

**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.

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, потенціує 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.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 108 хворих на НАСГ із коморбідним ЦД2. Середній вік хворих (58,2±6,1) роки. Жінок було 63 (58,3 %), чоловіків – 45 (41,7 %). Залежно від наявності ДХН було сформовано 4 групи пацієнтів, які були рандомізовані за віком, статтю, активністю цитолітичного синдрому НАСГ залежно від стадії ДХН. 1 група- НАСГ із ЦД2 без ДХН , 2 група - НАСГ із ЦД2 із ДХН I-II ст., 3 група - НАСГ із ЦД2 із ДХН III ст, 4 група - НАСГ із ЦД2 із ДХН IV ст. Стан вуглеводного обміну встановлювали за рівнем глікемії натще та вмістом глюкози у крові через 2 години після їди (постпрандіальна (п/п) глюкоза) глюкозооксидазним методом; вмістом у крові інсуліну натще (DRG System) методом імуноферментного аналізу (ІФА); вмістом в крові глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) за допомогою стандартних наборів реактивів „Simko Ltd” (м.Львів). Ступінь ІР встановлювали за величиною індексу маси тіла (ІМТ): маса тіла (кг)/ зріст² (м), індексом НОМА-ІР та індексом чутливості тканин дог інсуліну (S) (D.R. Matthews et al.), який обчислювали із використанням програми НОМА2 Calculator Version 2.2 Diabetes Trials Unit University of Oxford (Велика Британія).

Результати дослідження та їх обговорення. Результати показників глікемії, інсулінемії та індексів ІР у хворих на НАСГ з ЦД2 наведені у таблиці 3. Аналіз проведених досліджень показав, що у хворих усіх груп встановлено значне вірогідне підвищення натщесерцевої глікемії: у 1 групі - у 1,6 рази, у 2 – у 1,8 рази, 3 групі – у 2,5 рази та 4 групі – у 2,7 рази (p<0,05) у порівнянні з показником у ПЗО. Дослідження вмісту інсуліну в крові натще виявило вірогідну гіперінсулінемію, яка у хворих 1-ї групи перевищувала показник у групі ПЗО у 1,9 рази, у хворих 2-ї групи – у 2,4 рази, 3-ї групи – у 2,9 рази та 4-ї групи – у 3,3 рази (p<0,05) .

Висновки. Метаболічними передумовами розвитку НАСГ на тлі ЦД2 є вірогідна натщесерцева та постпрандіальна гіперглікемія, гіперінсулінемія, зростання ступеня глікозилювання гемоглобіну, тканинна ІР у порівнянні зі здоровими особами.

ЗАЛІЗОДЕФІЦИТ У ХВОРИХ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ – НЕДООЦІНЕНА ПРОБЛЕМА В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Коваль О.А., Скоромна А.С.

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро

Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Дніпро

koval_olena@ukr.net

Актуальність проблеми На відміну від анемії, яка вже доведено вважається одним з незалежних факторів розвитку ускладнень серцево - судинних захворювань, насамперед серцевої недостатності, залізодефіцит (ЗД) як такий більшістю лікарів внутрішньої медицини вважається, тісно спорідненим, навіть тотожним поняттям. Але помилкою є те, що за відсутності