

# АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ: Том 14, Випуск 1 (45) 2014 ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

## Зміст

### СТОМАТОЛОГІЯ

<b>БУБЛІЙ Т.Д., СІДАШ Ю.В.</b> .....	3
ПОШИРЕНІСТЬ ТА ІНТЕНСИВНІСТЬ КАРІОЗНОГО ПРОЦЕСУ СЕРЕД ВІТЧИЗНЯНИХ ТА ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	
<b>ГАЛИЧ Л.В., КУРОЄДОВА В.Д., ГАЛИЧ Л.Б.</b> .....	6
ОСОБЛИВОСТІ ТИПУ РОСТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ПАЦІЄНТІВ ПІВНІЧНОГО ТА ЦЕНТРАЛЬНОГО РЕГІОНІВ УКРАЇНИ З АНОМАЛІЯМИ II КЛАСУ ЗА ЕНГЛЕМ	
<b>КОРОБЕЙНИКОВА Ю.Л.</b> .....	9
ВИКОРИСТАННЯ КОНУСНО-ПРОМЕНЕВОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ	
<b>МАРЧЕНКО К.В., ДВОРНИК А.В.</b> .....	13
ЗАСТОСУВАННЯ ОПЕРАЦІЙНОГО СТОМАТОЛОГІЧНОГО МІКРОСКОПА У РОБОТІ ЛІКАРЯ-СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА	
<b>НІКОЛІШИН А.К. БОЙЧЕНКО О.М.</b> .....	18
ЗАСТОСУВАННЯ АНТИГІПОКСАНТІВ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУГИ	
<b>ПАДАЛКА А.І.</b> .....	22
СПРОЩЕНА ЕКСПРЕС-ДІАГНОСТИКА НАДЛИШКУ ІОНІВ ФТОРУ В ЕМАЛІ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ	

### КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

<b>БЕЛІКОВА І.В.</b> .....	25
ФОРМУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНОГО СУПРОВОДУ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ ЛІНКИ ТА ПАЦІЄНТА	
<b>БОБИРЬОВА Л.С., МУРАВЬОВА О.В., ГОРОДИНСЬКА О.Ю.</b> .....	28
ПРИНЦИПИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ТЕРАПІЇ АУТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ ЗАЛЕЖНО ВІД ХАРАКТЕРУ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ	
<b>БОРИСЕНКО В.В.</b> .....	35
ХРОНОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЗАПОЙНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С УЧЕТОМ ЦИРКАДИАНЫХ РИТМОВ	
<b>БРАТУСЬ В.М.</b> .....	40
СТАН ГІПОФІЗАРНО-НАДНИРИКОВОЇ СИСТЕМИ У ДИНАМІЦІ ПРОГРЕСУВАННЯ СИЛІКОЗУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	
<b>БАВРІНЕВИЧ О.П., ОМЕЛЬЧУК С.Т., БАРДОВ В.Г.</b> .....	43
ЕКОЛОГО-ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА ЗАСТОСУВАННЯ ФУНГЦІДІВ КЛАСУ ЕТИЛЕН-БІС-ДИТІОКАРБАМАТІВ В СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЯХ ХІМІЧНОГО ЗАХИСТУ СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКИХ КУЛЬТУР	
<b>ЗАВГОРОДНЯ Н.І.</b> .....	48
РЕЗУЛЬТАТИ ВИВЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ФОРМУВАННЯ ПСИХІЧНИХ І ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ НЕДОНОШЕНУ ДИТИНУ, ЗАЛЕЖНО ВІД СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ УМОВ ПРОЖИВАННЯ	
<b>ВИННИК Н.І.</b> .....	53
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ З МЕТОЮ КОРЕКЦІЇ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В СПОЛУЧЕННІ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	
<b>ГЕРАСИМЕНКО Л.О.</b> .....	56
КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ НЕПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ОРГАЗМІЧНУ ДИСФУНКЦІЮ	
<b>ДУДЧЕНКО М.А., ТРЕТЯК Н.Г., НОВАК О.В., МАЛИК Л.В., ДУДЧЕНКО М.А.</b> .....	59
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗОК ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ	

<b>ІВАНИЦЬКИЙ І.В.</b> .....	<b>62</b>
ВПЛИВ АТОРВАСТАТИНУ НА ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ПАЦІЄНТІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	
<b>ТАЛАШ В.В.</b> .....	<b>65</b>
ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ПРЕГРАВІДАРНОЇ ПІДГОТОВКИ ЖІНОК ПРИ ЗВИЧНОМУ НЕВИНОШУВАННІ ВАГІТНОСТІ НА ПЕРЕБІГ ГЕСТАЦІЇ	
<b>КОВАЛЬОВА О.М., ГОРОВЕНКО Н.Г., ГОНЧАРОВА Ю.О., ЧЕРНЯВСЬКА Ю.І.</b> .....	<b>68</b>
АСОЦІАЦІЇ МІЖ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ ТА ПОЗИТИВНОЮ КУЛЬТУРОЮ КРОВІ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ УПРОДОВЖ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ	
<b>КОВТУН І.І.</b> .....	<b>71</b>
КЛІНІКО – ПАРАКЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ, ОБУМОВЛЕНИМ ДИСКОВЕГЕННОЮ РАДИКУЛОПАТІЄЮ L5, S1	
<b>КРИСТОПЧУК С.А.</b> .....	<b>75</b>
ОСОБЛИВОСТІ ЕЛЕКТРОЛІТНОГО ГОМЕОСТАЗУ В ЧОЛОВІКІВ ІЗ ВТОРИННИМ ОСТЕОПОРОЗОМ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА	
<b>БЕЗКОРОВАЙНА І.М., СТЕБЛОВСЬКА І.С.</b> .....	<b>78</b>
ПОРІВНЯННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ВПЛИВУ ФАКОЕМУЛЬСИФІКАЦІЇ КАТАРАКТИ НА СТАН СІТКІВКИ У ХВОРИХ З СУПУТНЬОЮ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	
<b>КРАВЦІВ М.І.</b> .....	<b>82</b>
ЗАСТОСУВАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ	
<b>ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА МОРФОЛОГІЯ</b>	
<b>БРАШКІН А.П.</b> .....	<b>85</b>
АКТИВАЦІЯ МЕХАНІЗМІВ РЕГЕНЕРАЦІЇ ТКАНИН ПАРОДОНТУ З ВИКОРИСТАННЯМ КЛІТИННИХ ТЕХНОЛОГІЙ	
<b>КОТЮЖИНСКАЯ С. Г., ГОЖЕНКО А. И., СВИРСКИЙ А. А.</b> .....	<b>89</b>
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛИПИТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ПРИ ЖИРОВОЙ НАГРУЗКЕ	
<b>КОПТЕВ М.М.</b> .....	<b>94</b>
ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НИЖНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ТА ЛЕГЕНЬ БІЛИХ ЩУРІВ	
<b>ЛЯШЕНКО Л.І., ДЕНИСЕНКО С.В., КОСТЕНКО В.О.</b> .....	<b>97</b>
РОЛЬ ТРАНСКРИПЦІЙНОГО ЯДЕРНОГО ФАКТОРА КВ У МЕХАНІЗМАХ ПОРУШЕНЬ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ І ДЕЗОРГАНІЗАЦІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ПАРОДОНТА ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	
<b>МАКАРЕНКО А.Н., БИБИКОВА В.Н., ТЕРЕЩЕНКО Н.Н., САВОСЬКО С.И.</b> .....	<b>100</b>
ИЗУЧЕНИЕ НЕЙРОНО- И ГЛИОГИАЛЬНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ В КЛЕТОЧНЫХ СИСТЕМАХ ГОЛОВНОГО МОЗГА В НОРМЕ И ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ	
<b>МАКАРЕНКО О.М., РУДИК М.П., ПОЗУР В.В., СВЯТЕЦЬКА В.М., ДОВГІЙ Р.С.</b> .....	<b>106</b>
ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ «КОРДІЦЕПС І ЛІНЧЖІ» НА КИСЕНЬ-ЗАЛЕЖНИЙ МЕТАБОЛІЗМ ФАГОЦИТІВ РІЗНИХ ПОПУЛЯЦІЙ.	
<b>ФРЕНКЕЛЬ Ю.Д.</b> .....	<b>109</b>
РОЛЬ NO-СИНТАЗ У МЕХАНІЗМАХ ПОРУШЕНЬ ОКИСНЮВАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ТКАНИНІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗА УМОВ ХРОНІЧНОЇ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ГІПОМЕЛАТОНІЕМІЇ	
<b>ГУМАНІТАРНІ ПРОБЛЕМИ МЕДИЦИНИ ТА ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ У ВИЩІЙ МЕДИЧНІЙ ШКОЛІ</b>	
<b>BEREZHANSKA YU. V.</b> .....	<b>113</b>
THE ASSISTED DEATH DISCOURSE: COMMUNICATIVE INTENTIONS AND THEIR IMPLEMENTATION	
<b>ЗІНЧЕНКО Н.О.</b> .....	<b>116</b>
ЗАСТОСУВАННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ВИЩІЙ ШКОЛІ ПРИ ВИВЧЕННІ ГУМАНІТАРНИХ ДИСЦИПЛІН	
<b>ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ</b>	
<b>ДВОРНИК В.М., РЯБУШКО Н.О., ДВОРНИК І.Л.</b> .....	<b>119</b>
ВПЛИВ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЦЬОГО ЗАХВОРЮВАННЯ НА ТКАНИНИ ПОРОЖНИНИ РОТА	
<b>ЗАЙЦЕВ А.В., ВЫЖЕНКО Е. Е., НИКОЛИШИН А.К., ВАЦЕНКО А.В., ГРИЦЕНКО Ю.Ю.</b> .....	<b>124</b>
К ВОПРОСУ О БИОМОДЕЛИРОВАНИИ КАРИЕСА ЗУБА	
<b>ІВАНИЦЬКИЙ І.О., ГАСЮК Н.В., ОСТРОВСЬКА Л.Й., МОШЕЛЬ Т.М.</b> .....	<b>127</b>
МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АДГЕЗИВНИХ ВОЛОКОННИХ СИСТЕМ ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ МАЛИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ	
<b>ІВАНИЦЬКА О.С., РИБАЛОВ О.В.</b> .....	<b>131</b>
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЛІКУВАННЯ ТОКСИЧНОГО НЕКРОЗУ ЩЕЛЕП У НАРКОЗАЛЕЖНИХ ПАЦІЄНТІВ	

УДК: 616.37 – 002.2 – 008 – 085.245

Іваницький І.В.

## ВПЛИВ АТОРВАСТАТИНУ НА ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ПАЦІЄНТІВ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НАЯВНОСТІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Великий вплив на розвиток та прогресування хронічного панкреатиту (ХП) має високий рівень тригліцеридів, що водночас може бути проявом метаболічного синдрому (МС). Метою нашого дослідження стало виявлення атеросклеротичних змін черевного стовбуру та верхньої мезентеріальної артерії у пацієнтів із ХП в залежності від наявності МС та можливості корекції цих змін за допомогою аторвастатину. Ми обстежили 35 пацієнтів з ХП та МС, 28 пацієнтів з ХП та без МС і 15 здорових. Пацієнтам з МС та ХП, а також пацієнтам з ХП призначався аторвастатин в добовій дозі 20 мг, повторне обстеження проводилося через 3 місяці. До моменту призначення аторвастатину група пацієнтів з ХП та МС мала достовірно вищий рівень індекс резистентності (ІР) черевного стовбуру та верхньої мезентеріальної артерії, ніж група пацієнтів із ХП та без МС. У той же час, рівень ІР черевного стовбуру та верхньої мезентеріальної артерії у пацієнтів з ХП був достовірно вищим, ніж ІР контрольної групи. ІР мав сильний кореляційний зв'язок із рівнем ТГ в групі пацієнтів з МС. Після терапії аторвастатином у групі пацієнтів з ХП та МС ІР черевного стовбуру став достовірно нижчим у порівнянні з початковим рівнем. У той же час, достовірних змін ІР у пацієнтів з ХП та без МС виявлено не було. Таким чином, нами були зроблені висновки щодо значної ролі атеросклеротичного ураження черевного стовбуру у перебігу ХП та вплив гіпертригліцеридемії на порушення мікроциркуляції у підшлунковій залозі, необхідності корекції рівня ТГ у пацієнтів з ХП та МС за допомогою статинів, що допомагає покращити стан цих пацієнтів. У той же час, призначення статинів пацієнтам з ХП без МС або без гіпертригліцеридемії на наш погляд не є доцільним.*

Ключові слова: хронічний панкреатит, метаболічний синдром, тригліцериди, аторвастатин.

У всьому світі за останні 30 років спостерігається збільшення захворюваності на гострий та хронічний панкреатит (ХП) більш, ніж в 2 рази. В Україні розповсюдженість захворювань підшлункової залози серед дорослих за останні 10 років збільшилась в 3 рази. У той же час відомо, що ймовірність розвитку ХП значно зростає із віком. Великий вплив на розвиток та прогресування ХП має високий рівень тригліцеридів, що, як правило, тісно пов'язаний із наявністю у пацієнта метаболічного синдрому (МС). У той же час, розвиток та важкий перебіг хронічного панкреатиту досить часто пов'язують з порушенням кровопостачання підшлункової залози. На жаль, питання ішемічного ґенезу хронічного панкреатиту у пацієнтів з метаболічним синдромом залишається недостатньо вивченим.[1,2,3]. Однією з найбільш розповсюджених груп препаратів, які використовуються при дисліпідеміях, зокрема і при МС, є препарати групи статинів. Останнім часом в літературі з'явилися повідомлення про призначення статинів з метою профілактики загострень хронічного панкреатиту [5].

Метою нашого дослідження стало виявлення ступеню атеросклеротичних змін черевного стовбуру та верхньої мезентеріальної артерії у пацієнтів із ХП в залежності від наявності МС, значення виявлених змін для перебігу ХП та можливості корекції виявлених змін за допомогою використання препарату з вираженою гіполіпідемічною дією - аторвастатину.

Нами було обстежено 35 пацієнтів (22 жінки, 13 чоловіків) з ХП та МС, 28 (18 жінок, 11 чоловіків) пацієнтів з ХП та без МС і 15 (10 жінок, 5 чоловіків) здорових, які склали контрольну групу. Усі пацієнти з ХП мали середньоважкий перебіг

захворювання із збереженою зовнішньо та внутрішньо секреторною функцією підшлункової залози і не мали проявів абдомінального ішемічного синдрому. Для визначення наявності атеросклеротичного ураження черевного стовбуру та верхньої мезентеріальної артерії використовували ультразвукову доплерографію в режимі кольорового доплерівського дослідження, що допомагало виявити досліджувані артерії та імпульсно – хвильову доплерографію, за допомогою якої проводили визначення швидкості потоків крові, на основі чого розраховувався індекс резистентності (ІР).  $IP=(S-D)/S$  (Pourcelot, 1974), де S – максимальне значення лінійної швидкості кровотоку в систолу, D- кінцево – діастолічне або мінімальне значення лінійного кровотоку в діастолу.

Усім пацієнтам проводилось біохімічне дослідження крові, яке включало в себе визначення ліпідного профілю, зокрема рівня тригліцеридів (ТГ) та ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ). Після обстеження пацієнтам з МС та ХП, а також пацієнтам з ХП призначався аторвастатин в добовій дозі 20 мг, повторно обстеження проводилось через 3 місяці.

Нами було встановлено, що до моменту призначення аторвастатину група пацієнтів з ХП та МС мала достовірно ( $p<0,05$ ) вищий рівень ІР черевного стовбуру ( $0,71\pm 0,05$ ), ніж група пацієнтів із ХП та без МС ( $0,62\pm 0,07$ ). У той же час, рівень ІР черевного стовбуру у пацієнтів з ХП був достовірно ( $p<0,05$ ) вищим, ніж ІР контрольної групи ( $0,54\pm 0,02$ ).

Аналогічна картина відмічалась щодо показників ІР верхньої мезентеріальної артерії: у групі пацієнтів з ХП та МС він мав достовірно ( $p<0,05$ )

вищий рівень ( $0,77 \pm 0,11$ ), ніж у групі пацієнтів із ХП та без МС ( $0,59 \pm 0,09$ ). У той же час, рівень ІР верхньої мезентеріальної артерії у пацієнтів з ХП був достовірно ( $p < 0,05$ ) вищим, ніж ІР контрольної групи ( $0,52 \pm 0,05$ ).

При аналізі показників ліпідного профілю було виявлено, що рівень тригліцеридів значно варіював у пацієнтів в усіх групах, але був достовірно вищим у групі пацієнтів з МС та ХП, ніж у пацієнтів з ХП та у контрольній групі ( $5,67 \pm 1,21$  ммоль/л;  $3,61 \pm 1,42$  ммоль/л; та  $2,19 \pm 1,64$  ммоль/л відповідно) і в групах пацієнтів з МС та ХП і пацієнтів з ХП був достовірно вищим від вікової норми, що було визначено, як показання до призначення цим групам пацієнтів терапії статинами. При проведенні кореляційного аналізу було виявлено, що ІР мав сильний ( $r = 0,72$ ;  $p < 0,05$ ) кореляційний зв'язок із рівнем ТГ в групі пацієнтів з МС, у той же час аналогічний зв'язок у пацієнтів з ХП без МС був недостовірним ( $r = 0,62$ ;  $p > 0,05$ ). При кореляційному аналізі статистично значимого зв'язку між рівнем ЛПНЩ та ІР не було знайдено в жодній з досліджуваних груп.

Після проведення терапії аторвастатином було виявлено, що у групі пацієнтів з ХП та МС ІР черевного стовбуру став достовірно нижчим ( $0,59 \pm 0,07$ ;  $p < 0,05$ ) у порівнянні з початковим рівнем ( $0,71 \pm 0,05$ ). У той же час, достовірних змін ІР у пацієнтів з ХП та без МС виявлено не було ( $0,57 \pm 0,09$  та  $0,62 \pm 0,07$ ).

Щодо показників ІР верхньої мезентеріальної артерії: у групі пацієнтів з ХП та МС відмічалась недостовірною тенденція до зниження ( $0,77 \pm 0,11$  до початку лікування та  $0,65 \pm 0,15$  після його завершення). У групі пацієнтів із ХП та без МС зміни також не були достовірними ( $0,59 \pm 0,09$  та  $0,55 \pm 0,11$ ).

Терапія аторвастатином призвела до достовірного ( $p < 0,05$ ) зниження рівня тригліцеридів як у групі пацієнтів з ХП та МС ( $3,28 \pm 0,91$  ммоль/л); і недостовірного в групі пацієнтів з ХП  $3,49 \pm 1,32$  ммоль/л). У той же час, терапія аторвастатином призводила до достовірного зниження ЛПНЩ як у групі пацієнтів з МС та ХП так і з ХП ( $4,72 \pm 0,74$  ммоль/л та  $3,11 \pm 0,82$  ммоль/л ;  $4,11 \pm 0,92$  ммоль/л та  $3,09 \pm 0,88$  ммоль/л відповідно). Окремо хотілося підкреслити, що за час проведення дослідження у жодного з обстежених пацієнтів не відмічалось загострення панкреатиту як клінічно, так і біохімічно. Достовірних відмінностей між рівнями амілази, аланін амінотрансферази, аспартатамінотрансферази, креатинфосфокінази у досліджуваних пацієнтів на початку дослідження і у його кінці виявлено не було,

що може свідчити про безпеку призначення аторвастатину даним групам пацієнтів. У той же час, в літературі присутні повідомлення про небезпеку терапії статинами і можливість виникнення гострого панкреатиту або загострення хронічного панкреатиту на фоні такого лікування [6].

Водночас не слід забувати, що ІР є досить чутливим, але і досить неспецифічним методом оцінювання кровотоку і зазвичай свідчить про його порушення у периферійній частині, зокрема сильно залежить від стану мікроциркуляторного русла у відповідному органі (тонууса, стану стінки артерій та капілярів). Тому виявлені нами зміни ІР черевного стовбуру та верхньої мезентеріальної артерії можна пов'язати не тільки з атеросклеротичним ураженням цих судин, але і з мікроциркуляторними змінами на рівні підшлункової залози, обумовленими гіпертригліцеридемією, що підтверджується даними літератури [4].

Таким чином, нами були зроблені висновки щодо значного впливу атеросклеротичного ураження черевного стовбуру та верхньої мезентеріальної артерії на перебіг ХП, необхідності корекції рівня ТГ у пацієнтів з ХП та МС за допомогою статинів, що за рахунок покращення кровопостачання та мікроциркуляції в підшлунковій залозі за рахунок зниження ТГ повинно сприяти збереженню її зовнішньої секреторної та внутрішньої секреторної функцій. У той же час, призначення статинів пацієнтам з ХП без МС або без гіпертригліцеридемії на наш погляд не є доцільним і повинно проводитись за суварим медичним показаннями і під постійним клінічно – лабораторно – інструментальним контролем стану пацієнта. Подальшими перспективами досліджень у цьому напрямку є визначення впливу тривалої терапії статинами на збереження екзокринної та ендокринної функцій підшлункової залози.

### Література

1. Кучерявый Ю.А. Современные подходы к диагностике и лечению хронического панкреатита / Ю.А. Кучерявый, И.В. Маев // Болезни органов пищеварения. – 2004. – №2. – С. 18-24.
2. Маев И.В. Теории и гипотезы патогенеза хронического панкреатита / И.В.Маев, Ю.А. Кучерявый // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. – №2. – С. 18-26.
3. Минушкин О.Н. Болезни поджелудочной железы. Этиологические аспекты терапии хронических панкреатитов / О.Н. Минушкин, Л.В. Масловский // Consilium medicum. – 2005. – №6. – С. 27–32.
4. Okura Y. Diagnostic evaluation of acute pancreatitis in two patients with hypertriglyceridemia / Y. Okura, K.Hayashi // World J. Gastroenterol. – 2004. - №10 (24). – P.3691-3695.
5. Preiss D. Lipid-modifying therapies and risk of pancreatitis: A meta-analysis. / D. Preiss, M.J. Tikkanen, P. Welsh [et al.] // JAMA. – 2012. – №308. – P.804-811.
6. Singh S. Statins and pancreatitis: a systematic review of observational studies and spontaneous case reports / S. Singh, Y.K. Loke // Drug Saf. – 2006. – №29 (12). – P.1123-1132.

### **Реферат**

**ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.**

Иваницкий И.В.

Ключевые слова: хронический панкреатит, метаболический синдром, триглицериды, аторвастатин.

Большое влияние на развитие и прогрессирование хронического панкреатита (ХП) имеет высокий уровень триглицеридов, который одновременно может быть проявлением метаболического синдрома (МС). Целью нашего исследования стало выявление степени атеросклеротических изменений чревного ствола у пациентов с ХП в зависимости от наличия МС и возможности коррекции этих изменений с помощью аторвастатина. Нами было обследовано 35 пациентов с ХП и МС, 28 пациентов с ХП и без МС и 15 здоровых. Пациентам с МС и ХП, а также пациентам с ХП назначался аторвастатин в суточной дозе 20 мг, повторное обследование проводилось через 3 месяца. Пациенты с ХП и МС имели достоверно больший уровень индекса резистентности (ИР) чревного ствола и верхней брыжеечной артерии, чем группа пациентов с ХП и без МС. В то же время, уровень ИР чревного ствола и верхней брыжеечной артерии у пациентов с ХП был достоверно выше, чем ИР контрольной группы. При проведении корреляционного анализа было выявлено, что ИР имел сильную корреляционную связь с уровнем ТГ в группе пациентов с МС. После приёма аторвастатина у пациентов с ХП и МС ИР чревного ствола стал достоверно ниже в сравнении с начальным уровнем. В то же время, достоверных изменений ИР у пациентов с ХП и без МС выявлено не было. Таким образом, нами были сделаны выводы о значительной роли атеросклеротического поражения чревного ствола и верхней мезентериальной артерии, а также о нарушении микроциркуляции в поджелудочной железе, связанной с гипертриглицеридемией в течении ХП, и соответственно, необходимости коррекции уровня ТГ у пациентов с ХП и МС с помощью статинов. В то же время, назначение статинов пациентам с ХП без МС или без гипертриглицеридемии на наш взгляд не является целесообразным.

### **Summary**

**EFFECT OF ATORVASTATIN ON THE CLINICAL COURSE OF ACUTE PANCREATITIS DEPENDING ON THE PRESENCE OF METABOLIC SYNDROME**

Ivanytskyi I.V.

Keywords: chronic pancreatitis, metabolic syndrome, triglycerides, atorvastatin.

Much impact on the occurrence and progressing of chronic pancreatitis (CP) is produced by the high level of triglycerides which is usually corrected by statins. At the same time the development and severe course of CP is often associated with failure of pancreatic of blood supply. The present study was aimed to detect the intensity of atherosclerotic changes of celiac trunk and upper mesenteric artery in patients with CP depending on the presence of metabolic syndrome (MS) and to find out the possibilities to correct the detected changes with atorvastatin. The study involved 35 patients with CP and MS, 28 patients who had CP and had no MS. 15 healthy persons made up the control group. The patients with MS and CP and the patients with CP were prescribed to take atorvastatin in a daily dose of 20 mg. Re-examination was carried out in 3 months. The group of patients with CP and MS had significantly higher levels of resistance index of trunk and mesenteric arteries than the group of patients with CP and without MS. At the same time, the level of resistance index of celiac trunk and mesenteric arteries in patients with CP was significantly higher than that of the control group. The correlation analysis demonstrated the strong correlation between the resistance index and TG level in the patients with MS. The patients with CP and MS who received the therapy with atorvastatin were observed to have lower index of resistance of mesenteric artery and celiac trunk compared with the initial level. Thus, we may draw conclusions about the impact of atherosclerotic damages of celiac trunk and superior mesenteric artery on the course of CP, the need for correction of TG level in patients with CP and MS by statins. At the same time, the therapy with statins for the patients who have CP but have neither MS nor hypertriglyceridemia seems to be inappropriate.