи знизилась на 12,34%, а у хворих II групи на 20,64% і вірогідно різнилась між групами ( $p_{I-II}<0,05$ ). ЗХ залишався вищим, ніж у здорових, але у хворих II групи він був в 1,8 рази нижчим, чим у пацієнтів I групи ( $p_{I-II}<0,05$ ). Рівень ЛПНЩ також залишався підвищеним у хворих обох груп у порівнянні зі здоровими, але у пацієнтів II групи він був у 2,4 рази нижчим, ніж у хворих I групи ( $p_{I-II}<0,01$ ). Рівень ТГ під впливом терапії знизився максимально у пацієнтів II групи: майже у тричі в порівнянні з показником до лікування ( $p<0,001$ ) і в 1,7 рази порівняно з показником у I групі ( $p_{I-II}<0,05$ ). Рівень АЛАТ у хворих II групи не відрізнявся від показнику здорових і був в 1,6 рази нижчим, ніж в I групі, тоді як у пацієнтів I групи АЛАТ залишався майже таким як і до лікування ( $p_{I-II}<0,05$ ). АСАТ у хворих II групи в 1,3 рази був вищим, ніж у здорових, а у пацієнтів II групи він збільшився в 3,1 рази в порівнянні зі здоровими ( $p<0,05$ ).

**Висновки:** включення ЕФЛ до комплексного лікування хворих на МС в поєднанні з НЖХП призводить до більш суттєвого зниження жорсткості паренхіми печінки, що вказує на зменшення ступеню гепатозу та зменшення ЗХ, ЛПНЩ, ТГ і трансаміназ.