

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВДНЗ УКРАЇНИ «БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОДА
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ "АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ БУКОВИНИ"



МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-
ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОГО
ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА
ЇХ ФАРМАКОТЕРАПІЯ В КЛІНІЦІ
ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ»

ЧЕРНІВЦІ
2017

УДК 616.1/4-036-07-08(063)
О-75

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Особливості коморбідного перебігу захворювань та їх фармакотерапія в клініці внутрішньої медицини” (Вищий державний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, 5-6 жовтня 2017 року) – Чернівці: Медуніверситет, 2017. – 196 с.

У збірнику наведені матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Особливості коморбідного перебігу захворювань та їх фармакотерапія в клініці внутрішньої медицини” (Вищий державний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, 5-6 жовтня 2017 року) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним питанням поєданого перебігу захворювань внутрішніх органів у хворих різних вікових груп.

Рецензенти:

Федів О.І. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини та інфекційних хвороб Вищого державного начального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці) МОЗ України.

Ілащук Т.О. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вищого державного начального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці) МОЗ України.

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

Рекомендовано до видання Вченою радою ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» 28 вересня 2017 року (протокол № 2).

ISBN 978 – 966 -697 -709 - 3

Вищий державний навчальний заклад
України «Буковинський державний
медичний університет», 2017.

мм.рт.ст. Середні показники добового індексу (ДІ) в групі хворих становили ДІ САТ $10,4 \pm 2,1\%$ та ДІ ДАТ $10,0 \pm 1,9\%$, що вказує на переважання добових кривих типу “non-dipper” і “night-peaker” на фоні підвищення частоти серцевих скорочень (ЧСС) $89,5 \pm 10,4$ /хв. Недостатнє нічне зниження АТ у пацієнтів з АГ у поєднанні з ХОЗЛ є несприятливою ознакою для прогнозу та ураження органів-мішеней, частого розвитку гіпертрофії міокарда лівого шлуночка, що підтверджено достовірно більшим індексом часу (ІЧ) як для САТ, так і для ДАТ у пацієнтів цієї групи та збільшенням показників варіабельності АТ. Варіабельність середньодобового САТ $-20 \pm 2,5$ мм.рт.ст та ДАТ $-17 \pm 3,1$ мм.рт.ст. Встановлено високі показники гемодинамічного добового навантаження – «навантаження тиском», недостатнє нічне зниження АТ, збільшення ІЧ (САТ $75,8 \pm 5,5\%$, ДАТ $68,6 \pm 7,1\%$) і індексу площі (САТ $35,7 \pm 2,5\%$, ДАТ $21,4 \pm 2,5\%$) АГ, що вказують на можливість раннього розвитку серцевої недостатності та значно підвищують прогресування поєднаної патології та ризик розвитку ускладнень. У цілому спостерігалось концентричне ремоделювання і концентрична гіпертрофія лівого шлуночка (ЛШ), що є несприятливими щодо розвитку ішемії міокарда і пов’язаних з нею аритмій.

Висновки: у пацієнтів з ХОЗЛ і коморбідною АГ домінуючими типами добового профілю АТ є “non-dippers” та “night-peakers”; недостатнє нічне зниження АТ сприяє підвищенню варіабельності АТ та патологічному ремоделюванню ЛШ.

УДК 616.36-003.826:577.175.3]-02:616.441-008.64

ОСОБЛИВОСТІ АДИПОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМИ ГІПОТИРЕОЗУ

Присяжнюк В.П., Волошин О.І.

*Вищий державний навчальний заклад України
“Буковинський державний медичний університет”,
м. Чернівці, prysyaznyuk_v@ukr.net*

Актуальність. Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) нині є найпоширенішим гепатологічним захворюванням, що пов’язано зі зростанням кількості людей із ожирінням, дисліпідемією, збільшенням захворюваності на цукровий діабет 2 типу та метаболічний синдром. Крім зазначених причин, обговорюються й інші чинники, які можуть асоціюватися з цією хворобою, серед яких важливе місце належить гіпотиреозу, котрий за даними різних вчених навіть у субклінічній формі підвищує ризик розвитку НАЖХП.

Мета роботи: вивчити особливості адипокінового профілю крові у хворих на НАЖХП залежно від форми гіпотиреозу.

Матеріал і методи. Обстежено 188 хворих на НАЖХП (середній вік $53,6 \pm 12,34$ року). 3-поміж пацієнтів із НАЖХП чоловіків було 102 (54,3%), жінок – 86 (45,7%). Серед контингенту обстежених у 44 хворих також діагностований

гіпотиреоз, з яких у 20 пацієнтів виявлена субклінічна форма, у 24 хворих – маніфестна форма гіпотиреозу. Групою порівняння слугували 144 пацієнти із НАЖХП і нормальною функцією щитоподібної залози. Контрольну групу становили 45 практично здорових осіб, репрезентативних за віком та статтю до обстежених пацієнтів. Біохімічні дослідження крові здійснювали на аналізаторі “Accent-200” (“Cormay S.A.”, Польща) за допомогою стандартних реактивів та методик. Визначення рівня лептину (“Diagnostics Biochem Canada Inc”, Канада) й адипонектину у крові (“BioVendor – Laboratorni medicina”, Чеська Республіка) здійснювали на імуноферментному аналізаторі “Statfax 303/Plus” (“Awareness Technology Inc.”, США).

Результати. Дослідження біохімічних показників крові виявило більший вміст глюкози, сечової кислоти, сечовини, вищу активність аспартат- і аланінамінотрансферази, γ -глутамілтранспептидази у крові пацієнтів із НАЖХП як з нормальною функцією щитоподібної залози, так і з її гіпофункцією порівняно з такими у практично здорових осіб. Водночас, у хворих на НАЖХП із субклінічним та маніфестним гіпотиреозом активність загальної лактатдегідрогенази, а у останніх також активність лужної фосфатази переважала відповідні показники у пацієнтів із НАЖХП та нормальною функціональною активністю щитоподібної залози. Концентрація лептину у крові у пацієнтів із НАЖХП як із субклінічним, так і маніфестним гіпотиреозом була більшою, ніж у хворих на НАЖХП і нормальним функціональним станом щитоподібної залози на 35,7% ($p = 0,04$) та 72,1% ($p = 0,009$) відповідно. Водночас, рівень адипонектину в крові був меншим (у 2,1 раза, $p = 0,004$) за такий у пацієнтів групи порівняння лише у хворих на НАЖХП і маніфестний гіпотиреоз. Більше того, у пацієнтів із НАЖХП та маніфестною формою гіпотиреозу вміст зазначеного адипокіну в крові на 50,0% ($p = 0,009$) був нижчим за такий у хворих на НАЖХП і субклінічний гіпотиреоз. Проведений кореляційний аналіз виявив у хворих зі НАЖХП і субклінічним гіпотиреозом сильний зворотній кореляційний зв'язок між рівнем адипонектину у крові та вмістом триацилгліцеролів ($R = -0,78$, $p = 0,04$) і концентрацією холестеролу ліпопротеїнів дуже низької щільності ($R = -0,83$, $p = 0,02$). Рівень лептину прямо корелював із активністю лужної фосфатази ($R = 0,90$, $p = 0,01$) і вмістом загального білірубину ($R = 0,85$, $p = 0,003$) у крові.

Висновок. Проведені дослідження вказують на формування адипокінового дисбалансу у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки, для якого властиве зростання концентрації лептину на тлі зниження вмісту адипонектину у крові та який поглиблюється за наявності субклінічного і маніфестного гіпотиреозу.

Паліброда Н.М. НЕІНВАЗИВНА ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА СТЕАТОЗУ ПЕЧІНКИ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ.....	83
Паталаха О.В. ДИНАМІКА СИНДРОМУ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ ТОКСИЧНОМУ ГЕПАТИТІ У НАРКОЗАЛЕЖНИХ ІЗ ЗАПАЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНИМИ ПРОЦЕСАМИ У ПАРОДОНТІ.....	85
Потабаши́й В.А., Фесенко В.І., Князе́ва О.В. СТРУКТУРА АРИТМІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ.....	86
Потабаши́й В.А., Буртняк Т.З., Фесенко В.І. АГ У ПОЄДНАННІ З ХОЗЛ: ДОБОВИЙ ПРОФІЛЬ І ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ.....	88
Присяжнюк В.П., Волошин О.І. ОСОБЛИВОСТІ АДИПОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ ЗАЛЕЖНО ВІД ФОРМИ ГІПОТИРЕОЗУ.....	89
Радченко О.М., Гук-Лешневська З.О., Комариця О.Й. УРАЖЕННЯ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ У ПАЦІЄНТІВ З ДОБРОЯКІСНИМИ ГІПЕРБІЛІРУБІНЕМІЯМИ: СТРАТЕГІЯ ПОДАЛЬШОГО ЛІКУВАННЯ.....	91
Рева Т.В., Трефаненко І.В., Шумко Г.І., Шупер В.О., Рева В.Б. ЗАСТОСУВАННЯ ГАЛЬВАНІЧНОГО СТРУМУ У ТЕРАПІЇ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСУ.....	92
Родіонова В.В., Хмель О.С. АНТРОПОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ ТА 10-РІЧНИЙ РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ФАТАЛЬНИХ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ.....	93
Родіонова В.В., Коваленко О.М. ВПЛИВ L-АРГІНІНУ НА СТАН ІНДУКОВАНОЇ АКТИВНОСТІ ТРОМБОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ.....	95
Роздільська О.М., Зінченко О.К., Омеляненко О.В., Катаржнова І.В., Калюжка А.А., Майстренко І.О., Устименко Т.П. МОЖЛИВОСТІ ТА ДОСЯГНЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА КОМОРБІДНІ ЗАХВОРЮВАННЯ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АТОМНІЙ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЇ.....	97
Русіна С.М., Карвацька Н.С., Нікоряк Р.А. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ.....	99
Руснак І.Т., Тащук В.К. ГІПЕРТРОФІЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ОСІБ ІЗ НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	100
Свінцицький І.А. СТАТЬ-СПЕЦИФІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ВІНЦЕВОГО РУСЛА У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ІЗ СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ.....	101
Сирота Б.В. РОЛЬ ЕНТЕРОПАТОГЕННИХ КИШКОВИХ ПАЛИЧОК У РОЗВИТКУ ГОСТРОГО ЕНТЕРОКОЛІТУ.....	102