

**БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ, АЛЕРГОЛОГІЇ ТА  
ЕНДОКРИНОЛОГІЇ**

**ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ – МІЖДИСЦИПЛІНАРНА  
ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ**

**Матеріали науково-практичної інтернет-конференції  
з міжнародною участю  
10-12 червня, 2013**



Буковинський державний медичний університет  
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Матеріали  
науково-практичної Інтернет-конференції з міжнародною участю

# **ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ – МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ**

**10-12 червня, 2013**  
м.Чернівці

м.Чернівці

УДК 616.379 – 008.64(063)  
ББК 54.15 я 434  
С 85

Цукровий діабет – міждисциплінарна проблема сучасної медицини // Матеріали науково-практичної Інтернет-конференції з міжнародною участю. – Чернівці: Медуніверситет, 2013. – 107 с.

У збірнику представлено матеріали науково-практичної Інтернет-конференції з міжнародною участю «Цукровий діабет – міждисциплінарна проблема сучасної медицини» (Чернівці, 10-12.06.2013р.) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним питанням діабетології. Розглянуті сучасні аспекти епідеміології та патогенезу цукрового діабету та його ускладнень, імунопатології цукрового діабету, сучасних можливостей її діагностики та корекції, питання діагностики й лікування цукрового діабету та його ускладнень, проблеми цукрового діабету на тлі захворювань внутрішніх органів, хірургічні та психо-соціальні аспекти діабетології.

Загальна редакція – доктор медичних наук, професор Пашковська Н.В.  
Редактор – кандидат медичних наук, доцент Оленович О.А.

Dynamics of immune inflammation indices in patients with diabetic nephropathy on a background of concomitant obesity under the influence of atorvastatin.....	40
<b>Зорій І.А., Пашковська Н.В., Ігнатюк Т.В.</b>	
Показники голкової та стимуляційної електронеуро-міографії за діабетичної полінейропатії у хворих на цукровий діабет 2 типу	
Parameters of needle and stimulation electroneuromyography of diabetic polyneuropathy in patients with type 2 diabetes.....	41
<b>Ілюшина А.А., Оленович О.А., Павлович Л.Б., Масляно В.А., Абрамова Н.О.</b>	
Дисбіотичні зміни кишечника у хворих з метаболічним синдромом	
Dysbiotic changes of the intestine in patients with metabolic syndrome.....	43
<b>Ілюшина А.А., Пашковська Н.В., Павлович Л.Б., Оленович О.А., Масляно В.А.</b>	
Про порушення кишкової мікрофлори при цукровому діабеті	
Regarding intestinal microflora changes in diabetes mellitus.....	45
<b>Карлійчук М.А., Пінчук С.В., Бариська О.Б.</b>	
Інтравітреальне введення стероїдів в лікуванні рефрактерного діабетичного макулярного набряку після хірургії катаракти	
Intravitreal steroids injection for treatment of refractory diabetic macular edema after cataract surgery.....	47
<b>Карлійчук М.А., Пінчук С.В., Сикирицька Т.Б., Луйжис А.А.</b>	
Вплив корекції дисліпідемії на стан морфофункціональних параметрів сітківки після ультразвукової факоемольсифікації у хворих на цукровий діабет	
Influence of dyslipidemia correction on morphofunctional retinal parameters after ultrasound phacoemulcification in patients with diabetes mellitus.....	49
<b>Коваль Г.Д., Сидорчук І.Й., Каспрук Н.М., Марчук Ю.Ф.</b>	
Ступінь контамінації дріжджоподібними грибами роду <i>Candida</i> порожнини товстої кишки у хворих на цукровий діабет 2 типу	
The degree of large intestine contamination by the yeast-like fungi of the genus <i>Candida</i> in patients with type 2 diabetes mellitus.....	50
<b>Коваль Г.Д., Сидорчук І.Й., Каспрук Н.М., Марчук Ю.Ф.</b>	
Зміни функціонального стану нейтрофілів у хворих на цукровий діабет 2 типу в залежності від ступеня кишкового дисбактеріозу	
Changes of neutrophils' functional state in patients with type 2 diabetes mellitus in dependence on the degree of intestinal dysbacteriosis.....	51
<b>Кричун І.І., Васильєва Н.В.</b>	
Особливості клінічного перебігу та ефективність традиційного лікування невротій лицевого нерву у хворих на цукровий діабет	
The pecuarities of clinical course and efficiency of traditional	

treatment of facial neuropaty in patients with diabetes mellitus.....	52
<b>Макишева Р.Т.</b>	
Последствия интенсифицированной терапии сахарного диабета	
The consequences of an intensified therapy of diabetes mellitus.....	54
<b>Маслянюк В.А., Пашковська Н.В., Павлович Л.Б., Оленович О.А., Ілюшина А.А., Ковалик Л.О.</b>	
Ефективність застосування глімепіриду (Олтар®) для лікування хворих на цукровий діабет типу 2	
The efficacy of glimepiride (Oltar®) in treatment of diabetes mellitus type 2.....	57
<b>Маслянюк В.А., Пашковська Н.В., Павлович Л.Б., Ілюшина А.А., Оленович О.А., Коренга М.І., Морозюк Я.В.</b>	
Ризик гестаційного цукрового діабету серед скринінгпозитивних вагітних жінок з надлишковою масою тіла	
The risk of gestational diabetes among screening-positive pregnant women with overweight.....	58
<b>Оленович О.А., Пашковська Н.В., Павлович Л.Б., Маслянюк В.А., Ілюшина А.А., Коренга М.І., Оленович А.В.</b>	
Особливості імунного статусу хворих на цукровий діабет типу 1	
Peculiarities of immune status of patients with diabetes mellitus type 1.....	59
<b>Оленович О.А., Пашковська Н.В., Павлович Л.Б., Ілюшина А.А., Маслянюк В.А., Спащук Н.С., Оленович А.В.</b>	
Диференційні особливості фібринолітичної активності сечі у хворих на цукровий діабет в залежності від типу основного захворювання	
Differential peculiarities of urine fibrinolytic activity in patients with diabetes mellitus depending on the type of basic disease.....	61
<b>Павлович Л.Б., Білоус І.І., Маслянюк В.А., Ілюшина А.А., Оленович О.А.</b>	
Лікування метаболічного синдрому з застосуванням препарату Гепадіф®	
Treatment of metabolic syndrome with the administration of Hepadif®.....	64
<b>Павлович Л.Б., Білоус І.І., Маслянюк В.А., Оленович О.А., Ілюшина А.А.</b>	
Лікування діабетичної полінейропатії з застосуванням Кокарніту	
Treatment of diabetic polyneuropathy with the administration of Cocarnit.....	65
<b>Павлюкович Н.Д., Козар М.Ф., Трефаненко І.В.</b>	
Цукровий діабет 2 типу, ішемічна хвороба серця та анемія: в центрі уваги Телмісартан	
Diabetes mellitus type 2, coronary heart disease and anemia:	

focus on Telmisartan.....	66
<b>Сидорчук І.Й., Оленович О.А., Ляшук Р.П., Коваль Г.Д., Каспрук Н.М.</b>	
Вплив умовно патогенних бактерій вмісту порожнини товстої кишки хворих на цукровий діабет типу 1 на цитолітичну функцію NK- і К-клітин периферійної крові	
Influence of opportunistic bacteria of the large intestine of patients with diabetes type 1 on the cytolytic function of NK- and K-cells of peripheral blood.....	69
<b>Сидорчук Л.І., Сидорчук І.Й., Сидорчук А.С.</b>	
Цитадгезивні властивості біфідобактерій і лактобактерій порожнини товстої кишки хворих на цукровий діабет 1 типу	
Cytoadhesive properties of Bifidobacteria and Lactobacteria of large intestine cavity in patients with type 1 diabetes mellitus.....	70
<b>Шкварковський І.В., Антонюк Т.В., Якобчук С.О., Козловська І.М., Оленович А.В.</b>	
Застосування вакуумних–кавітаційних методів санації в лікуванні хворих з синдромом діабетичної стопи	
Application of vacuum-cavitational sanitation methods to the treatment of patients with diabetic foot syndrome.....	72
<b>Olenovych O.A.</b>	
Biochemical indices in patients with diabetes type 2 and metabolic syndrome.....	75

### РОЗДІЛ III

### ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТА КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ

---

#### **Абрамова Н.О., Пашковська Н.В, Катан В.Г., Ілюшина А.А.**

Особливості обміну тиреоїдних гормонів у пацієнтів із метаболічним синдромом залежно від НОМА-IR

Peculiarities of thyroid hormones metabolism in patients with metabolic syndrome depending on НОМА-IR.....77

#### **Годованець О.І., Мороз А.В.**

Клінічні аспекти стоматологічних захворювань у дітей із цукровим діабетом 1 типу

Clinical aspects of dental diseases in children with diabetes mellitus type 1.....78

#### **Каспрук Н.М.**

До проблеми алергічних реакцій на інсулін при метаболічному синдромі

Regarding the problem of allergic reactions to insulin in case of metabolic syndrome.....79

лений у 18 (72%) хворих, III ступеня – у 2 (8%) хворих, II ступеня – у 1 хворого, I ступеня – у 1 хворого.

**Висновки.** Метаболічний синдром супроводжується формуванням кишкового дисбактеріозу та дисбіозу IV ступеня у 72% хворих. Кишковий дисбактеріоз та дисбіоз у хворих на метаболічний синдром формується за рахунок елімінації з порожнини товстої кишки біфідобактерій, ентерококів, кластридій та контамінації її патогенними ешерихіями та умовно патогенними ентеробактеріями (цитробактером, ентеробактером, гафніями), стафілококами, пептококом, пептострептококами та дріжджоподібними грибами роду *Candida*. У хворих на метаболічний синдром знижуються популяційний рівень, індекс значущості та коефіцієнт кількісного домінування у біфідобактерій, лактобактерій та ентерококів, а також зростають ці показники у патогенних ешерихій та умовно патогенних ентеробактерій, стафілококів, пептококів, пептострептококів, превотел та дріжджоподібних грибів роду *Candida*.

## **ПРО ПОРУШЕННЯ КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТИ**

Regarding intestinal microflora changes in diabetes mellitus

**Глюшина А.А., Пашковська Н.В., Павлович Л.Б., Оленович О.А.,  
Масляк В.А.**

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна*

**Вступ.** За даними Міжнародної федерації діабету в 2012 році число хворих на цукровий діабет (ЦД) у світі досягло рекордної цифри – 367 мільйонів, а в 2030 році становитиме 552 мільйонів. Поширеність ЦД в популяції, в середньому, становить 1-8,6 %, а серед дітей та підлітків – близько 0,1-0,3 %. З урахуванням недіагностованих випадків, в деяких країнах поширеність може сягати до 6%. За даними IDF, у світі проживає до 183 млн. осіб з недіагностованим ЦД, що становить 50% від діагностованих випадків. Діабет став причиною 4,6 млн. смертей у 2012 році.

ЦД залишається однією з актуальних проблем клінічної медицини. ЦД властиві різні системні ускладнення, серед яких важливе значення мають ураження травного тракту. Провідними чинниками у виникненні цієї патології є порушення вегетативної іннервації, наявність ангіопатій, пригнічення ферментативно-секреторної функції травних залоз і активності інтестинальних гормонів [Боднар П.М., Щербак А., 2002; Ляшук Р.П., 2002; Stacher G., 2001]. Порушення секреторної і моторної функцій кишечника з міграцією бактеріальної флори з товстої кишки в проксимальні відділи травного каналу створює сприятливі умови для розвитку патогенної мікрофлори [Захаренко С.М., 2001; Ляшук Р.П., 2002].

У більшості хворих на ЦД виявлено порушення видового складу та популяційного рівня мікрофлори. Результати вивчення популяційного рівня

мікрофлори порожнини товстої кишки у хворих на ЦД типу 2 показали, що на тлі змін видового складу мікрофлори порожнини товстої кишки настають зміни популяційного рівня окремих мікробів. При цьому знижується популяційний рівень біфідобактерій та лактобактерій. Настає зростання популяційного рівня бактероїдів, превотел, пептокока, клостридій, протеїв, стафілококів та дріжджо-подібних грибів роду *Candida* [Ляшук Р.П., 2002].

З метою корекції порушень мікробіоценозу товстої кишки у хворих на ЦД використовують пробіотики. Пробіотики – засоби, що містять живі мікроорганізми, які відновлюють функції кишечника, позитивно впливають на фізіологічні, біохімічні, імунні реакції організму завдяки оптимізації та стабілізації мікробіоценозу кишечника, беруть участь у синтезі вітамінів В і К, підвищують захисні функції організму, нормалізують травлення, справляють загальний оздоровчий вплив. Пробіотики застосовують для відновлення порушеного балансу мікроорганізмів у кишечнику, лікування та профілактики захворювань, спричинених таким дисбалансом [Ляшук Р.П., 2002]. Серед пробіотиків, які відносяться до спороутворюючих штамів природніх мікроорганізмів кишечника, що не продукують молочну кислоту, провідне місце займає біоспорин. Препарат біоспорин – це мікробна маса живих бактерій *Bacillus subtilis* штам 2335 і *B.licheniformis* штам 2336, ліофільно висушена в сахарозо-желатиновому середовищі. Особливістю біопрепаратів, до яких саме відноситься біоспорин, є те, що, не вступаючи в конфлікт з іншими мікроорганізмами, бактерії, які входять до складу біоспорину, посідають свою екологічну нішу і сприяють нормалізації біоценозу кишечника, відновлюють процеси синтезу вітамінів, регулюють процеси бродіння.

**Мета.** Вивчити клінічну ефективність пробіотика «Біоспорин» з метою корекції порушень мікробіоценозу товстої кишки у хворих на ЦД типу 2.

**Матеріал і методи.** Обстежено 30 хворих на ЦД типу 2: 16 чоловіків та 14 жінок. Середній вік хворих становив  $51,6 \pm 2,3$  року (від 46 до 56 років). Середній індекс маси тіла складав  $27,8 \pm 1,8$  кг/м<sup>2</sup> (від 26,1 до 31,4 кг/м<sup>2</sup>). ЦД середнього ступеня тяжкості спостерігався в 25 хворих, тяжкого – у 5 осіб. Від початку лікування хворим проводили загальноклінічні, біохімічні дослідження з визначенням основних показників вуглеводного, білкового, мінерального, ліпідного обмінів, бактеріограму. Хворим виконували УЗД органів черевної порожнини. «Біоспорин» призначали по 2 дози 2 рази на добу впродовж двох тижнів.

**Результати.** Перед початком лікування всі хворі скаржилися на загальну слабкість, зниження працездатності. Больовий синдром за ходом товстої кишки траплявся в 25 осіб (83,3%), неприємне відчуття у роті – у 24 (80,0%), відрижка – у 23 (76,6%), схильність до закрепів відмічали у 22 хворих (73,3%), до проносів – у 14 (46,6%) осіб. Під час об'єктивного дослідження, при пальпації живота виявили чутливість по ходу кишечника.

Оцінюючи індивідуальні показники бактеріограм хворих до лікування встановлено дисбактеріоз I ступеня у трьох (10,0%) осіб, дисбактеріоз II ступеня – у 8 (26,6%) осіб, у 14 (46,6%) – констатували дисбактеріоз III ступеня, у 5 (16,6%) – дисбактеріоз IV ступеня.



Динаміку клінічних проявів оцінювали під час лікування впродовж 1-2 тижнів від його початку. При застосуванні препарату «Біоспорин» наприкінці першого тижня лікування у  $82,4 \pm 1,2$  % осіб зменшився больовий синдром, через два тижні неприємні відчуття у роті відмічали 8 (26,6%) осіб, схильність до закрепів – 7 (23,3%), до проносів – 5 (16,6%) особи.

Після лікування основу мікрофлори товстої кишки за популяційним рівнем складала біфідобактерії, лактобактерії, бактероїди, нормальні кишкові палички, тобто фізіологічно корисні мікроорганізми, на відміну від результатів до лікування.

Оцінюючи показники бактеріограм після проведеного лікування, нами встановлено у 10 осіб (33,3%) нормобіоценоз, у 14 (46,6%) – дисбактеріоз I ступеня, у 4 (13,3%) – дисбактеріоз II ступеня, у 2 (6,6%) – дисбактеріоз III ступеня, дисбактеріоз IV ступеня після лікування не виявлено.

**Висновки.** Препарат «Біоспорин» позитивно впливає на мікробіоценоз товстої кишки у хворих на цукровий діабет типу 2. Двотижнєве лікування пацієнтів цим препаратом сприяє значному зниженню ступеня дисбактеріозу. Нормалізація порушень мікробіоценозу товстої кишки у хворих на цукровий діабет за допомогою препарату «Біоспорин» на тлі базового лікування позитивно впливає на клінічно-лабораторні показники перебігу захворювання.

## **ІНТРАВІТРЕАЛЬНЕ ВВЕДЕННЯ СТЕРОЇДІВ В ЛІКУВАННІ РЕФРАКТЕРНОГО ДІАБЕТИЧНОГО МАКУЛЯРНОГО НАБРЯКУ ПІСЛЯ ХІРУРГІЇ КАТАРАКТИ**

Intravitreal steroids injection for treatment of refractory diabetic macular edema after cataract surgery

**Карлійчук М.А., Пінчук С.В.\*, Бариська О.Б.\***

*Кафедра офтальмології ім.Б.Л.Радзіховського*

*Буковинського державного медичного університету, м.Чернівці, Україна*

*Клініка мікрохірургії ока «Ваш Зір», м.Чернівці, Україна\**

**Вступ.** Діабетичний макулярний набряк (ДМН) домінує серед причин зниження гостроти зору до 0,02-0,1 після хірургії катаракти у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу та поступається тільки вітреальним геморагіям серед причин зниження гостроти зору нижче 0,02. Основна ланка патогенезу ДМН – підвищена проникність судин, зумовлена проривом гематоретинального бар'єру внаслідок локальної гіпоксії сітківки, осмотичного стресу, експресії судинного ендотеліального фактора росту та прозапальних цитокінів. В лікуванні ДМН застосовуються інтравітреальні введення стероїдних протизапальних препаратів, інгібіторів ендотеліального фактору росту судин, лазеркоагуляція центральної зони сітківки, проте на теперішній час не досягнуто консенсусу щодо однозначної стратегії його лікування.

**Мета** дослідження полягала у вивченні ефективності інтравітреального введення тріамцінолону ацетоніду в лікуванні рефрактерного ДМН у хворих на