

Мета роботи. Визначити вплив сахарози на процеси біосинтезу жирних кислот в печінці щурів.

Матеріали і методи дослідження. Було використано білих щурів, поділених на дві групи: 1 – отримувала безжирний раціон (БЖР) з вмістом 65 % крохмалю і 2 – отримувала БЖР, в якому 50 % крохмалю було замінено на 50 % сахарози. Через 30 днів годівлі в печінці щурів визначали вміст тригліцеридів, холестерину, малонового діальдегіду, активність еластази, уреаз, лізоцима і каталази. Ліпіди печінки розділяли на 3 фракції: нейтральні ліпіди, фосфоліпіди та вільні жирні кислоти. Жирнокислотний склад цих фракцій визначали газохроматографічним методом. «Активність» ферментів біосинтезу жирних кислот визначали за вмістом і співвідношенням енергетичних жирних кислот: синтази пальмітинової кислоти за сумою $C_{16:0} + C_{16:1} + C_{18:0} + C_{18:1}$ і активність елонгази за співвідношенням $C_{18:0} + C_{18:1} / C_{16:0} - C_{16:1}$, активність стеарил-КоА-десатурази (SCD18) за співвідношенням $C_{18:1} / C_{18:0}$, а SCD16 за співвідношенням $C_{16:1} / C_{16:0}$.

Результати дослідження показали, що в печінці щурів, які отримували БЖР, знаходяться усі типи жирних кислот, в тому числі і есенціальні ПНЖК: $C_{18:2}$, $C_{18:3}$, $C_{20:4}$, $C_{20:5}$, $C_{22:5}$ і $C_{22:6}$. У щурів, які отримували сахарозу, збільшується вміст енергетичних жирних кислот за рахунок збільшення активності елонгази і SCD18, однак знижувався вміст ПНЖК, особливо ω -6 ряду. Споживання сахарози збільшувало вміст в печінці холестерину і активність каталази.

Висновки. Сахароза стимулює в печінці синтез енергетичних жирних кислот, холестерину, однак знижує синтез ПНЖК. В організмі щурів відбувається ендогенний біосинтез ПНЖК.

Ключові слова: печінка, ліпіди, сахароза, біосинтез жирних кислот.

УДК 372.879.6

КОМБІНОВАНА МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ У КОМОРБІДНОСТІ З НЕАЛКОГОЛЬНИМ СТАТЕТОГЕПАТИТОМ НА ФОНІ ХЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ

- А.Л. Лоскутов, канд. мед. наук, доц., доц. каф.
- ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне

Реабілітація має велике значення для повноцінного життя хворих на остеоартроз (ОА), оскільки дає можливість відновити працездатність пацієнта та повернути його до колишнього активного способу життя. Основою реабілітаційних заходів у процесі консервативного лікування є комплексні програми, що включають масаж, лікувальну гімнастику, фізіотерапевтичні методи. Однак, фізіотерапія лише сприяє

зменшенню болю, тоді як активні речовини у складі сустамару забезпечують відновлення власної хрящової тканини.

Метою дослідження було довести ефективність застосування сустамару в комплексі медичної реабілітації хворих на ОА в коморбідності з неалкогольним стеатогепатитом (НАСГ) на фоні хелікобактеріозу (ХБ).

Було обстежено 86 пацієнтів із запально-дегенеративними процесами у великих суглобах (переважно колінному та тазостегновому) II ст. у коморбідності з НАСГ на фоні ХБ (за результатами лабораторно-інструментального дослідження); серед обстежених більшість склали жінки (57 осіб – 66,3%) віком від 29 до 59 років. Для оцінки ефективності комплексної реабілітації обстежені пацієнти розподілені на основну групу (39 осіб) та групу зіставлення (47 осіб). В обох групах обстежені отримували курс фізіотерапії (лікувальна фізкультура, масаж ураженого суглоба, магнітна терапія), в основній групі пацієнти додатково отримували сустамар по 1 табл. двічі на добу під час прийому їжі протягом 4 місяців. Для об'єктивної оцінки інтенсивності болю в уражених суглобах у хворих на ОА використовували візуально-аналогову шкалу (ВАШ) із градацією: 1-2 бали - слабкий, 3-6 бали - помірний, 7-8 - сильний, 9-10 балів - дуже сильний або нестерпний.

До початку комплексної реабілітації хворі на ОА в коморбідності з НАСГ та ХБ скаржилися на біль в уражених суглобах, який характеризувався як ниючий (63 особи – 73,3%) або пекучий (23 особи – 26,7%). У всіх обстежених біль посилювався вночі, поряд з цим у 19 хворих (22,1%) відмічався біль при фізичній втомі, у 67 хворих (77,9%) – стартові болі. В основній групі рівень болю за ВАШ дорівнював у середньому ($7,1 \pm 0,6$) балів, в групі зіставлення – ($7,8 \pm 0,7$) балів, що відповідало помірній інтенсивності. Після завершення комплексної реабілітації (основна група) кількість хворих із больовим синдромом зменшилась у 1,5 рази, тоді як механічний біль зберігався у 7 осіб (17,9%) та у 13 осіб (33,3%) – стартовий. У групі зіставлення зменшення механічного болю відмічали 58,3% пацієнтів, а 10,3% пацієнтів турбували стартові болі, тобто менше в 1,28 рази та 1,4 рази відповідно. Показник болю за ВАШ в основній групі зменшився у середньому в 1,65 рази ($p < 0,001$) і складав ($4,3 \pm 0,3$) балів, тоді як в групі зіставлення - в 1,27 рази ($p < 0,01$), що дорівнювало ($6,1 \pm 0,4$) балів. Аналіз динаміки больового синдрому в обстежених основної групи показав зменшення інтенсивності болю в 1,30 рази ($p < 0,01$) у порівнянні з пацієнтами групи зіставлення.

Висновок

Додаткове застосування сустамару в комплексній реабілітації ОА в коморбідності з НАСГ та ХБ забезпечувало анальгетичний ефект (за значенням ВАШ), що дозволяло збільшити фізичну активність пацієнтів.