

**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 поєднаного 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.

розувастатин (Р) (10 мг один раз на добу), мосаприд (М) (5 мг 3 рази на день) та УДХК (0,5 г один раз на день) протягом 1 місяця.

Результати дослідження. Було встановлено, що підвищений рівень монооксиду нітрогену (NO) внаслідок лікування у пацієнтів ГР1 зменшився у 1,2 рази ($p < 0,05$), а у ГР2 - у 2,2 рази ($p < 0,05$) і спостерігалось статистично значуще зниження активності індукцибельної синтази моно оксиду нітрогену (iNOS) у пацієнтів обох груп: відповідно в 1,4 та 3,1 рази ($p < 0,05$). Результатом оптимізації ендотеліальної дисфункції стало зниження рівня в крові вазоінтестинального пептиду (VIP), яке у пацієнтів ГР1 значуще зменшилось у 1,2 рази ($p < 0,05$), а у ГР2 - у 1,6 рази ($p < 0,05$). Такі маркери холестазу, як лужна фосфатаза та гамма-глутамілтрансфераза (на 16,1% та 13,7% відповідно ($p < 0,05$)), також показали зменшення в обох групах. Результати УЗД дванадцятипалої кишки після лікування підтвердили позитивний ефект М і Р на перебіг супутньої гіпокінетичної дискінезії шлунково-кишкового тракту та дисфункцію сфінктерного апарату жовчовидільних шляхів - значне підвищення ступеня напруження жовчовиділення, що показує скоротлива здатність жовчного міхура, яка в динаміці лікування ГР1 зросла на 15,4% ($p < 0,05$) порівняно з ГР2 на 30,8% ($p < 0,05$).

Висновок. Комбінована терапія розувастатином, мосапридом та урсодезоксихолевою кислотою з базовою протизапальною та детоксикаційною терапією хронічного холециститу знижує інтенсивність запального процесу в жовчному міхурі, сприяє зворотному розвитку холестерозу жовчного міхура, посилює дію антибактеріальних препаратів, покращує скоротливу функцію жовчного міхура і тонус сфінктера Одді.

КОРЕКЦІЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, ОЖИРІННЯ ТА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ

Капітула С.В., Мандрик О.Є.

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
sofiia.kapitula@bsmu.edu.ua*

Актуальність проблеми. На сьогоднішній день фармакоіндустрія є надзвичайно великою і розвиненою, з кожним днем все більше створюється нових синтетичних препаратів. Але не всі з них є ефективними у лікуванні хвороб з різноманітними ускладненнями.

Мета дослідження: вивчити вплив комплексу засобів гепадифу, езетімібу (езетролу) та фозиду (фозиноприлу) на перебіг НАСГ, ГХ II стадії та ожиріння за їх коморбідності на рівень артеріального тиску.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 100 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ II стадії та ожирінням I ступеня. Для визначення ефективності лікування було сформовано 2 групи пацієнтів, які були рандомізовані віком, статтю, ступенем ожиріння, та

активністю цитолітичного синдрому. Контрольна група (К) (50 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день для усунення проявів МС, ессенціале Н у якості гепатопротекторного препарату (по 1 капсулі 3 рази в день), аторвастатин (аторкор) по 10 мг 1 раз на день – у якості гіполіпідемічного середника та еналаприлу малеат по 10 мг на добу під контролем АТ упродовж 30 днів. Основна група (О) (50 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день, гепадиф (Г) в якості гепатопротекторного препарату (по 1 капсулі 3 рази в день), езетіміб (Е) по 10 мг 1 раз на день – у якості гіполіпідемічного середника та фозиноприл (Ф) по 10 мг на добу для контролю АТ упродовж 30 днів. Протягом дослідження випадків побічної дії ліків не було встановлено.

Результати дослідження. Як показали результати дослідження, у хворих обох груп до лікування САТ вірогідно перевищував нормативні ($p < 0,05$). На 7-й день лікування у хворих обох груп він вірогідно знизився відповідно у К – на 18,0%, у О – на 27,8% ($p < 0,05$) із досягненням на 30-й день лікування в обох випадках нормотензії. Це вказує на те, що застосування як еналаприлу, так і Ф у комбінації з гепатопротекторами та гіполіпідемічними засобами оптимально відновлює нормотензію, однак за умов застосування Ф нормалізація АТ настає швидше. Показник ДАТ на 7-й день лікування також суттєвіше знижувався у О групі – на 27,6% ($p < 0,05$), ніж у К – на 14,5% ($p < 0,05$), що казує на інтенсивніший вплив Ф на ДАТ.

Висновок: лікувальний комплекс із включенням препаратів гепадиф, фозиноприл та езетіміб був ефективніший за традиційну комбінацію: ессенціале Н, еналаприл та аторвастатин у відношенні швидкого досягнення ремісії основного та супровідного захворювань та нормалізації показників артеріального тиску.

**ЗМІНИ БІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ ФІБРОЗУ У ХВОРИХ НА
НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ
ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ З
ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ II СТАДІЇ ТА ОЖИРІННЯМ
Бевз М.О., Мандрик О.Є.**

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
bevz.mariia@bsmu.edu.ua*

Сьогодні дуже часто зустрічаються комбіновані захворювання у людей різного віку. Особливо це стосується теми ожиріння та артеріальної гіпертензії. При тому чи іншому розладі біохімічні показники будуть змінюватися, відповідно до супутнього захворювання чи ускладнення. Тому так важливо відслідковувати залежність зміни біохімічних маркерів та інших показників, залежно від супутніх станів людини.

Мета дослідження: Встановити особливості біохімічних маркерів фіброзу печінки при НАСГ, що розвинувся на тлі ожиріння I-II ступеня та ГХ II стадії.