

М.М. Блецкан, М.І. Фатула, А.А. Трохимович, В.В. Свистак

Комплексний підхід до корекції ліпідного обміну у хворих з ожирінням

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Виникнення та перебіг серцево-судинних захворювань тісно пов'язані з наявністю чинників ризику, основними серед яких є порушений ліпідний обмін, підвищений артеріальний тиск, надлишкова маса тіла тощо. Абдомінальний тип ожиріння, як правило, пов'язаний із наявністю інсулінорезистентності в поєднанні з дефіцитом секреції інсуліну. Абдомінальне ожиріння діагностується методом вимірювання об'єму талії – діагноз ставиться, якщо у чоловіка він перевищує 102 см, а у жінки 88 см. Порівняно з підшкірним, абдомінальний жир метаболічно активніший і представлений гіпертрофованими інсулінорезистентними адипоцитами. Значимість проблеми ожиріння визначається загрозою інвалідизації пацієнтів молодого віку і зменшенням загальної тривалості життя в зв'язку з розвитком тяжких супутніх захворювань. Спектр ліпідограми при абдомінальному ожирінні зміщений у бік атерогенезу за рахунок гіпертригліцеридемії, підвищення рівня вільних жирних кислот, зниження рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ), підвищення рівня холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), збільшення співвідношення ХС ЛПНЩ/ХС ЛПВЩ, вираженого постпрандіального підвищення ліпопротеїнів, багатих на тригліцериди, порушення співвідношення ліпопротеїнової ліпази і печінкової тригліцеридліпази. Абдомінальне ожиріння самостійно й опосередковано (через інсулінорезистентність) сприяє розвитку атеросклерозу. В основі зв'язку абдомінального ожиріння з атерогенезом лежить не тільки атерогенна дисліпідемія, а й часто супроводжуючі ожиріння артеріальна гіпертензія, інсулінорезистентність та інші обмінні порушення, які нерідко позначають як метаболічний синдром. З метою корекції рівня холестерину в крові, крім дотримання гіпохолестеринемічної дієти, рекомендується прийом препаратів, що знижують рівень холестерину в крові. Починати корекцію порушень ліпідного обміну варто з немедикаментозних заходів, приділивши особливу увагу дієті, раціональній фізичній активності, припиненню куріння. Призначення гіполіпідемічних препаратів показано у випадку безуспішності перерахованих заходів принаймні протягом 3 місяців та пацієнтам з високим або дуже високим рівнем ризику серцево-судинних захворювань. До ліпідознижуючих препаратів відносять статини, фібрати, секвестранти жовчних кислот, нікотинову кислоту, менше робіт присвячено методикам корекції порушень ліпідного обміну за допомогою фітотерапевтичних засобів. Завданням нашої роботи є покращення ефективності лікування пацієнтів з

порушенням ліпідного обміну за допомогою лікарських рослин.

Метою нашого дослідження було проведення аналізу спектру терапевтичної дії фітотерапевтичних засобів для покращення ефективності ведення пацієнтів з порушенням ліпідного обміну при наявності ожиріння.

Було проведено аналіз спектру терапевтичної дії різновидів рослинної сировини з врахуванням гіполіпідемічного ефекту.

Гіполіпідемічний ефект лікарських рослин обумовлений впливом на наступні ланки ліпідного обміну:

1. За рахунок гальмування всмоктування екзогенного холестерину в кишківнику. Обумовлено вмістом у них β -ситостерину – конкурентного антагоністу холестерину. Механізм дії β -ситостерину полягає в блокуванні ферментативної системи, що сприяє всмоктуванню холестерину з кишківника. Даний фітостерин перешкоджає осіданню холестерину на стінках судин та виводить його з організму. До даної групи належать ромашка, часник, плоди малини, трава і зерна вівса, корені кульбаби, цикорію, плоди грецького горіха, плоди і листя обліпихи, листя підбілу тощо. Наводимо хімічний склад окремих компонентів досліджуваної лікарської рослинної сировини (табл.).

2. За рахунок гальмування синтезу холестерину, тригліцеридів та підвищення їх утилізації. Ефект здійснюється за рахунок наявності в рослинах глікозидів, лігнінів, стероїдних та тритерпенових сапонінів, фенольних сполук тощо. До даної групи належать адаптогени (елеутерокок, лимонник, родіола рожева, аралія висока тощо), а також подорожник, глід, звіробій та інші.

3. За рахунок прискорення метаболізму та виведення холестерину та тригліцеридів. До даної групи належать лікарські рослини, що містять ненасичені жирні кислоти (соняшникова, оливкова олії, плоди обліпихи, шипшини, кропу, фенхелю), а також трави, що містять нікотинову кислоту (плоди журавлини) та деякі жовчогінні трави (приймочки кукурудзяні). Компоненти лікарських рослин виявляють різносторонній ефект на найважливіші системи організму та на їх функції. Переважний вплив складників наведених лікарських рослин направлений на серцево-судинну систему. Супутніми ефектами є жовчогінний (ромашка лікарська, листя підбілу звичайного, кукурудза звичайна, кульбаба лікарська), спазмолітичний (звіробій звичайний, ромашка лікарська), протизапальний (кукурудза звичайна, звіробій звичайний, ромашка лікарська, подорожник великий, листя підбілу звичайного, плоди обліпихи), протимікробний (звіробій звичайний, подорожник великий, плоди обліпихи, часник).

Таблиця

Основні діючі речовини досліджуваної лікарської рослинної сировини, що рекомендовані хворим з порушенням ліпідного обміну

Сировина	Хімічний склад
Ромашка лікарська	β -ситостерин, β -каротин, вітамін С, ефірні олії (хамазулен), кумаринові сполуки, органічні кислоти, мінеральні солі
Плоди малини	β -ситостерин, флавоноїди (гіперозид, ізокверцитин), мікро- та макроелементи (калій, залізо, марганець, цинк, кобальт), вітаміни
Підбіл звичайний	β -ситостерин, флавоноїди, гіркі глікозиди, сапоніни, каротиноїди, органічні кислоти, дубильні речовини, вітамін С
Трава і зерна вівса	β -ситостерин, стигмастерин, органічні кислоти, кумарин, скополетин, стероїдні сапоніни, мінеральні солі (фосфорні, кальцієві), вітаміни групи В, вітамін Е
Плоди обліпихи	β -ситостерин, жирні олії, токоферолі, кумарини, філохінон, фосфоліпіди, алкалоїд серотонін, органічні кислоти, каротиноїди, флавоноїди, вітамін С, ніотинова кислота, фолієва кислота
Кульбаба лікарська	β -ситостерин, стигмастерин, флавоноїди, інулін, тритерпенові сполуки, тараксацин
Часник	β -ситостерин, глікозид юліїн, ефірна олія, вітаміни групи В, вітамін С, органічні кислоти, інулін, мікро- та макроелементи (калій, залізо, кальцій, магній, фосфор, цинк, йод)

Таким чином, комплексне застосування терапевтичним фактором в первинній профілактиці та фармакологічних ефектів наведених лікарських рослин у лікуванні порушень ліпідного спектру крові у хворих з вигляді фітозборів може виявитися базисним ожирінням з метою оптимізації базисних схем лікування.

Ю.Г. Бурмак, Є.Є. Петров, С.І. Треумова

Особливості молекулярного складу циркулюючих імунних комплексів та показників первинного гемостазу у коморбідних хворих із метаболічним синдромом

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Відомо, що наявність метаболічного синдрому (МС) у хворих із артеріальною гіпертензією взмозі значно підвищувати ризик розвитку серцево-судинних подій, він асоціюється із значною кількістю факторів ризику розвитку серцево-судинних подій та ранніми ураженнями серцево-судинної системи, а у патогенезі МС, окрім ожиріння та інсулінорезистентності, залучена сукупність незалежних факторів, що включають утворення прозапальних молекул різного, в тому числі судинного та імунологічного, походження. Тісні взаємозв'язки різних компонентів МС та їх неупорядкована взаємодія ускладнюють розуміння того, що є причиною, а що є наслідком. Особливо гостро це відчувається за умов наявності або розвитку коморбідної патології і такого доволі розповсюдженого поєднання, як гіпертонічна хвороба та пептична виразка дванадцятипалої кишки. При цьому, порушення гемодинаміки, що притаманні для гіпертонічної хвороби, мають певне значення у розвитку загострень пептичної виразки, що може бути пов'язаним із характером та ступенем (запалення та клітинна проліферація) гіпертензивного ураження органів-мішеней, наявністю зсувів мікрогемодинаміки та порушень з боку

мікроциркуляторного русла і судинно-тромбоцитарної ланки гемостазу. Важливого значення у розвитку патологічного процесу має також стан клітинної і гуморальної ланок системного імунітету, утворення циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) та співвідношення їх молекулярних складових.

Мета роботи – вивчити особливості молекулярного складу циркулюючих імунних комплексів та показників судинно-тромбоцитарної ланки первинного гемостазу у коморбідних хворих з метаболічним синдромом.

Досліджувана група включала 22 хворих (12 чоловіків та 10 жінок віком від 38 до 49 років) на есенціальну гіпертензію (2 стадія та ступінь, медикаментозно контрольована) у поєднанні з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки (загострення), у 10 з котрих мали місце клініко-лабораторні прояви метаболічного синдрому. Визначення ЦІК та їх молекулярного складу у крові хворих здійснювалось методом селективної преципітації, стан первинного гемостазу оцінювали за даними активності фактору Виллебранда (ристоміцин-індукована агрегація тромбоцитів (PIAT), модифікованим методом Д'юка приділяли тривалість кровотечі з поверхневих судин