

**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.

Результати дослідження та їх обговорення. Для перевірки ступеня ендотелійпротекторного ефекту Кверцетину на тлі рекомендованої протоколом терапії, у хворих визначали маркери ЕД. Так, істотно знижений (у 1,7 рази) до лікування вміст NO у хворих 1-ї групи зріс не вірогідно ($p > 0,05$), а у 2-й групі – у 1,5 рази ($p < 0,05$), що можна пояснити впливом Кверцетину, як ендотеліопротектора, а також і за рахунок метформіну, який знижує ступінь ІР і сприяє зменшенню маси тіла, зниженню рівня гіперліпідемії та ймовірності відкладання проатерогенних фракцій субендотеліально. Істотно знижена у хворих обох груп до лікування ЕЗВД ПА (у 1,7 рази) після лікування зросла у 1,8 рази ($p < 0,05$) лише у хворих 2 групи і досягла нормативних значень, що є свідченням відновлення судинного тонуусу (табл. 2). До лікування показник КДЕ у хворих обох груп перевищувала нормативні показники у 1,9 рази ($p < 0,05$). Водночас, КДЕ у відповідь на проведенне лікування вірогідно знизилась: у хворих 1 групи – на 14,4 %, 2 групи – на 38,2 % ($p < 0,05$) із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($p < 0,05$) та фактичною нормалізацією показника у хворих 2 групи. Отримані результати свідчать про те, що і статини, і ЕФЛ, і Кверцетин володіють вірогідним ендотелійпротекторним ефектом, однак вплив Кверцетину – вирішальний, причому досягається за відносно короткий період застосування.

Висновок. Комплексна терапія неалкогольного стеатогепатиту та цукрового діабету типу 2 із діабетичною хворобою нирок за допомогою есенціальних фосфоліпідів, статинів та метформіну з додаванням препарату кверцетину є вищою за ефективністю від традиційної терапії, оскільки відновлює функціональний стан ендотелію, тобто сприяє зниженню кількості десквамованих ендотеліоцитів, зростанню показника ендотелійзалежної вазодилатації плечової артерії, вмісту в крові монооксиду нітрогену.

ЛІПІДНИЙ ПРОФІЛЬ КРОВІ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 ЗАЛЕЖНО ВІД СТАДІЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

Коцюбійчук З.Я., Боришкевич Ю.Б.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

hoilo.yuliia.16@bsmu.edu.ua

Чільне місце в механізмах прогресування неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ) та діабетичної хвороби нирок (ДХН) у хворих на цукровий діабет типу 2 (ЦД2) займає ендотеліальна дисфункція (ЕД), найважливішими чинниками якої є гіперглікемія, дис- та гіперліпідемія, атеросклеротичне ураження судин.

Мета – дослідити вплив комплексу засобів метформіну, розувастатину, есенціале форте Н та кверцетину на стан ліпідного спектра крові, який є чинником прогресування НАСГ та ДХН.

Матеріали і методи. Вивчалася динаміка лікування у 60 хворих на НАСГ із ЦД2 та ДХН I-III стадії, серед яких у 48 пацієнтів (80,0 %) було встановлено

НАСГ м'якої активності, а у 12 (20,0 %) НАСГ помірної активності. Коморбідним захворюванням у 100 % хворих на НАСГ був ЦД2 середнього ступеня тяжкості, серед яких у 15 осіб (25,0 %) ЦД був у стадії компенсації, у 45 (75,0 %) субкомпенсований. Усі хворі на НАСГ та ЦД2 мали коморбідну ДХН, зокрема, 21 випадок ДХН I-II стадії (35,0 %), 20 осіб із ДХН III стадії (33,3 %), 19 осіб із ДХН IV стадії (31,7 %). У 15 (25,0 %) обстежених осіб було встановлено вторинну артеріальну гіпертензію (АГ) ниркового генезу I-II ступеня, у 11 осіб (18,3 %) було встановлено есенціальну АГ 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 (ЕФЛ) (Есенціале форте) 300 мг по 2 капс. 3 рази на день) 30 днів з метою лікування активного НАСГ, з приводу супровідного ЦД типу 2 та гіперліпідемії призначали метформіну гідрохлорид (Метформін-Тева) 1000 мг на добу, розувастатин (Розувастатин-Тева - мг 1 раз у день) упродовж 1 місяця. 2 групу склали пацієнти (32 особи), які, окрім аналогічних дієтичних рекомендацій, ЕФЛ, 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 (ЗО) відповідного віку. Досліджували в динаміці лікування ліпідний спектр крові за вмістом у крові загальних ліпідів, загального холестеролу (ХС), триацилгліцеролів (ТГ), ХС ліпопротеїнів низької густини (ЛПНГ) та високої густини (ЛПВГ) за допомогою діагностичних наборів фірми „Simko Ltd” (м.Львів).

Результати дослідження. Вміст загальних ліпідів крові, підвищений до лікування у 1,5 рази ($p < 0,05$), під впливом лікування у 2 групі знизився у 1,4 рази ($p < 0,05$), у той час, як у 1 групі зниження склало 1,2 рази ($p < 0,05$) із наявністю вірогідної різниці між показниками після лікування в групах ($p < 0,05$). Вміст загального холестеролу (ХС) крові, підвищений до лікування у 1,7 рази ($p < 0,05$), після лікування у 2-й групі знизився на 27,6% ($p < 0,05$), а у 1-й групі – на 10,5 % ($p < 0,05$) від показника до лікування, із наявністю вірогідної різниці між показниками після лікування в групах ($p < 0,05$). Найбільш істотним показником гіперліпідемії у хворих на НАСГ та тлі ЦД2 із ДХН є зростання вмісту у крові триацилгліцеролів (ТГ) у 1,9 рази, яка складає патоморфологічну основу стеатозу печінки. Максимальне зниження вмісту ТГ після лікування серед показників ліпідного спектру крові встановлено у хворих 2 групи – на 43,6 % із нормалізацією показника проти зниження на 11,3 % у хворих 1 групи ($p < 0,05$). Позитивний вплив Кверцетину відзначений нами і у відношенні підвищеного у 1,8 рази ($p < 0,05$) до лікування вмісту в крові ХС ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНГ): зниження після лікування склало в 2 групі у 1,7 рази ($p < 0,05$) у порівнянні з хворими 1 групи (у 1,3 рази ($p < 0,05$)). Комплексна

терапія з включенням Кверцетину сприяла вірогідному підвищенню вмісту в крові антиатерогенних ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВГ) (в 1,3 рази ($p < 0,05$)) із нормалізацією показника після проведеного лікування, у той час, як традиційна терапія у даного контингенту осіб до будь-яких вірогідних змін показників не призводила. Унаслідок проведеної терапії Кверцетином, з точки зору досягнення цільових рівнів ЛПВГ, сприяло істотному зниженню індексу атерогенності (ІА): у 2,1 рази у хворих 2-ї групи ($p < 0,05$) проти 1,2 рази у хворих 1-ї групи ($p < 0,05$). Підсумовуючи вищесказане можна дійти висновку про те, що Кверцетин у комбінації з розувастатином, метформіном та ЕФЛ, кожен з яких є самостійним гіполіпідемічним засобом, потенціює їх дію і тим самим знижуючи вміст ХС ЛПНГ у сироватці крові, перевищує за інтенсивністю впливу традиційну комбінацію засобів без Кверцетину.

Висновок. Комплексна терапія ЕФЛ, розувастатином, метформіном у комбінації з Кверцетином у осіб із коморбідними НАСГ, ЦД2 та ДХН сприяє оптимізації ліпідного спектру крові зі зниженням вмісту ХС проатерогенних ліпопротеїнів низької густини, холестеролу та триацилгліцеролів у крові, вірогідному зростанню вмісту антиатерогенних ліпопротеїнів високої густини в крові.

ГЛІКЕМІЧНИЙ ПРОФІЛЬ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 2 ЗАЛЕЖНО ВІД СТАДІЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

Коцюбійчук З.Я., Литвин Ю.Р., Холоденко Т.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

yuliya.lytvyn98@gmail.com

Актуальність дослідження. Сьогодні неалкогольний стеатоз печінки та неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) розглядають як найчастішу патологію печінки, котру в розвинених країнах спостерігають у 20-30 % дорослого населення. Доведено, що найчастішою причиною НАСГ є ожиріння та цукрового діабету типу 2 (ЦД2). Діабетична нефропатія (ДН) – тяжке ускладнення ЦД є однією з провідних причин термінальної ниркової недостатності в індустріально розвинених країнах.

Основним патогенетичним підґрунтям НАСГ на тлі ЦД2 є порушення чутливості інсулінових рецепторів мембран інсулінчутливих органів (печінки та скелетних м'язів) до впливу гормону, розлади процесів транспорту та утилізації глюкози з системного кровообігу із формуванням дефіциту депонування в них глікогену – основної енергетичної субстанції для забезпечення усіх видців обміну в здоровому організмі.

Метою дослідження було вивчити взаємовплив змін ступеня ІР та чутливості до інсуліну, ступеня глікозилювання гемоглобіну на клінічний перебіг НАСГ на тлі ЦД2 залежно від наявності діабетичної хвороби нирок (ДХН) та її стадії.