

результатов исследования проводилась путем вычисления средних арифметических, стандартных ошибок и ошибок средних. Существенность различий средних величин оценивали по критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение: У животных с 5-кратным введением этанола выявлено только увеличение активности АСТ. У крыс с ОДП на фоне 5-дневной алкогольной интоксикации наблюдалось повышение концентрации билирубина, активности АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП. Снижение уровня фибриногена при повышении ПТИ. Введение этанола в течение 30 дней по сравнению с 5-дневной интоксикацией изменяло почти все исследованные показатели (исключение ЩФ) функциональной активности гепатоцитов: повысились ПТИ, активность АСТ, АЛТ, ГГТП и содержание билирубина, снизилась концентрация фибриногена. У крыс с ОДП с ХАИ-30 наблюдалось более выраженное развитие цитолитического синдрома (повышение активности АЛТ), внутриклеточного холестаза (повышение содержания билирубина, активности ЩФ и ГГТП), токсического поражения печени по воспалительному типу при сохранении на одном уровне синдрома недостаточности синтетических процессов (снижение уровня фибриногена) и активация свертывающей системы крови (повышение ПТИ). 60-дневная интоксикация этанолом по сравнению с ХАИ-30 более существенно повышала активность АСТ, ЩФ, ГГТП, содержание билирубина, фибриногена и снижало ПТИ. У крыс с ОДП на фоне ХАИ-60 по сравнению с аналогичным временным введением этанола повышалась активность АЛТ, ЩФ, коэффициенты ферментативной активности и снижалось содержание фибриногена

Вывод: Полученные нами данные позволяют заключить, у животных с ОДП на фоне алкогольной интоксикации наблюдается развитие основных биохимических синдромов поражения печени: цитолитического, внутриклеточного холестаза, токсического поражения по воспалительному типу и недостаточности синтетических процессов, причем выраженность этих синдромов нарастает с временным увеличением интоксикации этанолом от 5 до 60 суток.

Список литературы

1. Метаболические нарушения в условиях экспериментального острого деструктивного панкреатита и воздействия этанола / О.Н. Бушмина, С.А. Долгарева, А.Л. Локтионов, А.И. Конопля // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2015. Т. 14, № 3. С. 396-403.
2. Фармакологическая коррекция метаболических нарушений при экспериментальном деструктивном панкреатите в условиях алкогольной интоксикации / О.Н. Бушмина, А.Л. Локтионов, С.А. Долгарева и др. // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2015. № 3. С. 63-67.
3. Хроническая интоксикация этанолом: метаболические изменения, коррекция нарушений / А.И. Конопля, А.Л. Локтионов, В.В. Дудка, С.А. Долгарева и др. // Токсикологический вестник. 2015. № 5. С. 25-30.

ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ОЖИРЕНИИ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЕ ТЕЛА

Гокин А.Г., Хорлякова О.В.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск, Россия, dolgareva-svetlana@yandex.ru*

Актуальность данной проблемы огромна: социальная значимость проблемы ожирения определяется угрозой инвалидности пациентов молодого возраста и снижением общей продолжительности жизни в связи с частым развитием тяжелых сопутствующих заболеваний.

Цель исследования: оценка изменения биохимических показателей липидного обмена при избыточной массе тела и ожирении.

Материалы и методы: истории больных с ожирением и избыточной массой тела, находящихся на стационарном лечении.

Результаты и обсуждение. Анализ историй болезни с избыточной массой тела и ожирением эндокринологического отделения ОБУЗ КГКБСМП выявил распространенность СД 2 типа в качестве сопутствующего заболевания у 80% обследованных, индекс массы тела у пациентов находится в диапазоне 25-29,9 кг/м² (60%), что соответствует высокому риску развития ожирения; 30-34,9% кг/м² (40%), соответствующее ожирению легкой степени. При анализе липидного спектра зафиксированы существенные превышения содержания ЛПНП, понижение ЛПВП, у 78% исследуемых больных отмечается существенно повышенный уровень ТГ - равен 2,53-3,7 ммоль/л у пациентов с ИМТ, 5 ммоль/л и более у пациентов с ожирением. Превышение уровня общего ХС наблюдается у 64% респондентов (> 6,5 ммоль/л), у 25% он держится на верхней границе нормы (5,2-6,5 ммоль/л), последнее связано с тем, что данные пациенты уже получали лечение в стационаре, выполняли рекомендации врачей в домашних условиях. Однако у 30% пациентов группы в качестве сопутствующего диагноза, помимо СД 2 типа, а также ИБС. Для таких больных зафиксированный уровень общего ХС, равный 5,0-6,5 является повышенным, несмотря на то что он входит в пределы нормы, оптимально значение 3,7-5,0 ммоль/л. Вывод. Изменение образа жизни благоприятно влияет на липидный спектр: на каждый 1 кг снижения массы тела концентрация общего ХС снижается на 0,05 ммоль/л, ЛПНП – на 0,02 ммоль/л, ТГ – на 0,015 ммоль/л, а ЛПВП повышается на 0,009 ммоль/л.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ОТЕЧНОГО И ДЕСТРУКТИВНОГО БИЛИАРНОГО И НЕБИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Дашевская А.С., Озеров А.А.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск, Россия, dolgareva-svetlana@yandex.ru*

Введение. Заболевания, развитие которых связано с негативным фоновым влиянием на организм факторов химической или физической природы, характеризуются сложным и многогранным патогенезом. В этой связи весьма перспективен дифференцированный подход построения диагностического и лечебного алгоритмов в зависимости от этиологии ОП, в частности билиарной или небилиарной (ОБП и ОНБП).

Целью работы стала разработка дифференцированных подходов к лабораторной диагностике острого отечного и деструктивного билиарного и небилиарного панкреатита.

Материал и методы исследования. В хирургическом отделении ОБУЗ «Курская городская клиническая больница №4» было обследовано 282 пациента в возрасте от 24 до 70 лет с различными формами ОП билиарной и билиарной этиологии. Изучение иммунометаболических показателей проводили в сыворотке крови. Выраженность перекисного окисления липидов оценивали по концентрации ацилгидропероксидов (АГП) и малонового диальдегида (МДА). Кроме этого, определяли активность каталазы и супероксиддисмутазы (СОД), общую антиокислительную активность (ОАА). Активность и интенсивность фагоцитоза нейтрофилов, выделенных из периферической крови, оценивали по фагоцитарному индексу (ФИ), фагоцитарному числу (ФЧ) и индексу активности фагоцитоза (ИАФ). Активность кислородзависимых систем нейтрофилов оценивали по реакции восстановления нитросинего тетразолия, спонтанного и стимулированного зимозаном (НСТ-сп., НСТ- ст.) с расчетом функционального резерва нейтрофилов (ФРН).