

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА ВІЙСЬКОВА (ДЕРЖАВНА) АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ГО «АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ БУКОВИНИ»**



**Збірник матеріалів науково-практичної конференції
з міжнародною участю
«КОМОРБІДНИЙ ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАНЬ
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ
ТА НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ КОРЕКЦІЇ»
16-17 березня 2023 року**

Конференція внесена до реєстру заходів
безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5501283

**м. Чернівці
2023**

УДК 616.1/4-036.1-06-07-08(063)

К 63

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Коморбідний перебіг захворювань внутрішніх органів: сучасний стан проблеми та невирішені питання корекції” (Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, 16-17 березня 2023 року) – Чернівці: Медуніверситет, 2023. – 144 с.

У збірнику наведені матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Коморбідний перебіг захворювань внутрішніх органів: сучасний стан проблеми та невирішені питання корекції” (Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, 16-17 березня 2023 року) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним питанням поєданого перебігу захворювань внутрішніх органів у хворих різних вікових груп.

Рецензенти:

Ілащук Т.О. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці) МОЗ України.

Плеш І.А. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці) МОЗ України.

Наукова та загальна редакція - д.мед.н., професор О.С. Хухліна

ISBN 978-617-519-024-1

Рекомендовано до друку Вченою Радою Буковинського державного медичного університету (протокол №11 від 23 березня 2023 року)

Буковинський державний медичний університет, 2023.

ефектом кетаміну. Виникає запитання: чи може (S+) кетамін забезпечити такі ж прояви полегшення болю, але позбавити пацієнтів від побічних ефектів. Необхідні подальші великі багатоцентрові випробування, щоб підтвердити чи спростувати результати поточного огляду.

У сукупності дані клінічних випадків свідчать про те, що застосування кетаміну порівняно з плацебо може забезпечити лише значне короткочасне полегшення у пацієнтів із хронічним болем. Довше застосування препарату супроводжується підвищеним ризиком таких побічних ефектів, як нудота, блювання і психотоміметичні розлади. Для визначення оптимального протоколу лікування кетаміном при хронічному больовому синдромі потрібні майбутні добре контрольовані дослідження з більшою популяцією та тривалішим спостереженням.

МАРКЕРИ ПОШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, ДІАБЕТИЧНУ ХВОРОБУ НИРОК НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТ ТИПУ 2

Коцюбійчук З.Я., Руснак Я.-В.Д.

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
1335.mf2.15@bsmu.edu.ua*

Актуальність проблеми. Проблемою сьогодення є рання діагностика та лікування неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП), зокрема, такої клінічної форми, як неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) у хворих на цукровий діабет типу 2 (ЦД2). Однак за певних умов, на тлі декомпенсації вуглеводного обміну, наявності ускладнень ЦД2 (мікро-, макроангіопатія, нейропатія, нефропатія) – НАСГ може прогресувати із резистентним до лікування цитолітичним та мезенхімально-запальним синдромами.

Метою дослідження було з'ясування ймовірного впливу комплексу засобів метформіну, розувастатину, ессенціале форте Н та кверцетину у хворих на неалкогольний стеатогепатит, діабетичну хворобу нирок на тлі цукрового діабету типу 2 на біохімічні маркери пошкодження печінки, які є чинниками прогресування даних патологій.

Матеріали та методи дослідження. Проведені дослідження в динаміці лікування у 60 хворих на неалкогольний стеатогепатит із цукровим діабетом типу 2 та діабетичною хворобою нирок I-III стадії, серед яких у 48 пацієнтів (80,0 %) було встановлено неалкогольний стеатогепатит м'якої активності, а у 12 (20,0 %) неалкогольний стеатогепатит помірної активності. Коморбідним захворюванням у 100 % хворих на неалкогольний стеатогепатит був цукровий діабет типу 2 середнього ступеня тяжкості, серед яких у 15 осіб (25,0 %) цукровий діабет був у стадії компенсації, у 45 (75,0 %) субкомпенсований. Усі хворі на неалкогольний стеатогепатит та цукровий діабет типу 2 мали коморбідну діабетичну хворобу нирок, зокрема, 21 випадок діабетичної хвороби нирок I-II стадії (35,0 %), 20 осіб із діабетичною хворобою нирок III

стадії (33,3 %), 19 осіб із діабетичною хворобою нирок IV стадії (31,7 %). У 15 (25,0 %) обстежених осіб було встановлено вторинну артеріальну гіпертензію ниркового генезу I-II ступеня, у 11 осіб (18,3 %) було встановлено есенціальну артеріальну гіпертензію I-II стадії, I-II ступеня.

Залежно від призначеного лікування за випадковою ознакою обстежені хворі були поділені на 2 групи: (1 група – контрольна: 28 осіб) отримували гіпокалорійну дієту з урахуванням обмежень дієти №9, есенціальні фосфоліпіди (Ессенціале форте Н) 300 мг по 2 капс. 3 рази на день 30 днів з метою лікування активного неалкогольного стеатогепатиту, з приводу супровідного цукрового діабету типу 2 та гіперліпідемії призначали метформіну гідрохлорид (Метформін-Тева) 1000 мг на добу, розувастатин (Розувастатин-Тева) 5 мг 1 раз у день упродовж 1 місяця. 2 групу склали пацієнти (32 особи), які, окрім аналогічних дієтичних рекомендацій, есенціальні фосфоліпіди, гіпоглікемізуючої та гіполіпідемічної терапії упродовж місяця, додатково отримували препарат кверцетину та повідону (Корвітин) по 500 мг внутрішньовенно у 100 мл ізотонічного розчину натрію хлориду) упродовж 10 днів. Середній вік пацієнтів склав $(53,8 \pm 3,52)$ років. Групу порівняння для презентації середніх референтних значень показників гомеостазу склали 30 здорових осіб відповідного віку.

Результати дослідження. Аналіз показників біохімічного аналізу крові, які вказують на динаміку біохімічних синдромів неалкогольного стеатогепатиту, глікемії та ліпідограми вказують на вищу ефективність додаткового призначення Кверцетину до терапії, передбаченою протоколом, у хворих на цукровий діабет типу 2 із діабетичною хворобою нирок. Так, підвищений до лікування вміст у крові загального білірубіну (у 1,8 рази, $p < 0,05$) в обох групах вірогідно зменшився – у 2-й групі у 1,4 рази ($p < 0,05$) за рахунок його як некон'югованої фракції, яка зменшилась у 1,4 рази із нормалізацією показника, так і кон'югованої фракції – у 1,4 рази ($p < 0,05$). У 1 групі зниження вмісту загального білірубіну склало 1,2 рази ($p < 0,05$) за рахунок зниження лише некон'югованої фракції у 1,2 рази ($p < 0,05$), прямих білірубін мав лише тенденцію до зниження на 10,3 % ($p > 0,05$). Незважаючи на те, що статини і метформін можуть справити негативний вплив на цілісність мембрани гепатоцита, нами не було встановлено їх негативного впливу і на ферментативні маркери цитолізу. Навпаки, під впливом призначеної терапії у хворих обох груп активність АсАТ, підвищена до лікування у 3,0 рази ($p < 0,05$), знизилась вірогідно у 1 групі – у 1,4 рази, у 2-й групі – у 1,9 рази ($p < 0,05$), активність АлАТ, підвищена до лікування у 3,6 рази ($p < 0,05$), знизилась відповідно у 1,3 та 1,7 рази ($p < 0,05$) із наявністю істотної різниці між показниками після лікування у групах ($p < 0,05$). При порівнянні показників після лікування із даними показниками у здорових осіб слід вказати, що в жодній групі дані показники референтних значень не досягли ($p < 0,05$).

Висновки. Комплексна терапія есенціальними фосфоліпідами, розувастатином, метформіном у комбінації з кверцетином у осіб із

коморбідними неалкогольним стеатогепатитом, цукровим діабетом типу та діабетичну хворобу нирок сприяє вірогідному зниженню інтенсивності біохімічних змін в печінці (зниження маркерів цитолізу, мезенхімального запалення), зворотному розвитку явищ стеатозу печінки.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА НАЯВНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ

Рощук О.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

roshchuk@bsmu.edu.ua

Актуальність. Численні дослідження встановили зв'язок між захворюваннями тканин пародонта (ЗТП) та патологією підшлункової залози (Miskiewicz A. зі співавт., 2018; Tan Q. зі співавт., 2022), але дуже мало описано впливу зубних протезів (ЗП) на пародонтальний статус таких пацієнтів.

Мета дослідження: вивчити особливості клінічного перебігу захворювань тканин пародонта у пацієнтів із хронічним панкреатитом при наявності зубних протезів.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 48 хворих на хронічний панкреатит віком від 50 до 65 років (середній вік склав $57,5 \pm 7,5$), яких поділили на дві групи залежно від наявності зубного протезування. Група 1 – 22 особи без ЗП та група 2 – 26 осіб із ЗП. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку. У всіх пацієнтів вивчали показники поширеності (у %) та інтенсивності захворювань тканин пародонта (КП), обчислювали папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА), вимірювали глибину пародонтальних кишень. Оцінювали гігієнічний стан ротової порожнини за допомогою індексу Грін-Вермільйона (ОНІ-S). Діагноз ЗТП в обстежених встановлювали згідно з класифікацією М.Ф. Данилевського (1994). Статистична обробка матеріалу проводилась за допомогою програми Microsoft Excel (США).

Результати. Встановлено значну поширеність ЗТП: у 77,0 % хворих 1-ї групи та 86,5 % 2-ї групи, що перевищило показник у контрольній групі у 1,4 та 1,6 рази відповідно ($p=0,015$; $p=0,002$). У структурі ЗТП у пацієнтів 1-ї групи переважав хронічний катаральний гінгівіт – у 53,9 % осіб, що в 1,3 рази більше, ніж у 2-й групі ($p<0,05$). Відмінність із показником групи ПЗО теж склала 1,35 рази ($p<0,05$). Хронічний генералізований пародонтит виявлено у 23,1 % пацієнтів 1-ї групи проти 31,85 % у 2-й групі та 10 % у групі контролю. Найбільше випадків хронічного генералізованого пародонтита II ступеня виявлено у 2-й групі порівняння при наявності зубного протезування – у 18,2 % осіб. Пацієнти відзначали, що загострення ЗТП співпадали із загостренням хронічного панкреатиту, переважно у весняно-осінній період.