

**ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ФІТОТЕРАПІЇ
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСЬКОЇ ТЕРАПІЇ**

**УЖГОРОДСЬКИЙ ТОРГОВЕЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИЙ ІНСТИТУТ
КИЇВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО ТОРГОВЕЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ**

**СЛОВАЦЬКИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ В НІТРИ
ІНСТИТУТ ЗБЕРЕЖЕННЯ БІОРИЗНОМАНІТТЯ В НІТРИ**

**УНІВЕРСИТЕТ ВЕТЕРИНАРНОЇ МЕДИЦИНИ І ФАРМАЦІЇ, КОШИЦЕ,
СЛОВАЧЧИНА**

**УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ДЕПАРТАМЕНТ ОСВІТИ І
НАУКИ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОДА**

**МІЖНАРОДНИЙ ІНСТИТУТ ЛЮДИНИ І ГЛОБАЛІСТИКИ
«НООСФЕРА»**

САНАТОРІЙ «КВІТКА ПОЛОНІНИ»

Актуальні питання збереження здоров'я людини

**МАТЕРІАЛИ
МІЖНАРОДНОЇ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

(11-12 квітня 2014 року)

**УЖГОРОД
2014**

УДК 613.2 (075.8)
ББК 53.51Я2
Б 62

*Рекомендовано до друку
Вченою радою Ужгородського торгово-економічного інституту
(протокол № 3 від 25 березня 2014 року)*

За редакцією проф. Ганича Т.М.

Голови редколегії:

О.М. Ганич – заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, директор НДІ фітотерапії ДВНЗ "УжНУ"

Т.М. Ганич – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри факультетської терапії медичного факультету ДВНЗ "УжНУ"

Члени редколегії:

проф. Гаврилко П.П.
доц. Бриндза Я.
проф. Ганич М.М.
доц. Лукша О.В.
засл. лікар України П.П. Ганинець
н.с. Скаканді С.І.

Автори опублікованих робіт несуть повну відповідальність за зміст і ілюстративний матеріал.

Актуальні питання збереження здоров'я людини: матеріали міжнар. міждисциплінарної наук.-практ. конф., сан. "Квітка полонини", 11-12 квітня 2014 року (с. Солочин Свалявського району) / За ред. проф. Т.М. Ганича. – Ужгород : 2014. – 340 с.

Матеріали конференції висвітлюють нові відомості про збереження здоров'я людини, а саме, роль сімейного лікаря в оздоровленні населення природними засобами, забезпечуванням адекватного харчування, якісної питної та мінеральної води, використаними агронауки перспективних здобутків наномедицини. Звернуто увагу згаданих проблем для збереження здоров'я людини у школах і вузах України.

ISBN 978-611-515624-5

© ДВНЗ «УжНУ», 2014
© УТЕІ КНТЕУ, 2014

7. Fracanzani, A.L.; Valenti, L.; Bugianesi, E.; Andreoletti, M.; Colli, A.; Vanni, E.; Bertelli, C.; Fatta, E.; Bignamini, D.; Marchesini, G.; *et al.* Risk of severe liver disease in nonalcoholic fatty liver disease with normal aminotransferase levels: A role for insulin resistance and diabetes. *Hepatology* 2008, 48, 792–798.
8. Machado M, Marques-Vidal P, Cortez-Pinto H. Hepatic histology in obese patients undergoing bariatric surgery. *J Hepatol* 2006; 45:600–6.
9. Vuppalanchi R, Chalasani N. Nonalcoholic fatty liver disease and nonalcoholic steatohepatitis: Selected practical issues in their evaluation and management. *Hepatology* 2009; 49:306–17.

SUMMARY

NON – ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE AND ITS CONNECTION WITH DYSLIPIDEMIA, ATHEROSCLEROSIS AND CARDIOVASCULAR RISK

Ivachevska V.V., Chohey I.V.

In this review we analyzed the mechanisms that relate NAFLD with dyslipidemia, atherosclerosis and cardiovascular disease.

ПРОЯВИ СИНДРОМУ МАЛЬДИГЕСТІЇ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Коваль В.Ю., Ганич О.М., Архій Е.Й., Коцюбняк Л.А., *Брич Н.І.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», * Обласна клінічна лікарня ім. А. Новака, м. Ужгород, Україна*

Вступ. Видатний фізіолог-панкреатолог Г.Ф. Коротько сказав про підшлункову залозу (ПЗ): "Підшлункова залоза - королева фізіології і патології травлення". Дійсно, без ПЗ неможливий гідроліз ні жирів, ні білків, ні вуглеводів. Клінічна картина у хворих хронічним панкреатитом (ХП) включає синдром порушеної асиміляції їжі (мальасиміляція). Він складається з ознак синдрому порушеного переварювання (мальдигестія) і синдрому недостатнього всмоктування (мальабсорбція). Синдром мальдигестії зазвичай розвивається при зменшенні продукції ПЗ травних ферментів – протеолітичних (трипсин, хімотрипсин, карбоксипептидаза, еластаза, амінопептидаза, колагеназа), ліполітичних (ліпаза,

фосфоліпаза, холестеролестераза), карбоангідраз (амілаза, мальтаза, лактаза), нуклеаз. Синдром порушеної асиміляції частіше спостерігається при тривалій течії ХП, коли відбувається заміщення загиблих ацинарних клітин ПЗ сполучною тканиною, - при так званому гіпоферментному ХП. На відміну від останнього, при "гіперферментному" ХП мало страждає зовнішньосекреторна активність ПЗ і спостерігається надмірне надходження у кров вказаних вище травних ферментів при руйнуванні (аутолізі) її ацинарних клітин. Проте, при загостренні цієї форми ХП також може спостерігатися недостатнє надходження панкреатичних ферментів в просвіт дванадцятипалої кишки у зв'язку з порушенням відтоку секрету ПЗ (обтураційний тип секреції) внаслідок стискання панкреатичної протоки набряклого тканиною ПЗ (верхній блок), стійкого спазму сфінктера Одді, набряку великого дуоденального соска (папіліт), рідше - закупорки каменем протоки (нижній блок) [1,2].

Мета дослідження: оцінити прояви синдрому мальдигестії у хворих хронічним панкреатитом у залежності від функціонального типу.

Матеріали та методи. Проведено копрологічне дослідження калу та його аналіз у 25 хворих хронічним панкреатитом (I група - з нормальним вмістом амілази сечі - 44%, II група - зі зниженим - 44% та III група - з підвищеним - 12%), які знаходилися на лікуванні в гастроентерологічному відділенні Ужгородської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака. Діагноз хронічного панкреатиту встановлювали на основі клінічних критеріїв згідно робочої класифікації Я.С. Ціммермана (1995) [3]. Серед обстежених жінок (ж) було - 40%, чоловіків (ч) - 60%. В усіх групах хворих хронічним панкреатитом переважали чоловіки. Вік хворих I групи склав $49,82 \pm 2,69$, II групи - $42,55 \pm 2,66$, III групи - $40,67 \pm 6,77$ років.

Результати дослідження та їх обговорення. При проведенні копрологічного дослідження калу у хворих хронічним панкреатитом звертали увагу на наявність клітковини, крохмалю, неперетравлених м'язових волокон (НМВ), перетравлених м'язових волокон (ПМВ), нейтрального жиру (НЖ), жирних кислот (ЖК), мил.

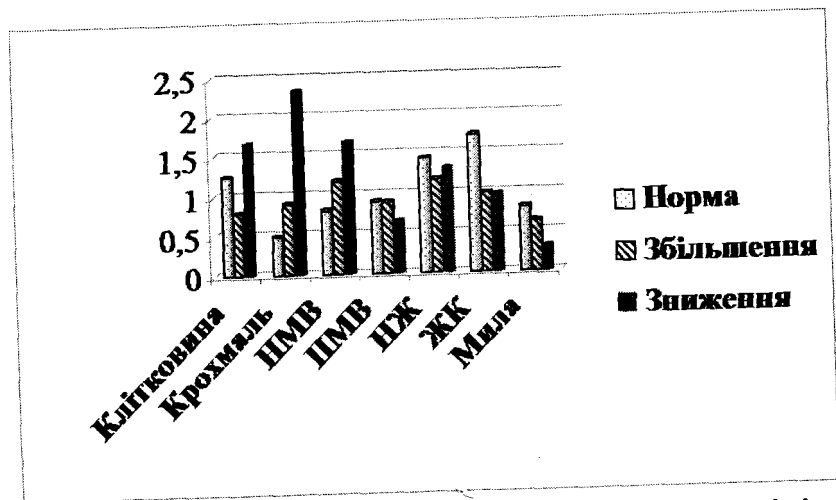


Рис. 1. Показники мальдігестії хворих ХП в залежності від функціонального типу.

У хворих ХП з нормальним вмістом амілази сечі ($45,78 \pm 5,89$ мМоль/л) виявляли клітковину - $1,25 \pm 0,25$; крохмаль - $0,5 \pm 0,17$; нейтральний жир - $1,45 \pm 0,25$; жирні кислоти - $1,73 \pm 0,27$; мила - $0,82 \pm 0,26$; неперетравлені м'язові волокна - $0,82 \pm 0,18$; перетравлені м'язові волокна - $0,92 \pm 0,15$. При ХП зі зниженим вмістом амілази сечі ($17,57 \pm 2,29$ мМоль/л): клітковина - $0,8 \pm 0,13$; крохмаль - $0,91 \pm 0,16$; неперетравлені м'язові волокна - $1,18 \pm 0,26$; перетравлені м'язові волокна - $0,91 \pm 0,16$; нейтральний жир - $1,18 \pm 0,23$; жирні кислоти - $1,0 \pm 0,23$ та мила - $0,64 \pm 0,15$. При ХП з підвищеним вмістом амілази сечі ($136,33 \pm 9,28$ мМоль/л): клітковину виявляли - $1,67 \pm 0,33$; крохмаль - $2,33 \pm 0,33$; нейтральний жир - $1,33 \pm 0,33$; жирні кислоти - $1,0 \pm 0,58$; мила - $0,33 \pm 0,33$; неперетравлені м'язові волокна - $1,67 \pm 0,33$; перетравлені м'язові волокна - $0,67 \pm 0,33$ (рис.1).

При всіх функціональних типах хронічних панкреатитів спостерігали прояви креатореї, амілореї та стеатореї. У хворих хронічним панкреатитом з нормальним вмістом амілази сечі спостерігаються більш виражені прояви стеатореї порівняно з гіпосекреторним та гіперсекреторним типом хронічного панкреатиту. При гіперсекреторному типі ХП виявлено помірні прояви стеатореї, креатореї та амілореї. У хворих з гіпосекреторним типом хронічного панкреатиту спостерігаються

суттєві прояви амілореї порівняно з хворими ХП гіпосекреторного типу та з нормальним вмістом амілази сечі.

Висновки.

1. У хворих хронічним панкреатитом гіпосекреторного типу спостерігаються більш виражені прояви амілореї та креатореї.
2. При гіперферментативному типі хронічного панкреатиту спостерігаються помірні прояви мальдигестії.
3. У хворих хронічним панкреатитом зі збереженою ферментативною активністю переважає стеаторея.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Маев И.В.* Хронический панкреатит: Учебное пособие / *Маев И.В., Казюлин А.Н., Дичева Д.Т., Кучерявый Ю.А.* – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 2007. – 80 с.
2. *Циммерман Я.С.* Принципы построения рабочей классификации хронического панкреатита // *Клин. мед.* – 1995. – № 1. – С. 61-64.
3. *Convell D., Banks P.* Chronic pancreatitis // *Curr. Opin. Gastroenterol.* – 2008. – Vol. 24 (5). – P.586-590.

SUMMARY

MANIFESTATIONS OF MALDIGESTION SYNDROME IN CHRONIC PANCREATITIS

Koval V.Yu., Hanych O.M., Archiy E.Y., Kotsubnyak L.A., Brych N.I.

The work demonstrates results of stool investigation in connection with functional type of chronic pancreatitis. We found maldigestion syndrome which manifestations depend on the functional type of chronic pancreatitis.

ПРОФІЛАКТИКА ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН РОГІВКИ І КОН'ЮНКТИВИ У ЖІНОК – УЧАСНИЦЬ АВАРІЙНИХ РОБІТ НА ЧАЕС У СТАНІ ХІРУРГІЧНОЇ МЕНОПАУЗИ

Маєвська І. О., Федірко П. А., Бабенко Т. Ф.
Державна установа «Національний Науковий Центр радіаційної медицини НАМН України», Київ, Україна

Патологічні зміни ендокринної системи значно впливають на стан органа зору. Зокрема, менопауза в багатьох випадках асоціюється з порушенням продукції сльози, іншими очними