

MATERIAŁY
XI MIĘDZYNARODOWEJ
NAUKOWI-PRAKTYCZNEJ KONFERENCJI

**«PERSPEKTYWICZNE
OPRACOWANIA SĄ NAUKĄ
I TECHNIKAMI - 2015»**

07 - 15 listopada 2015 roku

**Volume 9
Medycyna
Nauk biologicznych
Fizyczna kultura i sport**

Przemysław
Nauka i studia
2015

Wydawca: Sp. z o.o. «Nauka i studia»

Redaktor naczelna: Prof. dr hab. Sławomir Gómiak.

Zespół redakcyjny: dr hab. Jerzy Ciborowski (redaktor prowadzący), mgr inż. Piotr Jędrzejczyk, mgr inż. Zofia Przybylski, mgr inż. Dorota Michałowska, mgr inż. Elżbieta Zawadzki, Andrzej Smoluk, Mieczysław Luty, mgr inż. Andrzej Leśniak, Katarzyna Szuszkiewicz.

Redakcja techniczna: Irena Olszewska, Grażyna Klamut.

Dział sprzedaży: Zbigniew Targalski

Adres wydawcy i redakcji:

37-700 Przemyśl, ul. Łukaszyńskiego 7

tel (0-16) 678 33 19

e-mail: praha@rusnauka.com

Druk i oprawa:

Sp. z o.o. «Nauka i studia»

Cena 54,90 zł (w tym VAT 22%)

**Materiały XI Międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji
«Perspektywiczne opracowania są nauką i technikami - 2015»
Volume 9. Medycyna. Nauk biologicznych. Fizyczna kultura i sport.
Przemyśl. Nauka i studia - 64 str.**

W zbiorze trzymają się materiały XI Międzynarodowej
naukowo-praktycznej konferencji

«Perspektywiczne opracowania są nauką i technikami - 2015».

07 - 15 listopada 2015 roku

po sekcjach: Medycyna. Nauk biologicznych. Fizyczna kultura i sport

Wszelkie prawa zastrzeżone.

Żadna część ani całość tej publikacji nie może być bez zgody

Wydawcy – Wydawnictwa Sp. z o.o. «Nauka i studia» – reprodukowana,

Użyta do innej publikacji.

ISBN 978-966-8736-05-6

© Kolektyw autorów, 2015

© Nauka i studia, 2015

SPIS

MEDYCYNА

ORGANIZACJA OCHRONY ZDROWIA

Скрипченко А.Е., Огарков М.Ю., Максимов С.А., Индукаева Е.В.,
Мулерова Т.А., Груздева О.В., Артамонова Г.В., Баранова М.Н.
Влияние профилактических мероприятий на распространенность
поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний
в организованном коллективе работников угольной шахты 3

Сятиня М.Л., Негода Т.С., Саханда І.В. ABC – I VEN – Аналіз лікарських
засобів рослинного походження, що застосовуються для лікування
серцево-судинних захворювань 5

KLINICZNA MEDYCYNА

Потабашний В.А., Швец С.В, Маркова Е.Я. Особенности структурных
изменений поджелудочной железы при метаболическом синдроме 8

Потабашний В.А., Швец С.В, Маркова Е.Я. Клинические особенности
течения заболевания при хроническом панкреатите, ассоциированном
с метаболическим синдромом 15

Лешев Д.П., Буланенко Е.В., Мосенко А.А., Литвиненко Н.И.
Эритроцитаферез как компонент интенсивной терапии больных
с тяжелыми ожогами 21

Шейко С.О. Диагностика гемодинамічних порушень у хворих
похилого віку з кардіоренальним синдромом 25

NAUK BIOLOGICZNYCH

STRUKTURALNA BOTANIKA I BIOCHEMIA ROŚLIN

Шаталюк Г. С. Ростові процеси, урожайність та якість продукції агрусу
за дії гіберелліну 30

MOLEKULARNA BIOLOGIA

Жузіна А.Г., Машжан А., Погосян Г.П. Характеристики гена Nrf2
и его белкового продукта 33

61

Потабашний В.А., Швец С.В, Маркова Е.Я.
ДЗ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ, АССОЦИИРОВАННОМ
С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Ключевые слова: : метаболический синдром, хронический панкреатит, пан-
креатостеатоз, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, стеноз печени, желчно-
каменная болезнь

Опубликованные в последние годы в научной литературе сведения по про-
блеме поражения органов пищеварения при метаболическом синдроме(МС) сви-
детельствуют о сопряженности метаболического синдрома с характерными га-
строэнтерологическими проявлениями – стеатозом печени(СП) и поджелудоч-
ной железы(ПС), хроническими панкреатитами(ХП), желчнокаменной болез-
нью(ЖКБ), холестерозом желчного пузыря(ХЖП). Предполагается, с одной сто-

роны, основополагающая роль жировой болезни печени и поджелудочной железы в развитии метаболических нарушений с формированием синдрома инсулинорезистентности(ИР), с другой стороны, указывается, что гиперинсулинемия, гипергликемия, дислипидемия и микроциркуляторные нарушения отягощают гастроэнтерологические страдания. Триггером прогрессирования коморбидной патологии системы пищеварения при метаболическом синдроме выступает воспаление, тесно сопряженное с развитием как стеатогепатита, стеатопанкреатита, холедохолитиаза, кишечной эндотоксемии, сопутствующих заболеваний и их осложнений, так и, главным образом, ожирения, обязательного для метаболического синдрома. Таким образом, изменения органов системы пищеварения, характерные для метаболического синдрома, не только вторичны на его фоне, но и способствуют прогрессированию данного синдрома и развитию осложнений, замыкая патогенетический круг.

Поражение ПЖ при МС выявляется с частотой от 5 до 80% и более [1,3,4]. Разброс литературных данных, возможно, обусловлен использованием разных методических подходов. Важно уточнить особенности клинического течения заболеваний ПЖ при МС, что, возможно, позволит на самых ранних этапах диагностического поиска определить оптимальные подходы к лечебной тактике.

Цель работы: изучить клинические особенности больных ХП в сравнении с больными ХП на фоне МС. Уточнить клинические особенности у больных панкреатостеатозом при его сочетании с другими гастроэнтерологическими заболеваниями.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 78 пациентов с ХП, 40 мужчин и 38 женщин, средний возраст 42,2±6,2 года. Из них у 48 больных (28 мужчин и 20 женщин) ХП протекал на фоне МС(диагноз выставлен согласно рекомендациям International Diabetes Federation (IDF), 2005). Для верификации диагнозов ХП и МС все пациенты прошли общеклиническое обследование и лабораторно-инструментальные методы исследования. В группы наблюдения не были включены лица, злоупотребляющие алкоголем (прием 60 г этанола в неделю для мужчин и 40 г для женщин на протяжении последнего года), а также имеющие позитивные тесты HBV, HVC инфекций. В группу больных ХП+МС включены лица с артериальной гипертензией(АГ) не выше 1-й степени(мягкая АГ)-САД- до 159/89 мм рт. ст. Контрольную группу составили 20 человек (здоровых по результатам профосмотров) аналогичной возрастной категории, мужчин -12, женщин – 8 человек. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле: ИМТ= (вес тела, кг)/(рост, м)². По значению ИМТ пациентов разделяли с нормальным весом тела 18,5-24,9; предожирением 25,0-29,9; ожирением: 1 ст. – 30,0-34,9; 2 ст. – 35,0-39,9; 3 ст. <40. ИМТ пациентов составил более 30,5 кг/м².

Диагностические критерии хронического панкреатита в соответствии с которыми выставлялся диагноз ХП и ХП на фоне метаболического синдрома:

-клинические критерии: характерные рецидивирующие абдоминальные боли – при исключении причин другого их происхождения.

-клинические и лабораторные признаки экзокринной недостаточности: диарея, метеоризм, стеаторея, снижение активности фекальной эластазы.

-клинические и лабораторные признаки эндокринной недостаточности: гипергликемия натощак, нарушение толерантности к углеводам, сахарный диабет.

-критерии диагностики ХП по данным лучевых (УЗИ, КТ) методов исследования: изменение размеров ПЖ, неровные контуры ПЖ, неоднородность паренхимы ПЖ. КТ-критерии стеатоза поджелудочной железы – снижение денситометрических показателей ткани ПЖ (ниже 30 ед. Н) и наличие характерных жировых прослоек в структуре органа. КТ-критерии наличия фиброза поджелудочной железы – повышение денситометрических параметров ПЖ (выше 55 ед. Н), уменьшение размеров ПЖ, выраженное дольчатое строение органа (без наличия явных жировых прослоек).

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью MS Excel с оценкой достоверности результатов по t-критерию Стьюдента, при этом изменения расценивались как достоверные при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. На основании проведенного обследования все пациенты, находившиеся под наблюдением, были разделены на две группы. 1-ю группу составили 48 человек с диагнозом ХП, ассоциированного с МС. Во 2-ю группу вошли 30 пациентов с ХП без признаков МС, которые использовались для сравнения.

Длительность анамнеза заболевания определялась на основании времени появления у пациентов первых жалоб. Длительность анамнеза колебалась в довольно широких пределах (от одного года до 10 лет). Средняя длительность анамнеза пациентов составила $7,2 \pm 1,4$ года. Достоверных различий в длительности анамнеза, возраста к началу заболевания у больных ХП+МС и ХП не выявлено.

Характеристика больных по полу выглядела следующим образом. В группе больных ХП+МС (48 человек) было 28 (58,3%) мужчин и 20 (41,7%) женщин. В группе больных ХП (30 человек) - 19 (63,3%) мужчин и 11 (36,7%) женщин, то есть среди больных ХП по сравнению с группой больных ХП+МС отмечалось относительно больше мужчин, хотя различия не были статистически достоверны ($p > 0,05$).

Избыточная масса тела выявлена у 46 (95,8%) больных ХП +МС, при этом ИМТ составил более $30,5 \text{ кг/м}^2$. Средний ИМТ по группе составил $34,9 \pm 0,4 \text{ кг/м}^2$ и был достоверно выше, чем аналогичный показатель у больных ХП ($22,8 \pm 0,4 \text{ кг/м}^2$), $p < 0,05$, (табл. 1).

Таблица 1
Некоторые клинические особенности больных при различных формах хронического панкреатита

Клинические особенности	ХП n=30	ХП+МС n=48
Возраст больных (лет)	43,14±1,15	40,53±1,11
Длительность анамнеза (лет)	6,96±1,34	7,21±1,83
Возраст к началу заболевания (лет)	33,87±2,72	34,67±3,21
ИМТ, кг/м ²	22,8±0,4*	34,9±0,4*

*Разница достоверна ($p<0,05$) при сравнении показателей больных ХП и ХП+МС

По характеру жалоб выявлены следующие различия между группами (табл. 2).

Таблица 2
Жалобы у обследованных больных, абс.число, %

Жалобы	ХП n=30	ХП+МС n=48
Боли	30(100%)	45(93,75%)
Метеоризм	16(53,3%)	33(68,75%)
Неустойчивый стул	15(50%)	30(62,5%)
Снижение массы тела	9(30%)*	2(4,2%)*
Изжога	6(20%)*	22(45,8%)*

*Разница достоверна ($p<0,05$) при сравнении показателей больных ХП и ХП+МС

Достоверных различий в группах по наличию болевых ощущений, метеоризма не получено ($p>0,05$). Зато достоверно чаще у больных ХП+МС наблюдалось снижение массы тела и изжога.

Была проанализирована выраженность кардинального клинического симптома – боли при разных формах заболевания. При анализе выраженности абдоминальной боли отмечено существенное преобладание у больных ХП+МС низкого уровня боли по сравнению с больными ХП ($p<0,05$) (табл. 3).

Таблица 3

Степень выраженности абдоминальной боли у больных при различных формах хронического панкреатита, абс.число, %

Форма ХП	Число больных	Степень выраженности абдоминальной боли		
		Низкий уровень	Умеренный уровень	Высокий уровень
ХП+МС	48	27(56,3%)	21 (43,6%)	0
ХП	30	12(40%)	18 (60%)	0

Была также выполнена сравнительная оценка частоты сопутствующих заболеваний у больных ХП и ХП+МС (табл. 4).

Достоверно чаще у больных ХП+МС в сравнении с ХП диагностировались гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, стеатоз печени, холестероз желчного пузыря, ЖКБ, дивертикулез толстой кишки ($p<0,05$).

Таблица 4

Сравнительная оценка частоты сопутствующих заболеваний у пациентов с ХП+МС и ХП

Сопутствующее заболевание	Частота при ХП+МС n=48	Частота при ХП n=30
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	22(45,8%)*	6(20%)*
Стеатоз печени	33(68,75%)*	2 (6,7%)*
Холестероз желчного пузыря	12 (25%)*	1 (3%)*
Желчнокаменная болезнь	10 (20,8%)*	1 (3%)*
Дивертикулез толстой кишки	3 (6,25%)	0
Полипы толстой кишки	8(16,7%)	2 (6,7%)

*Разница достоверна ($p<0,05$) при сравнении показателей больных ХП и ХП+МС

Выводы

Уточнены клинические особенности хронического панкреатита, протекающего на фоне метаболического синдрома: преимущественно низкий уровень абдоминальной боли, избыточный вес пациентов, изжога, частая ассоциация с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, стеатозом печени, холестерозом желчного пузыря, ЖКБ.

Клінічні особливості перебігу захворювання при хронічному панкреатиті, що асоціюється з метаболічним синдромом

Література

1. Лазебник Л.Б. Метаболический синдром и органы пищеварения / Л.Б. Лазебник, Л.А. Звенигородская – М.: Анахарсис, 2009. – 184 с.
2. Корочина И.Э. Гастроэнтерологические аспекты метаболического синдрома: (обзор литературы) / И.Э. Корочина // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – №1. - С. 26-37.
3. Христич Т.М. Можлива роль функціонального стану підшлункової залози у розвитку та прогресуванні метаболічного синдрому / Т.М. Христич, Т.Б. Кендзерська // Мистецтво лікування. - 2006. - N4(30). - С.45-47.
4. Стегос поджелудочной железы и его клиническое значение / В.Т. Ивашкин, О.С. Шифрин, И.А. Соколина, М.А. Ашитко [та ін.] // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. – Т. XVI, №4. – С. 32-37.
5. Петухов В.А. Липидный дистресс-синдром / В.А. Петухов – М.:ВЕДИ, 2003. - 85 с.
6. Мансуров Х.Х., Мироджов Г.К., Мансурова Ф.Х. Инсулинорезистентность у больных метаболическим синдромом и желчнокаменной болезнью // Клин. мед. – 2005. – Т. 83, № 7. – С. 48-51.
7. Михайлова О.Д., Кривonosова А.В. Изучение функционального состояния поджелудочной железы у больных атеросклерозом // Эксп. клин. гастроэнтерол. 2012. -№ 1 (113). – С. 147.
8. A new worldwide definition of the metabolic syndrome. Consensus from the International Diabetes Federation could help stop the cardiovascular disease time bomb.IDF definition of the metabolic syndrome. (Berlin, 14 April 2005). – Злочулен по URL: http://www.dfg.org/webdata/docs/IDF_Metasyndrome_definition.
9. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної(спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації хворим на хронічний панкреатит. Наказ МОЗ України 10.09.2014 № 638
- Bloomgarden Z.T. Second World Congress on the Insulin Resistance Syndrome: insulin resistance syndrome and nonalcoholic fatty liver disease // Diabetes Care. 2005. – Vol. 28, N 6. – P. 1518-1523.