

2. Черкес-Заде Д. И., Каменев Ю. Ф. Хирургия стопы. Изд. 2-е, перераб. и доп. Москва: Медицина, 2002. 328 с.

3. Каленский В. О., Иванов П. А. Сравнение функциональных исходов при применении трех различных способов лечения пациентов с переломами пяточной кости. Тезисы 2-го конгресса Российской Ассоциации хирургов стопы и голеностопного сустава. Москва: Квикли, 2017. С. 65–67.

4. Лябах А. П., Мikhневич О. Е., Нанинец В. Я. Переломи п'яркової кістки: порівняльний аналіз оперативного та консервативного лікування. *Вісник ортопедії, травматології та протезування*. 2009. № 3. С. 37–40.

5. Козопас В. С. Аналіз сучасного стану лікування внутрішньосуглобових переломів п'яткових кісток. *Травма*. 2017. Т. 18, № 2. С. 103–105.

6. Результаты и перспективы развития способов оперативного лечения переломов пяточной кости / М. Е. Купитман и др. *Гений ортопедии*. 2013. № 2. С. 22–26.

7. Clinical rating systems for the ankle-hind foot, midfoot, hallux, and lesser toes / H. B. Kitaoka et al. *Foot and Ankle Internat.* 1994. Vol. 15 (7). P. 349–353.

REFERENCES

1. Nikitin P.V. *Diagnostika ta likuvannya poshkodzhen' kistok stopi* [Diagnosis and treatment of foot bones damages]. Kiev, Feniks., 2005. 192 p. (in Ukrainian).

2. Cherkess-Zade D.I., Kamenev Ju.F. *Khirurgiya stopy* [Surgery of foot]: izd. 2-e, pererab. i dop. Moscow, Meditsina, 2002. 328 p. (in Russian).

3. Kalenskiy V.O., Ivanov P.A. Comparison of functional outcomes after usage of three different methods of treatment of patient with fractures of calcaneus. In: *Thesis 2d Congress of Russian Association of surgeons of foot and talocrural joint*. Moscow: Kvikli., 2017. P. 65-67. (in Russian).

4. Liabach A.P., Mikhnevich O.E., Nanynets V.Ya. Fractures of calcaneus: comparable analysis of surgical

and conservative treatment. *Visnyk ortopediyi, travmatologiyi ta protezuvannya*. 2009; 3: 37-40. (in Ukrainian).

5. Kozopas V.S. Analysis of the current state of treating intra-articular fracture of the calcaneus. *Travma*. 2017; 2(18): 103-105. doi: 10.22141/1608-1706.2.18.2017.102566.

6. Kupitman M.E., Atmanskiy I.A., Chernikov M.K., Maminov D.V., Gashev A.A., Zubkov, M.A., Semenov A.A. Results and prospects of development of the techniques of surgical treating calcaneal fractures. *Geniy ortopedii*. 2013; 2: 22-26. (in Russian).

7. Kitaoka H.B., Alexander I.J., Adelaar R.S. et al. Clinical rating systems for the ankle-hind foot, midfoot, hallux, and lesser toes. *Foot and Ankle Internat.* 1994; 7(15): 349-353.

Надійшла до редакції 05.11.2018

Рецензент д-р мед. наук,
проф. О. Г. Попов,
дата рецензії 23.11.2018

УДК 616.233-002.2-08

Н. А. Мацегора, О. Є. Шпота, О. О. Крахмалова

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ СПИРОГРАМИ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У СТАДІЇ ЗАГОСТРЕННЯ НА ТЛІ ГІПОТИРЕОЗУ ПРИ ВКЛЮЧЕННІ У КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ЛІОТИРОНІНУ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

UDC 616.233-002.2-08

Н. А. Мацегора, Е. Е. Шпота, О. О. Крахмалова

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПИРОГРАММЫ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛИОТИРОНИНА

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

У больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в состоянии обострения, осложненной гнойно-некротическим поражением бронхолегочной системы на фоне сниженного синтеза эндогенного трийодтиронина, лиотиронин оказывает заместительное стимулирующее противовоспалительное действие и способствует восстановлению функционального состояния бронхолегочной системы при сокращении лечебного курса на 3–6 сут. Назначение лиотиронина в дозе 50 % от суточной способствует восстановлению уровня секреции гормонов щитовидной железы у больных ХОБЛ в состоянии обострения с сопутствующим гипотиреозом.

Доказано, что при дополнении базового восстановительного лечения лиотиронином больным ХОБЛ в состоянии обострения в сочетании с гипотиреозом наблюдалась тенденция к улучшению функции внешнего дыхания за счет изменений «скоростных» показателей.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, щитовидная железа, трийодтиронин, функция внешнего дыхания, лиотиронин.

© Н. А. Мацегора, О. Є. Шпота, О. О. Крахмалова, 2018



THE DYNAMICS OF SPIROGRAPHIC INDICATORS OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN THE STAGE OF EXACERBATION INCLUDING THE COMPLEX TREATMENT OF LYOTHYRONINE

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Lyothyronin in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in the state of exacerbation with hypothyroidism provides substitution-stimulating anti-inflammatory action and contributes to the restoration of the functional state of the bronchopulmonary system with a reduction in the course of treatment for 3–6 days. We prescribed a lyothyronin at a dose of 50% per day contributes to the restoration of the level of thyroid hormones secretion in patients with COPD in the state of exacerbation with concomitant hypothyroidism.

We proved that the rehabilitation improved due to changes in "high-speed" indicators in addition to the basic rehabilitation treatment with lyothyronin in patients with COPD in the state of exacerbation in combination with hypothyroidism.

Key words: COPD, thyroid, triiodothyronine, treatment, lyothyronin.

Вступ

Хронічна обструктивна хвороба легень (ХОЗЛ) є однією з найбільш поширених причин захворюваності та смертності і, як наслідок, однією з найважливіших проблем охорони здоров'я. Останнім десятиліттям ХОЗЛ посідає 5-те місце серед провідних причин непрацездатності та 3-тє — серед причин смерті [1; 2; 8]. Основним методом діагностики, документування тяжкості, моніторингування та оцінки ефективності терапії ХОЗЛ є спірометрія. Дана методика дозволяє виявити обструктивні й рестриктивні вентиляційні порушення. Залежно від цілей і вихідних параметрів спірометрії доцільно проведення бронходилататорного або бронхоконстрикторного тестів. Моніторингування функції зовнішнього дихання з використанням спірометрії в динаміці дозволяє оцінити перебіг захворювання, а також ефективність проведеної терапії [3; 4].

В останньому перегляді Глобальної стратегії діагностики, лікування та профілактики ХОЗЛ (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease — GOLD, 2016) відзначено, що це захворювання характеризується постійним, зазвичай прогресуючим обмеженням повітряного потоку (ОПП), пов'язаним з наростаючим хронічним запальним процесом у

бронхах і легенях у відповідь на дію частинок або газів [5; 7]. Відповідно до сучасних визначень захворювання, головним патофізіологічним критерієм діагностики ХОЗЛ є постійне, звичайно прогресуюче ОПП [3–5].

Незважаючи на численність робіт про механізми дії тиреоїдних гормонів, дотепер залишаються недостатньо висвітленими особливості їхнього впливу на перебіг ХОЗЛ у стадії загострення в поєднанні зі зниженим рівнем трийодтироніну, а також вплив замісної терапії на ефективність лікування цього коморбідного стану [6].

Вищесказане зумовлює доцільність проведення досліджень у даному напрямі.

Мета роботи — визначити динаміку показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) у хворих на ХОЗЛ в стадії загострення на тлі гіпотиреозу при включенні у комплексне лікування ліотироніну як замісної терапії.

Матеріали та методи дослідження

Досліджено 112 хворих на ХОЗЛ у стані загострення у поєднанні з гнійно-некротичними формами неспецифічної патології бронхолегеневої системи та синдромом низького вмісту трийодтироніну, що лікувалися в легенево-хірургічному та пульмонологічному центрах.

Визначали такі параметри: рівні тиреотропного гормону, загального T_4 і загального T_3 у сироватці крові. Функцію зовнішнього дихання вивчали за допомогою спірографії. При вивченні ФЗД, характеру обструктивних порушень вимірювали об'єм форсованого видиху за 1 с (ОФВ1), форсовану життєву ємність легень (ФЖЄЛ), визначали максимальну об'ємну швидкість видиху (МОШ) в інтервалі 25, 50 і 75 % ФЖЄЛ, з яких МОШ-25 відображала стан просвіту трахеї та великих бронхів, МОШ-50 — середніх бронхів, МОШ-75 — дрібних бронхів, бронхіол й альвеол, пікову об'ємну швидкість видиху (ПОШвид) та вдиху (ПОШвд), хвилинну вентиляцію легень (ХВЛ) [4; 5; 8].

Усіх хворих було розподілено на три групи: до 1-ї групи увійшли 42 особи (7 хворих на хронічний абсцес легені, 10 хворих на бронхоектатичну хворобу, 2 хворих на кістозну хворобу легень, 18 хворих на хронічний гнійний бронхіт і 5 хворих з кістою легені) з фізіологічним рівнем секреції тиреоїдних гормонів; до 2-ї — 38 осіб (9 хворих на хронічний абсцес легені, 9 хворих на бронхоектатичну хворобу, 2 хворих на кістозну хворобу легень, 13 хворих на хронічний гнійний бронхіт і 5 хворих з кістою легені) зі зменшеним вмістом T_3 , цим пацієнтам не призначалася замісна терапія гор-



монами щитоподібної залози; до 3-ї групи увійшли такі хворі: 4 хворих на хронічний абсцес легені, 5 хворих на бронхоектатичну хворобу, 1 хворий на кістозну хворобу легень, 17 хворих на хронічний гнійний бронхіт і 5 хворих з кістою легені — усього 32 особи, в яких також було визначено зменшений вміст T_3 зі зниженим рівнем секреції гормонів щитоподібної залози (ЩЗ), замісна терапія трийодтироніном проводилась. У групу контролю включено 24 особи без легеневої та ендокринної патології.

У всіх групах дослідження захворювання ЩЗ після комплексного обстеження були включені. Тому знижений рівень T_3 розцінювався нами не як симптом гіпотиреозу, а як прояв псевдодисфункції ЩЗ, який нерідко має місце при тяжких нетиреодних захворюваннях, що характеризуються зниженням рівнів загального та вільного T_3 у сироватці крові [6].

Для замісної терапії нами використовувався ліотиронін (синтетичний T_3 — трийодтироніну гідрохлорид) по 25 мкг двічі на день курсом 7–10 днів.

Препарат не має «синдрому відміни» [7; 8]. Доза препарату становила близько 50 % добової, використовуваної для замісної гормональної терапії у хворих зі зниженим рівнем T_3 . При цьому нами враховувалося, що основною метою лікування було не досягнення повної замісної дози препарату, а стимуляція протизапальної дії призначеного лікування із відновленням функціонального стану бронхолегеневої системи, включаючи (у частини хворих) передопераційну підготовку.

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідження ФЗД у всіх хворих на ХОЗЛ у стані загострення показало, що до лікування у них були знижені показники ЖЄЛ («об'ємний показник») більш ніж на 70 %, що свідчило про наявність рестрикції легкого ступеня (табл. 1) [4; 5].

Обструктивні вентиляційні порушення спостерігалися у вигляді характерного диспропорційного зменшення максимального потоку повітря, що видихається, щодо ЖЄЛ. Цей показник (форсована ЖЄЛ)

свідчив про звуження дихальних шляхів під час видиху, яке проявляється зниженням співвідношення ОФВ1/ЖЄЛ більш ніж на 5 % від належного [1; 4; 5]. Співвідношення ОФВ1/ФЖЄЛ у досліджуваних групах хворих становило близько 60 %, що відповідало помірного ступеню порушення прохідності бронхів (клас В) [5]. Найбільш ранні порушення прохідності на рівні дрібних бронхів визначалися уповільненням термінальної частини петлі видиху на спірограмі. Уповільнення потоку видиху графічно зображалося увігнутою частиною кривої петлі потік-об'єм, кількісно — пропорційно великим зменшенням миттєвого потоку, виміряного після видиху 75 % ФЖЄЛ (МОШ-75) або середнього потоку видиху на рівні між 25 і 75 % ФЖЄЛ, зниженням ОФВ1, МОШ, ПОШ, ХВЛ («швидкісні показники»), що свідчило про порушення функціонального стану з боку дрібних бронхів, бронхіол й альвеол і підтверджувало наявність обструктивного синдрому [5; 6].

Після лікування спостерігалася позитивна динаміка спі-

Таблиця 1

Динаміка показників функції зовнішнього дихання у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у стані загострення

Показник	Контроль (здорові), n=16	1-ша група, n=42		2-га група, n=38		3-тя група, n=32	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
ЧД за 1 хв	17,8±2,8	23,32±1,12	21,14±1,22*	23,36±1,56	21,10±1,06*	23,44±1,23	20,30±1,02*
ЖЄЛ, л	4,51±0,22	3,26±0,06	3,62±0,16*	3,22±0,03	3,41±0,13*	3,23±0,04	3,72±0,06*
ФЖЄЛ, л	4,48±0,32	3,22±0,04	3,57±0,06*	3,19±0,04	3,37±0,02*	3,20±0,03	3,65±0,03*
ОФВ1, л	3,54±0,01	2,02±0,03	2,48±0,05*	1,96±0,02	2,16±0,02*	1,95±0,02	2,50±0,02*
ОФВ1/ФЖЄЛ, %	> 70 %	62,73±3,2	69,47±3,8*	61,44±3,6	64,10±4,20*	60,94±4,8	68,49±3,70*
МОШ-25, л	4,78±0,16	2,37±0,04	2,66±0,03*	2,34±0,04	2,54±0,05*	2,32±0,03	2,76±0,04*
МОШ-50, л	4,69±0,15	2,06±0,07	2,38±0,04*	2,01±0,02	2,16±0,02*	2,03±0,02	2,38±0,02*
МОШ-75, л	4,18±0,27	1,36±0,04	2,19±0,01**	1,32±0,01	1,68±0,02**	1,28±0,02	2,25±0,02**
ПОШ, л	6,65±0,09	3,34±0,03	3,76±0,03**	3,32±0,04	3,52±0,02*	3,300±0,03	3,74±0,03**
ХВЛ, л	118,30±7,98	62,30±3,44	78,64±3,42**	62,60±4,86	65,70±4,32*	62,00±4,65	77,30±4,22**

Примітка. Відмінності між групами до та після лікування достовірні: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$.



рографічних параметрів у всіх групах хворих, однак ступені виразності цих змін мали деякі особливості (див. табл. 1).

Так, після лікування ОФВ1 у 1-й групі зріс на 22,8 % ($p < 0,01$); у 2-й — на 10,2 % ($p < 0,05$); у 3-й — на 28,2 % ($p < 0,01$). Максимальна об'ємна швидкість видиху 25 % ЖЄЛ зросла на 61,0 % ($p < 0,01$), 27,3 % ($p < 0,05$) і 75,8 % ($p < 0,01$) відповідно до лікувальних груп. Максимальна об'ємна швидкість 50 % ЖЄЛ підвищилася на 15,5 % ($p < 0,01$); 7,5 % ($p < 0,05$) та 17,2 % ($p < 0,01$) відповідно у порівнюваних групах. Максимальна об'ємна швидкість 75 % ЖЄЛ зросла на 61,0 % ($p < 0,01$); 27,3 % ($p < 0,05$) і 75,8 % ($p < 0,01$) у хворих 1, 2 і 3-ї груп спостереження. Відзначено таку ж спрямованість динаміки ПОШ та ХВЛ (див. табл. 1).

Отримані результати спірографії продемонстрували достовірне ($p < 0,01$) поліпшення ФЗД, що відбувалося після проведеного лікування у 1-й групі хворих, у яких рівень гормонів ЩЗ відповідав фізіологічній нормі, та 3-й групі пацієнтів із наявністю гіпотиреозу, які отримували замісну терапію ліотироніном.

Проте у хворих 2-ї групи, що мали суттєво знижену секрецію гормонів ЩЗ, позитивні зміни показників ФЗД були менш виразними (у 2–2,5 рази).

Динаміка показників ФЗД хворих 3-ї групи, у яких також реєструвалося зниження секреції гормонів ЩЗ, але яким додатково було призначено замісну терапію ліотироніном, діагностовано значне (більше ніж у 2 рази) зменшення ознак обструктивного синдрому (див. табл. 1).

Таким чином, можна стверджувати, що при застосуванні базового лікування хворим на

ХОЗЛ у стані загострення у поєднанні з гіпотиреозом спостерігалася лише тенденція до поліпшення ФЗД, а при доповненні базового відновлювального лікування ліотироніном реєструвався достовірно виразний бронхолітичний ефект за рахунок змін «швидкісних» показників ФЗД.

Крім того, призначена доза ліотироніну відповідала лише 50 % замісної терапії, проте отриманий виразний позитивний ефект був максимальним саме у цій групі хворих, навіть більший, ніж у групі з достовірно нормальним рівнем секреції гормонів ЩЗ. Ефект ліотироніну, таким чином, був позитивним як за рахунок дотації, так і стимулювальної протизапальної дії та відновлення функціонального стану бронхолегеневої системи.

Слід відмітити, що суттєве зменшення загострення ХОЗЛ у хворих 1-ї та 3-ї груп спостерігалася на 3–6 днів раніше, ніж у пацієнтів 2-ї групи, незважаючи на однакову базову терапію антибактеріальними, бронхолітичними та десенсибілізуючими препаратами.

Висновки

1. Призначення ліотироніну дозою 50 % від добової сприяє відновленню рівня секреції гормонів щитоподібної залози у хворих на ХОЗЛ у стані загострення із супровідним гіпотиреозом.

2. Ліотиронін у хворих на ХОЗЛ у стані загострення із супровідним гіпотиреозом має замісну та стимулювальну протизапальну дію, сприяє відновленню функціонального стану бронхолегеневої системи при скороченні лікувального курсу на 3–6 днів.

3. Доведено, що при доповненні базового відновлюваль-

ного лікування ліотироніном хворим на ХОЗЛ у стані загострення у поєднанні із гіпотиреозом спостерігається тенденція до поліпшення ФЗД за рахунок змін «швидкісних» показників.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, щитоподібна залоза, трийодтиронін, функція зовнішнього дихання, ліотиронін.

ЛІТЕРАТУРА

1. Хронічне обструктивне захворювання легень: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, терапія (проект національної угоди): матеріали з'їзду / Ю. І. Феценко та ін. *Український пульмонологічний журнал*. 2013. № 3. Додаток. С. 7–12.
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких / А. Г. Чучалин и др. *Пульмонология*. 2014. № 3. С. 15–54.
3. Лунина М. Д., Никифоров В. С., Яковлева Н. Г., Балясина Н. С. Актуальные вопросы клинического применения спирометрии. *Архивъ внутренней медицины*. 2016. № 6. С. 19–22.
4. Айсанов З. Р., Черняк А. В., Калманова Е. Н. Спирометрия в диагностике и оценке терапии хронической обструктивной болезни легких в общеврачебной практике. *Пульмонология*. 2014. № 5. С. 101–108.
5. Ільченко С. І. Роль спірометричного моніторингу та визначення рівня неспецифічної бронхіальної чутливості в первинній профілактиці ХОЗЛ. *Український пульмонологічний журнал*. 2014. № 3 (85). С. 68–70.
6. Луньова Г. Г., Полішко Т. М. Клінічна біохімія [Текст]: підручник. Київ: Атіка, 2013. 1156 с.
7. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2016. Updated 2016.
8. Continuing to Confront COPD International Surveys: comparison of patient and physician perceptions about COPD risk and management / A. M. Menezes et al. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2015. Vol. 10. P. 159–172.



REFERENCES

1. Feshchenko Yu.I., Yashina L.A., Dzilyublik O.Ya. et al. Khronicheskiy obstruktivniy zabolovaniya legkikh: etiologiya, patogeneza, klassifikatsiya, diagnostika i terapiya [Chronic obstructive pulmonary disease: etiology, pathogenesis, classification, diagnosis, therapy: materials of the congress.]. *Ukrayinskyy pulmonologichnyy zhurnal* 2013; 3 Dodatok: 7-12. (in Ukrainian).
2. Chuchalin A.G., Avdeev S.N., Aysanov Z.R., Belevsiy A.S. Clinical recommendations for diagnosis and treatment of chronic obstructive lung disease. *Pulmonologiya* 2014; 3: 15–54. (in Russian).
3. Lunina M.D., Nikiphorov V.S., Yakovleva N.G., Balyasya N.S. Aktual problems of spirometry clinical usage. *Arkhiv vnutrenney medtsini* 2016; 6: 19-22. (in Russian).
4. Ajsanov Z.P., Chernyak A.V., Calmanova E.N. Spirometry in diagnosis and assessment of chronic obstructive lung disease therapy in general practice medicine. *Pulmonologiya* 2014; 5: 101-108. (in Russian).
5. Ilchenko S.I. Role of spirometric monitoring and determination of the level of non-specific bronchial sensitivity in primary ChOLD prevention. *Ukrayinskyy pulmonologichnyy zhurnal* 2014; 3 (85): 68-70. (in Ukrainian).
6. Lunjova G.G., Polishko T.M. Klinichna biokhimiya [Tekst]: pidruchnik. Kyiv, Atika, 2013. 1156 p. (in Ukrainian).
7. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2016. Updated 2016.
8. Menezes A.M., Landis S.H., Han M.K. et al. Continuing to Confront COPD International Surveys: comparison of patient and physician perceptions about COPD risk and management. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2015; 10: 159-172

Надійшла до редакції 26.11.2018

Рецензент д-р мед. наук,
проф. Н. А. Золотарьова,
дата рецензії 12.12.2018

УДК 616.45-06:616-008.6]-092-085.454:482.663.2

Д. О. Якименко, Л. Н. Єфременкова

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИКОРИСТАННЯ ОЛІЇ АМАРАНТУ ДЛЯ ПРОТЕКЦІЇ УШКОДЖЕННЯ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ ПРИ СИНДРОМІ ШЕГРЕНА

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.45-06:616-008.6]-092-085.454:482.663.2

Д. О. Якименко, Л. Н. Єфременкова

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МАСЛА АМАРАНТА ДЛЯ ПРОТЕКЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕГРЕНА

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Проведены экспериментальное и клиническое исследования роли гормональной регуляции в патогенезе синдрома Шегрена (СШ). Результаты экспериментальных исследований показали, что длительное течение модели СШ сопровождается структурно-функциональными проявлениями истощения и дистрофии в коре надпочечников у подопытных животных.

Клинические наблюдения выявили, что в начальных стадиях СШ содержание кортизола в крови повышается, а при длительном течении патологии снижается. Авторы полагают, что это связано с истощением и дистрофией коры надпочечников. Изменение деятельности коры надпочечников может быть одним из механизмов в патогенезе СШ.

Введение подопытным животным с моделью СШ масла амаранта в дозе 0,2 мл ежедневно сохраняло структурно-функциональные характеристики надпочечников и снижало деструктивные изменения в околоушной слюнной железе. Сделан вывод, что масло амаранта протектирует повреждение надпочечников при данной патологии и может быть использовано в ее лечении.

Ключевые слова: амарант, синдром Шегрена, надпочечники, кортизол.

UDC 616.45-06:616-008.6]-092-085.454:482.663.2

D. O. Yakimenko, L. N. Yefremenkova

PATHOGENETIC JUSTIFICATION OF APPLYING OF AMARANTH OIL FOR PROTECTION OF INJURY OF ADRENAL GLANDS AT SJÖGREN'S SYNDROME

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

The relevance of a problem of Sjögren's syndrome is caused by rather considerable prevalence, diversity and mosaicity of a clinical picture that can be the cause of overdue diagnosis. Existence of significant amount of various organ-nonspecific and organ-specific autoantibodies, in particular to tissues of endocrine glands, causes complexity of pathogenetic mechanisms and lesion of organs at Sjögren's syndrome.

© Д. О. Якименко, Л. Н. Єфременкова, 2018

