

**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

Використана література:

1. Бронхіальна астма. Хронічне обструктивне захворювання легень: в світлі сучасних рекомендацій GINA (2017), SIGN 153 (2016), GOLD (2017), NICE (2010) / В. К. Гаврисяк [та ін.]. – Київ : Доктор-Медіа-Груп : Бібліотека «Здоров'я України», 2018. – 219 с.
2. Бронхіальна астма та вагітність. Діагностика, профілактика, лікування, принципи ведення і розродження (методичні рекомендації). – К., 2000. – 34 с.
3. Lazarus S. On-Demand versus Maintenance Inhaled Treatment in Mild Asthma. N. Engl. J. Med. 2018;(378):1940–1942.
4. O'Byrne P., FitzGerald M., Bateman E., et al. Inhaled Combined Budesonide–Formoterol as Needed in Mild Asthma. NEJM. 2018;(378):1865–1876.

ВІТАМІН D3 І ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

ЦІВЕНКО О. І.

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

ЛАХНО О. В.

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

МЕЛЕШКО В. В.

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

*Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

Протягом останніх декількох років відзначено зростання числа досліджень, присвячених можливої ролі порушень обміну вітаміну D3 у формуванні різноманітної патології у людини [1]. Вітамін D3

не тільки бере участь в регуляції фосфорно-кальцієвого обміну, а й впливає на клітинний ріст і диференціювання, гістогенез, запалення, реакції вродженого і адаптивного імунітету, вуглеводний обмін [2].

Мета дослідження: оцінити взаємозв'язок вітаміну D3, адипокіни і гормонально-метаболических показників у хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД2) і бронхіальну астму.

Матеріали та методи дослідження. В ендокринологічному відділенні КНП ХОР «ОКЛ» м. Харків було обстежено 80 жінок у віці від 44 до 70 років, які були розділені на три групи. Першу групу склали 27 жінок з ЦД2. Середній вік $60,15 \pm 0,92$ року; індекс маси тіла (ІМТ) становив $33,70 \pm 0,96$ кг / м². До другої групи увійшли 27 пацієток з бронхіальною астмою, середній вік склав $58,56 \pm 0,79$ року; ІМТ – $29,81 \pm 0,92$ кг / м². Третя група включала в себе 26 хворих з поєднанням ЦД2 і бронхіальної астми, середній вік яких був $61,23 \pm 0,95$ року; ІМТ – $33,73 \pm 1,29$ кг / м².

Контролем служили 52 жінки, яких розділили на дві групи. У молодшу групу контролю увійшло 29 осіб у віці 21-40 років (середній вік $21,66 \pm 0,34$ року), ІМТ – $19,52 \pm 0,49$, в старшу групу контролю – 23 жінки у віці 41-60 років (середній вік $51,26 \pm 1,73$ року), ІМТ – $26,08 \pm 1,23$. Контрольна група молодшого віку дозволила оцінити гормонально-метаболическі показники з мінімізацією впливу ожиріння, частота якого збільшується з віком. Порівняння з контрольними групами 21-40 років і 41-60 років дозволило оцінити зміни гормонально-метаболических показників у віковому аспекті.

Діагноз «Цукровий діабет 2 типу» ставився на підставі критеріїв Всесвітньої організації охорони здоров'я (2015). Діагноз «бронхіальна астма» ставилося лікарем-пульмонологом на підставі рекомендацій GINA (2014 року). Всі хворі на ЦД на момент дослідження перебували на таблетованій цукрознижувальній терапії. У дослідження не включали пацієнтів з бронхіальною астмою (БА), які перебували на постійному лікуванні пероральними або інгаляційними глюкокортикостероїдами. У всіх обстежених визначалися антропометричні показники: зростання, маса тіла,

окружність талії (ОТ), окружність стегон (ОС) з подальшим розрахунком індексу маси тіла і співвідношення ОТ / ОС.

Для лабораторних досліджень проводився забір венозної крові з ліктьової вени в пробірки типу Vacutainer вранці натщесерце після 12-годинного голодування. Визначення глікемії в плазмі венозної крові проводилося глюкозооксидазним методом. Рівень імунореактивного інсуліну (ІРІ) досліджувався методом імуноферментного аналізу. Інсулінорезистентність оцінювалася за показником НОМА-ІР ($\text{ІРІ} \times \text{глікемія натще} / 22,5$). Рівень лептину, резистину і адипонектину в сироватці крові досліджувався методом імуноферментного аналізу. Показники ліпідного спектра крові (загальний холестерин, холестерин ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ), тригліцериди, холестерин ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ)) визначалися спектрофотометричним методом. Інтерлейкін 6 (ІЛ 6) і інтерлейкін 10 (ІЛ 10) визначали методом імуноферментного аналізу. Для обробки чисельного матеріалу використовувалися такі методи математичної статистики: t-критерій Стюдента рівності середніх (при невідомій дисперсії), однофакторний багатовимірний дисперсійний аналіз. Проводилась перевірка вибірки на нормальність, використовувався критерій згоди Колмогорова – Смирнова. Розраховувалися показники дескриптивної статистики: середнє арифметичне значення з середньою помилкою $M \pm m$, середнє відхилення середнього арифметичного значення (σ). При перевірці всіх гіпотез використовувався рівень значущості $p = 0,05$. Статистична обробка результатів проводилася за допомогою Microsoft Excel для Windows.

Результати дослідження та їх обговорення. При аналізі результатів антропометричного обстеження встановлено, що у жінок з бронхіальною астмою ($29,81 \pm 0,92$) ІМТ відповідав надлишковій масі тіла, у хворих з цукровим діабетом 2 типу ($33,70 \pm 0,96$) і при його поєднанні з бронхіальною астмою ($33,73 \pm 1,29$) були значення ІМТ, які свідчили про І ступень ожиріння. Перевищення у пацієток всіх трьох груп ОТ 80 см, а відносини ОТ / ОС більше 0,8 дозволяє діагностувати у них

вісцеральний тип ожиріння. Рівень глікемії був істотно підвищений ($p < 0,05$) у хворих з цукровим діабетом 2 типу і при його поєднанні з бронхіальною астмою. Підвищення концентрації глюкози відбувалося на тлі достовірного посилення інсулінорезистентності у пацієток всіх трьох груп відносно контролю. Інсулінорезистентність супроводжувалася компенсаторною гіперінсулінемією. У пацієток з ЦД 2 типу і при його поєднанні з БА показник НОМА-IR свідчить про наявність інсулінорезистентності. У групі хворих на бронхіальну астму індекс НОМА-IR достовірно перевищував контроль 21-40 років і 41-60 років і величину 2,77, що також дозволяє говорити про наявність резистентності до інсуліну у цих обстежених. Разом з тим ступінь інсулінорезистентності у хворих на бронхіальну астму в два рази нижче, ніж при ЦД2 і при його поєднанні з БА.

Підвищення змісту протизапального ІЛ 6 і протизапального ІЛ 10 свідчить про субклінічне запалення у хворих всіх трьох груп. Мабуть, це можна пояснити наявністю у обстежених ожиріння, яке супроводжується оксидативним стресом внаслідок токсичної дії проміжних продуктів метаболізму жирних кислот і проліферацією клітин макрофагального типу в жировій тканині. У групі хворих ЦД2 виявлена негативна кореляція ІЛ 6 з відношенням ОТ / ОС ($r = -0,392$; $p = 0,048$).

Жирова тканина є активним ендокринним органом [3], це місце синтезу значної кількості гормонів, до яких відноситься лептин, резистин, адипонектин і ін. [10]. Рівень лептину був достовірно вище ($p < 0,05$) у пацієток всіх трьох груп в порівнянні з молодшим та старшим контролем. Мабуть, це можна пояснити тим, що при ожирінні виникає компенсаторна резистентність гіпоталамуса до центральної дії лептину, що в подальшому за механізмом негативного зворотного зв'язку призводить до гіперлептинемії.

Рівень резистину був достовірно вище ($p < 0,05$) щодо старшого контролю в групі з БА, з поєднанням БА і ЦД2, а у жінок з ЦД2 спостерігалася тільки тенденція до підвищення цього гормону.

Порівняно з контролем 21-40 років у всіх групах обстежених пацієнток концентрація резистину достовірно не відзначалася.

У пацієнток з поєднанням ЦД2 і БА виявлено позитивну кореляцію рівнів резистину і інсуліну ($r = 0,461$; $p = 0,018$), резистину і НОМА ($r = 0,428$; $p = 0,029$). Мабуть, певну роль у розвитку інсулінорезистентності при поєднанні цих захворювань грає резистин.

Зміст адипонектину було достовірно знижено в порівнянні з молодшою контрольною групою у пацієнток з ЦД2, БА і їх поєднанням ($p < 0,05$). Зниження адипонектину щодо старшої контрольної групи було достовірно значущим тільки у обстежених жінок з поєднанням ЦД2 і БА ($p < 0,05$), в той час як у пацієнток тільки з ЦД2 і тільки з БА рівень цього адипокіну мав лише тенденцію до зниження ($p > 0,05$). Мінімальна концентрація адипонектину виявлена у пацієнток з ЦД2 і БА, яка була значимо нижче ($p < 0,05$), ніж при наявності тільки одного захворювання. Це, мабуть, може пояснити більш виражене підвищення ІЛ 6 при поєднаній патології.

Вміст вітаміну D3 у жінок у всіх групах було достовірно нижче ($p < 0,05$) в порівнянні з контролем 21-40 і 41-60 років і відповідало дефіциту цього вітаміну. У жінок з поєднанням ЦД2 і БА рівень вітаміну D3 був достовірно нижче в порівнянні з групою хворих ЦД2.

У хворих ЦД2 виявлена негативна кореляція вітаміну D3 і індексу НОМА-IR ($r = -0,441$; $p = 0,021$). Це дозволяє припустити вплив зниженою концентрації вітаміну D3 на розвиток інсулінорезистентності при ЦД2.

Висновки. У обстежених з ЦД2, БА і їх поєднанням виявлена виражена інсулінорезистентність, яка супроводжувалася компенсаторною гиперинсулинемией. У хворих з ЦД2, БА і їх поєднанням виявлена гіперлептинемія, гіперрезистинемія, гіпоадипонектинемія на тлі субклінічного запалення. Певну роль у розвитку резистентності до інсуліну у пацієнток з ЦД2 грає зниження концентрації вітаміну D3, а при поєднанні ЦД2 і БА – підвищення рівня резистину.

Використана література:

1. Kharroubi A.T., Darwish H.M. Diabetes mellitus: The epidemic of the century // World J. Diabetes. – 2015. – Vol. 25(6). – P. 850-867. doi:10.4239/wjd.v6.i6.850.
2. Pittas A., Nelson J., Mitri J. et al. Plasma 25-hydroxyvitamin D and progression to diabetes in patients at risk for diabetes: an ancillary analysis in the Diabetes Prevention Program // Diabetes Care. – 2012. – Vol. 35. – P. 565-573.
3. Holick M.F., Binkley N.C., Bischoff-Ferrari H.A. et al. Endocrine Society: Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2011. – Vol. 96. – P. 1911-1930.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКАМИ КАРДІАЛЬНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ, ПОРУШЕННЯМИ СЕРЦЕВОГО РИТМУ І РІВНЕМ УРОТЕНЗИНУ II У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ

ШКОЛОВИЙ В. В.

*кандидат медичних наук, асистент,
асистент кафедри внутрішніх хвороб 2
Запорізький державний медичний університет
м. Запоріжжя, Україна*

За даними офіційної статистики Міністерства охорони здоров'я, в Україні зареєстровано понад 12,5 млн. хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), що складає 32,2% дорослого населення країни [1, с. 261].

Уротензин II (УТ II) є одним з найпотужніших вазоконстрикторів, відомих на даний час. Цей пептид чинить широкий спектр кардіоваскулярних ефектів, включаючи ріст ендотелія і клітин гладкої мускулатури судин, проліферацію