

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2023 році №5500074

**Чернівці – 2023**

серцевої смерті протягом 5 років з часу встановлення ХОЗЛ, при цьому, у пацієнтів з частими загостреннями ХОЗЛ ризик раптової серцевої смерті в 3 рази вищий. Саме тому контроль над захворюванням у осіб з коморбідною патологією набуває першочергового значення.

За останнє десятиліття ХОЗЛ перестали розглядати як ізольовану патологію дихальної системи, а трактують як легеневий компонент системного ендотеліального порушення з широким спектром запальних змін і прискореного старіння (inflammageing), який вражає багато органів і спричиняє стан мультиморбідності без чіткого розуміння, яка саме хвороба дала перший поштовх розвитку такого стану.

**Мета роботи.** Порівняти динаміку змін рівнів сироваткового SIRT1 та високочутливого С-реактивного білка у пацієнтів з ХОЗЛ та ХКС при їх ізольованому та поєднаному перебігу.

**Матеріал і методи дослідження.** Дослідження проводилось на базі кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Буковинського державного медичного університету та Центральної міської клінічної лікарні м. Чернівці. У дослідженні взяло участь 60 пацієнтів з діагнозами ХОЗЛ, ХКС, ХОЗЛ в поєднанні з ХКС, та 10 практично здорових людей, які були групою контролю. Пацієнти були розділені на 4 групи: група 1 - пацієнти з ізольованим перебігом ХОЗЛ (n=20); група 2 - пацієнти з ізольованим перебігом ХКС (n=20); група 3- ХОЗЛ в поєднанні з ХКС (n=20); група 4- контрольна група (n=10).

В ході статистичного аналізу використовували методи параметричної статистики для малих вибірок з визначенням середнього значення та середнього квадратичного відхилення. Порівняння даних між вибірками здійснювали за t-критерієм Стьюдента, зв'язок між показниками досліджували за коефіцієнтом кореляції Фішера.

**Результати дослідження.** Результати дослідження рівня високочутливого СРП в сироватці крові показали, що в групі пацієнтів з ХОЗЛ рівень високочутливого СРП становив  $1.47 \pm 0.73$  мг/дл, пацієнтів з ХКС  $1.06 \pm 0.11$  мг/дл, пацієнтів ХОЗЛ в поєднанні з ХКС  $2.13 \pm 0.73$  мг/дл були значно нижчими ніж в контрольній групі  $0.11 \pm 1.59$  мг/дл (p=0.01).

Результати дослідження рівня SIRT1 в сироватці крові показали, що в групі пацієнтів з ХОЗЛ рівень SIRT1 становив  $5.21 \pm 1.16$  нг/мл, пацієнтів з ХКС  $6.58 \pm 1.40$  нг/мл, пацієнтів ХОЗЛ в поєднанні з ХКС  $2.32 \pm 0.73$  нг/мл і були значно нижчими ніж в контрольній групі  $12.23 \pm 1.59$  нг/мл (p=0.01).

**Висновки.** Дослідження міжмолекулярних взаємодій за участю SIRT1 та високочутливого СРП є перспективним напрямком пошуку нових ефективних діагностично-прогностичних критеріїв та терапевтичних стратегій при ХОЗЛ та ІХС.

## СЕКЦІЯ 7 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

**Antofichuk T.M.**

### **METABOLIC PREREQUISITES OF THE FORMATION AND PROGRESSION OF STEATOHEPATITIS OF ALCOHOLIC, MIXED, NON-ALCOHOLIC ETIOLOGY AND COMORBID ANEMIC CONDITIONS**

*Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases  
Bukovinian State Medical University*

**Introduction.** An essential metabolic prerequisite for developing steatohepatitis (SH) of any origin is the imbalance of lipid metabolism in general. However, the peculiarities of the blood lipid spectrum in SH of alcoholic (ASH), mixed (SH ME), and non-alcoholic (NASH) etiology in comorbidity with anemic conditions (AC) is still not known with certainty.

**Material and methods.** 125 patients with steatohepatitis were examined, including 60 with NASH against the background of obesity of the I-II degree and 65 patients with SH of alcoholic and mixed etiology (25 patients of mixed, including alcoholic), and 40 patients with ASH), 25

practically healthy individuals (PHIs) of the appropriate age and sex. The research was conducted in the gastroenterological, therapeutic №1 and №2, and hematology departments of Chernivtsi CCNP "Chernivtsi Emergency Hospital" in 2015-2020.

**Results.** In patients with NASH, the content of TG in the blood was increased by 3.4 times, and under the conditions of AC - by 3,7 times ( $p<0,05$ ), with the presence of a significant difference between the groups ( $p<0,05$ ). In patients with ASH and ASH with AC, the TG content in the blood increased less intensively - by 1,6 and 2,0 times, respectively, compared to the indicator in PHIs ( $p<0,05$ ). In patients with SH ME, the content of TG in the blood was increased by 1,6 times, and under the conditions of AC - by 1,9 times ( $p<0,05$ ) with the presence of a significant difference between the groups ( $p<0,05$ ). Compared with normative indicators, there is a significant increase in LDL cholesterol content in the blood (by 1,6 times in NASH and 1,7 and 1,8 times in NASH with AC, respectively). In patients with ASH and ASH with AC, the content of cholesterol and LDL cholesterol in the blood were increased less intensively - respectively, in ASH - by 1,4 and 1,7 times, under the conditions of ASH with AC - by 1,3 and 1,4 times in comparison with the indicator in PHIs ( $p<0,05$ ). In patients with SH ME, the content of cholesterol and LDL cholesterol in the blood was increased by 1,4 and 1,7 times, and under the conditions of AC - by 1,3 and 1,5 times ( $p<0,05$ ). In patients with NASH, the content of HDL in the blood was reduced by 1,4 times, and under the conditions of AC - by 1,6 times ( $p<0,05$ ), with a significant difference between the groups ( $p<0,05$ ). In patients with ASH and ASH with AC, the blood's HDL content was reduced by 1,5 and 1,6 times compared to the indicator in PHIs ( $p<0,05$ ). In patients with SH ME, the content of HDL in the blood was reduced by 1,4 times, and under the AC - by 1,5 times ( $p<0,05$ ) with the presence of a significant difference between the groups ( $p<0,05$ ). Analysis of the insulin content in the blood of patients with NASH revealed its likely increase (by 2,5 times,  $p<0,05$ ) compared to PHIs, and for AC, the indicator exceeded the reference values by 2,9 times ( $p<0,05$ ). Evidence of a significant increase in the degree of IR in NASH was an increase in fasting HOMA-IR (by 2,6 times ( $p<0,05$ )), as well as a significant increase in HOMA-IR by AC by 3,0 times ( $p<0,05$ ). Analysis of insulin content in the blood of patients with ASH revealed its likely decrease (by 1,5 times,  $p<0,05$ ) in comparison with PHIs, and with the addition of AC, the indicator was lower than PHIs by 1,9 times ( $p<0,05$ ).

**Conclusions.** The course of NASH on the background of obesity is characterized by an increase in the level of fasting glycemia (within 1,3 times), hyperinsulinemia (by 2,5 times), and the degree of insulin resistance (by 2,6 times ( $p<0,05$ )), and under the conditions of joining AC - increase in insulinemia and the degree of IR (in 2,9 and 3,0 times, respectively ( $p<0,05$ )). Patients with ASH and SH ME, associated with alcohol consumption, develop insulin insufficiency (1,5 and 1,3 times, respectively ( $p<0,05$ )), which, under the conditions of joining AC, progresses (decrease in blood insulin content by 1,9 and 1,7 times) with a high risk of developing insulin-dependent diabetes in the future. The last fact can be associated with the formation of endocrine dysfunction of the pancreas as a result of the chronic pancreatotoxic effects of alcohol.

**Antoniv A.A.**

## **THE FEATURES OF THE NONALCOHOLIC STEATOSIS AND STEATOHEPATITIS DEPENDING ON THE PRESENCE OF COMORBID CHRONIC KIDNEY DISEASE**

*Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases  
Bukovinian State Medical University*

**The aim of the study.** To determine the likely changes in the liver of patients with non-alcoholic liver steatosis and steatohepatitis depending on the presence of comorbid chronic kidney disease and obesity.

**Material and methods.** 384 patients with non-alcoholic fatty liver disease were examined: 84 of them with non-alcoholic fatty liver disease with obesity I degree (1 group), which contained 2 subgroups: 32 patients with non-alcoholic steatosis and 52 patients with non-alcoholic steatohepatitis; 270 patients with non-alcoholic fatty liver disease with comorbid obesity of the I degree and chronic kidney disease I-III stage (group 2), including 110 patients with non-alcoholic