

**Організація наукових медичних досліджень
«Salutem»**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ПРОБЛЕМИ ТА СТАН РОЗВИТКУ
МЕДИЧНОЇ НАУКИ
ТА ПРАКТИКИ В УКРАЇНІ»**

12–13 червня 2020 р.

Дніпро
2020

П78 **Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні:** Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпро, 12–13 червня 2020 р.). – Дніпро : Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2020. – 124 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції **«Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні»**. Розглядаються загальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, питання фармацевтичної науки та інше.

Призначений для науковців, практиків, викладачів, аспірантів і студентів медичної, фармацевтичної та ветеринарної спеціальностей, а також для широкого кола читачів.

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ.

ОСОБЛИВОСТІ ЗРУШЕНЬ ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ ТА СТАНУ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ЛЕГЕНЯХ МОРСЬКИХ СВИНОК В ПІЗНІ ПЕРІОДИ ФОРМУВАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АЛЕРГІЧНОГО АЛЬВЕОЛІТУ ТА КОРЕКЦІЯ ЦИХ ПОРУШЕНЬ КОРВІТИНОМ Ковальська М. С., Небелюк Н. М., Готь І. В., Антоненко Ю. О.	41
ЩІЛИНИ ГУБИ ТА/АБО ПІДНЕБІННЯ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ Ластівка І. В., Климюк О. В., Анцупова В. В.	46
РІВЕНЬ ОСТЕОПРОТЕГЕРІНУ І ДЕЯКИХ АДИПОКІНІВ ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ Лахно О. В., Цівенко О. І., Бондаренко А. О.	50
КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕЧІНКИ ПРИ ЖОВЧНОКАМ'ЯНІЙ ХВОРОБИ Лахно О. В., Цівенко О. І., Олійник А. В.	54
ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Лизогуб В. Г., Біляченко І. В.	58
РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В МЕХАНІЗМІ ФОРМУВАННЯ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ ГЕРХ З СУПУТНЬОЮ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ Опарін О. А., Опарін А. Г., Ахвледіані Г. Г.	60
МОЖЛИВОСТІ ОПТИЧНОГО ЗБІЛЬШЕННЯ У ЛІКУВАННІ ГЛИБОКОГО КАРІЄСУ ЗУБІВ Удод О. А., Кібішаурі М. В.	64
РОЛЬ КОМПЛАЄНСУ ПРИ ЗДІЙСНЕННІ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК Цівенко О. І., Лахно О. В., Вовк Т. В.	68
ВІТАМІН D3 І ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ Цівенко О. І., Лахно О. В., Мелешко В. В.	72
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКАМИ КАРДІАЛЬНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ, ПОРУШЕННЯМИ СЕРЦЕВОГО РИТМУ І РІВНЕМ УРОТЕНЗИНУ ІІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ Школовий В. В.	77

2. Diamanti-Kandarakis E., Dattilo M., Macut D., Duntas L., Gonos E.S., Goulis D.G., et al; COMBO ENDO TEAM. Mechanisms in endocrinology: Aging and anti-aging: a Combo-Endocrinology overview. Eur J Endocrinol. 2017 Jun; 176(6): R283-R308. PMID: 28264815. doi: 10.1530/EJE-16-1061
3. Pankiv V.I., Yuzvenko TYu, Pankiv I.V. Type 2 diabetes mellitus and subclinical hypothyroidism: focusing on the role of cholecalciferol. Problems of Endocrine Pathology. 2019;(2):46-51. doi: 10.21856/j-PEP.2019.2.07.
4. Ahn D., Sohn J.H., Jeon J.H. Hypothyroidism Following Hemithyroidectomy: Incidence, Risk Factors, and Clinical Characteristics. J Clin Endocrinol Metab. 2016 Apr;101(4):1429-36. doi: 10.1210/jc.2015-3997.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕЧІНКИ ПРИ ЖОВЧНОКАМ'ЯНІЙ ХВОРОБИ

ЛАХНО О. В.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри внутрішньої медицини № 3 та ендокринології*

ЦІВЕНКО О. І.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри внутрішньої медицини № 3 та ендокринології*

ОЛІЙНИК А. В.

*лікар-інтерн кафедри внутрішньої медицини № 3
та ендокринології*

*Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) займає провідне місце серед захворювань органів травлення за поширеністю і ускладнень [1].

Існуючі анатомо-функціональні зв'язки обумовлюють часте залучення печінки в патологічний процес при ЖКХ [2].

Встановлено, що важливу роль в літогенезі грають порушення функцій гепатоцитів, зміни ентерогепатичній циркуляції компонентів жовчі. У свою чергу, прогресування дистрофічних, фібротичних, циротичних процесів в печінці пов'язано з тривалістю холелітазу [3]. У доступній нам літературі відсутні дані про клінічні, функціональні і морфологічні особливості печінки у пацієнтів з ЖКХ в залежності від їх трофологічного статусу.

Мета дослідження. Проаналізувати клінічні, функціональні, морфологічні особливості печінки при ЖКХ на тлі різного трофологічного статусу пацієнтів.

Матеріали та методи дослідження. У дослідження були включені пацієнти з ЖКХ при різних варіантах порушень трофологічного статусу, розділені на 3 групи: 1 група – 35 пацієнтів з ЖКХ, що мали ожиріння (індекс маси тіла (ІМТ) ≥ 30 кг / м²); 2 група – 22 пацієнта з ЖКХ і низькою масою тіла (ІМТ $\leq 18,5$ кг / м²); 3 група (група порівняння) – 25 пацієнтів з ЖКХ і нормальною масою тіла (ІМТ ≤ 24 кг / м²).

Контрольну групу (4 група) склали 25 практично здорових осіб.

Критерії виключення важкі соматичні захворювання в періоді декомпенсації, хронічні інфекції (ВІЛ-інфекція, туберкульоз, сифіліс, хронічні вірусні захворювання печінки), відмова хворого від обстеження.

В ході досліджень визначено клінічні особливості патології печінки, виконані антропометрія, біохімічний аналіз крові з визначенням холестерину, ліпідного спектру, трансабдомінальне ультразвукове дослідження (УЗД). Вміст лептину в сироватці крові визначали методом імуноферментного аналізу (ІФА). Матеріал для загальноморфологічного дослідження гепатобіоптатів отримували інтраопераційно. Математичну обробку результатів проводили за допомогою статистичного пакета програм Excel і Statistica.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що у пацієнтів з низьким ІМТ частіше зустрічається абдомінальний больовий синдром, який характеризується постійною ниючою білью в правому підребер'ї, що посилюється після прийому їжі.

При ожирінні переважає синдром біліарної диспепсії (гіркота в роті, нудота, тяжкість в епігастрії, нестійкі випорожнення). Гепатомегалія спостерігалася в осіб з різним трофологічним статусом, але частіше у пацієнтів з ожирінням. Зміни структури і розмірів печінки, за даними УЗД, частіше були у хворих ЖКХ з ожирінням, значно рідше – у осіб з низьким ІМТ. Основною ехографічною ознакою жирової дистрофії було посилення ехоструктури у вигляді рівномірного збільшення кількості та розмірів ехосигналів.

У 94,3% пацієнтів з ЖКХ і ожирінням верифікована неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) в формі стеатозу; у 51,4% пацієнтів неалкогольний стеатогепатит (НАСГ). Фіброз печінки був виражений слабо (31,4%) випадків або помірно (20%). Серед пацієнтів з ЖКХ на тлі дефіциту маси тіла НАЖХП верифікована в 66,7% випадків, частіше у вигляді стеатоза (50%), значно рідше у вигляді стеатогепатиту мінімального ступеню активності (16,7%).

У всіх обстежених в крові було виявлено підвищення загального холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності та зниження вмісту ліпопротеїдів високої щільності. При цьому найбільш значущі зміни були у хворих з ожирінням. Виявлене наростання рівнів холестерину і тригліцеридів в плазмі крові свідчить про порушення ліпідного обміну, які ініціюють і підтримують каменеутворення, а також відображають залучення печінки в патологічний процес.

У частини пацієнтів з ЖКХ і ожирінням виявлено синдром цитолізу. Ймовірна причина підвищення рівня трансаміназ – посилення перекисного окислення ліпідів під впливом вільних жирних кислот на тлі дисліпідемії; ці зміни ініціюють стеатогепатит. Встановлено, що у хворих ЖКХ на тлі ожиріння достовірно ($p < 0,05$)

підвищений рівень лептину, в порівнянні з пацієнтами з низькою масою тіла. Цей результат багато в чому пов'язаний з розвитком лептинорезистентності, серед можливих причин якої – порушення проникності для лептину гематоенцефалічного бар'єру, аномалії в структурі білка-носія, аномалія рецепторів лептину.

Вочевидь, в основі лептинорезистентності при ЖКХ і ожирінні лежать і структурні зміни гепатоцитів. Виявлене у хворих ЖКХ з трофологічною недостатністю незначне підвищення рівня лептину в сироватці крові відображає його фізіологічну функцію.

Таким чином, дисліпідемія, цитоліз, лептинорезистентність відображають порушення функцій печінки при ЖКХ. Лептинорезистентність посилює ожиріння і дисліпидемію, призводить до ще більшого порушення кооперативної взаємодії гепатоцитів і адипоцитів, формуванню і прогресуванню неалкогольної жирової хвороби печінки, яка, в свою чергу, сприяє порушенню нуклеації жовчі і формуванню ЖКХ.

Висновки. Неалкогольна жирова хвороба печінки виявлена у значної кількості пацієнтів з ЖКХ як при ожирінні, так і при трофологічній недостатності.

У пацієнтів з жовчнокам'яною хворобою на тлі ожиріння спостерігається значне підвищення концентрації лептину в сироватці крові без зниження апетиту і зменшення споживання їжі, що побічно свідчить про розвиток при біліарної патології лептинорезистентності.

Використана література:

1. Бабак О.Я., Колесникова Е.В., Кравченко Н. Модулирующая роль адипоцитокинов в развитии неалкогольной жировой болезни печени. Украинський терапевтичний журнал. 2011; 2:84-91.
2. Гаус О.В., Ахмедов В.А. Оценка прогностических факторов развития желчнокаменной болезни у лиц с метаболическим синдромом // Эксперимент. и клин. гастроэнтерол. – 2014. – № 11. – С. 46–50.

3. Bile duct stone procedures are more frequent in patients with hypothyroidism. A large, registry-based, cohort study in Finland / J. Laukkarinen, J. Sand, V. Autio, I. Nordback // Scand. J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 45, № 1. – P. 70–74.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

ЛИЗОГУБ В. Г.

*доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри внутрішньої медицини № 4*

БІЛЯЧЕНКО І. В.

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри внутрішньої медицини № 4
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Серед серцево-судинних захворювань найбільш небезпечними вважаються артеріальна гіпертензія (АГ) та ішемічна хвороба серця. У сучасній літературі підкреслюється прогностична важливість ліпідних порушень у розвитку їх ускладнень та подальшого погіршення прогнозу.

Метою даного дослідження було вивчення ліпідних порушень у хворих на АГ на основі дослідження складу ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ).

Матеріали і методи: Основну групу дослідження склали 14 хворих на ГХ II стадії без супутнього ожиріння віком від 38 до 62 років. Усім хворим визначався рівень загального холестерину. Та проводився газорідинний аналіз жирнокислотного складу ліпідів на газовому хроматографі «Цвет-500». Кількісну оцінку спектру ЖК ліпідів проводили методом нормування площ з