

*ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №1*



*ЗБІРНИК ТЕЗ
за матеріалами
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО- ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ,
ПРИСВЯЧЕНОЇ ПАМ'ЯТІ АКАДЕМІКА Л.Т. МАЛОЇ,
ІЗ НАГОДИ 105-РІЧНИЦІ З ДНЯ НАРОДЖЕННЯ*

16 СІЧНЯ 2024

ХАРКІВ 2024

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №1

ЗБІРНИК ТЕЗ

за матеріалами

**ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ, ПРИСВЯЧЕНОЇ ПАМ'ЯТІ
АКАДЕМІКА Л.Т. МАЛОЇ, ІЗ НАГОДИ 105-РІЧНИЦІ З ДНЯ
НАРОДЖЕННЯ**

16 січня 2024

ХАРКІВ 2024

Відповідальний редактор: Железнякова Н.М.

Редакційна колегія: Молодан В.І., Просоленко К.О., Візір М.О.

Відповідальний секретар: Тверезовська І.І.

«Всеукраїнська науково-практична конференція студентів, присвячена пам'яті академіка Л.Т. Малої, із нагоди 105-річниці з дня народження/ збірник тез, Харків ХНМУ, 2024. – 65 с.

До збірника включено тези студентів та молодих вчених.

Надіслані до Оргкомітету матеріали публікуються без редакторської та коректорської правки, відповідальність за їх зміст несуть автори.

3MICT/CONTENT	
CLINICAL CASE OF DUAL LEFT ANTERIOR DESCENDING ARTERY <i>Awad A., Aleksandrova T.</i>	7
IMPROVEMENT OF TREATMENT METHODS FOR FABRY'S DISEASE IN THE CONTEXT OF CLINICAL CASE <i>Bakir Mohd Basel, Aleksandrova T.</i>	8
PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS AS THE PART OF HEPATIC AUTOIMMUNE OVERLAP SYNDROME. PREVALENCE AND DIAGNOSTIC APPROACH <i>El Hdi Mariam, Prosolenko K.O.</i>	9
DUNBAR SYNDROME <i>Elakuri Laila, Prosolenko K.O.</i>	11
COMPARATIVE ANALYSIS OF SPIRONOLACTONE AND EPLERENONE: SIDE EFFECTS AND HYPERKALEMIA RISK <i>Essakhi N., Vizir M.O.</i>	12
STOMACH POLYPS AND RELATED PATHOLOGY <i>E.Yu. Frolova-Romaniuk, A.O. Oliinyk, El khabbazi Mohamed</i>	13
FEATURES OF THE COURSE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN THE ELDERLY BACKGROUND HYPERTENSION DISEASE <i>E.Yu. Frolova-Romaniuk, A.O. Oliinyk, El Khabbazi Mohamed</i>	15
OPPORTUNITIES FOR EARLY DIAGNOSIS OF CHOLELITHIASIS IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE <i>E.Yu. Frolova-Romaniuk, A.O. Oliinyk, Om el Baine el Masri</i>	16
INCIDENCE OF DIARRHEA AFTER CHOLECYSTECTOMY <i>E.Yu. Frolova-Romaniuk, Om el Baine el Masri</i>	17
CROHN'S DISEASE: DIAGNOSTIC DIFFICULTIES <i>E.Yu. Frolova-Romaniuk, Hiba Tlkabtane</i>	17
DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE <i>Igoche Praise., Alexandrova T.</i>	19
COMPARATIVE EFFICACY OF PRAVASTATIN IN DYSLIPIDEMIA: A QUANTITATIVE ANALYSIS <i>Kazi N.A., Vizir M.O.</i>	21
CLINICAL CASE OF INFECTIOUS ENDOCARDITIS WITH EMBOLIC COMPLICATIONS <i>Khaled A., Aleksandrova T.</i>	22
FLATULENCE SYNDROME <i>Naji Hakima, Prosolenko K.O.</i>	24
THE CLINICAL SIGNIFICANCE	25

OF VENTRICULAR EXTRASYSTOLE GRADING <i>Oyewo P.E., Vizir M.O.</i>	
CHRONIC ABDOMINAL WALL PAIN <i>Rai Rachit, Prosolenko K.O.</i>	27
CERULOPLASMIN LEVELS IN LIVER CIRRHOSIS: PROGNOSTIC SIGNIFICANCE AND CLINICAL IMPLICATIONS <i>Salov D.V., Vizir M.O.</i>	28
EMPAGLIFLOZIN IN METABOLIC DYSFUNCTION-ASSOCIATED STEATOTIC LIVER DISEASE AND ASSOCIATED CONDITIONS <i>Shokr Hassan, Prosolenko K.O.</i>	30
FREQUENCY AND MANAGEMENT OF VEGETATIVE DISORDERS IN CARDIOLOGICAL PATIENTS <i>Yemelianenko Y.O., Vizir M.O.</i>	32
АСПІРИН ЯК ЗАСІБ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ <i>Балюк Д.С., Гонцій О.В.</i>	34
НЕСТЕРОЇДНІ ПРОТИЗАПАЛЬНІ ЗАСОБИ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З СУГЛОБОВИМ СИНДРОМОМ <i>Безкишкий В.П., Дурнев К.О., Підпалій А.О., Панченко Г.Ю.</i>	36
МЕТАБОЛІЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ <i>Веснін М.В. Прокопенко С.А., Гавриленко С.Д., Панченко Г.Ю.</i>	38
ВВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ МЕНТАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ У ЗАГАЛЬНОТЕРАПЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ <i>Гасанова Н. Б. Кізі, Гасанова Г. Б. Кізі, Драко Я. О., Лемехова А.С., Панченко Г. Ю</i>	39
ТРАДИЦІЇ КОЗАЦЬКОЇ МЕДИЦИНИ. <i>Гасанова Н.Б.Кизи, Гасанова Г.Б.Кизи, Драко Я.О., Лемехова А.С., Панченко Г.Ю.</i>	41
МІОКАРДІАЛЬНИЙ ІНФАРКТ З НЕОБСТРУКТИВНИМИ КОРОНАРНИМИ АРТЕРІЯМИ <i>Зрібняк Д.Д., Ціватий І.А., Тверезовська І.І.</i>	43
СИНДРОМ БРУГАДА ЯК «МАСКА» ІШЕМІЇ МІОКАРДА <i>Качалова Е.Ю., Фетісов Р.В., Тверезовська. І.І.</i>	45
ГІПЕРТРОФІЧНА КАРДІОМІОПАТІЯ: ПАТОГЕНЕЗ, ГЕНЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ТА СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ <i>Ніколаєнко К.О., Александрова Т.М.</i>	47

ЗВ'ЯЗОК КЕТОГЕННОЇ ДІЄТИ ТА МІКРОБІОТИ КИШКІВНИКА <i>Прохоренкова З.О., Тверезовська І.І.</i>	49
ІНТЕРВЕНЦІЙНА КАРДІОЛОГІЯ ЯК ВАЖЛИВА ГАЛУЗЬ У МЕДИЦИНІ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ <i>Світлична К.О., Гопцій О.В.</i>	53
СИНДРОМ БРУГАДА – ОДНА З ПРИЧИН РАПТОВОЇ СМЕРТІ <i>Темнохуд М.М., Гопцій О.В.</i>	55
ІНФАРКТ МІОКАРДУ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ <i>Титаренко М.В.</i>	56
ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ОСІБ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ <i>Чала Т.Ю., Василенко М.Ю., Кобзар Є.С., Панченко Г.Ю.</i>	58
СПОЖИВАННЯ СОЛОДКИХ НАПОЇВ І ВИПАДКИ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК <i>Явтушенко А.Є., Яценко В.О., Тверезовська І.І.</i>	60
СИНДРОМ ЛЕВА-ЛЕНЕГРА <i>Ярмішко К.І., Видря К.Ю., Тверезовська І.І.</i>	62

CLINICAL CASE OF DUAL LEFT ANTERIOR DESCENDING ARTERY

Awad A., Aleksandrova T.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Background: A single coronary artery (SCA) is a rare anomaly where the entire coronary tree originates as a single trunk from the ascending aorta. Dual left anterior descending (LAD) artery, a specific variation of this anomaly, involves the presence of two LAD arteries. This condition was first described by Spindola-Franco et al in 1983, with a reported prevalence of 1% based on conventional coronary angiography and up to 4% based on computerized tomographic (CT) angiography data.

Aim of the study: This case report aims to present a unique case of dual LAD artery anomaly, emphasizing the clinical presentation, diagnostic approach, and decision-making in the management of this rare condition.

Material and methods: A 42-year-old male with no cardiovascular morbidities presented to the emergency department with acute chest pain. The 12-lead electrocardiogram (ECG) showed ST segment depression, and high-sensitive cardiac troponin I (hs-cTnI) was slightly positive. Despite normal vital signs and unremarkable physical examination, the patient was categorized as a non-ST elevation acute coronary syndrome case.

Results: Coronary angiography through the right femoral artery unexpectedly revealed a single coronary artery branching from the right coronary sinus (RCS). The left coronary system originated separately from the RCS, demonstrating a small left circumflex artery and two left anterior descending arteries with no obstructive disease. Transthoracic echocardiography delineated the benign course of the first proximal LAD artery but revealed a malignant course distally, running between the aorta and the right ventricular outflow tract. Following a heart team assessment, the patient was counseled for coronary artery bypass graft (CABG) surgery with reimplantation of the anomalous coronaries.

However, she opted for conservative management with dual antiplatelet agents, beta-blockers, and statins, followed by lifelong aspirin therapy. Follow-Up: over the subsequent 18 months of frequent follow-up visits, the patient remained well with no angina or effort intolerance.

Conclusion: Dual LAD artery anomaly is a rare coronary variation with unique clinical and anatomical features. This case highlights the challenges in diagnosis and treatment decisions and underscores the importance of tailored management based on individual patient preferences.

IMPROVEMENT OF TREATMENT METHODS FOR FABRY'S DISEASE IN THE CONTEXT OF CLINICAL CASE

Bakir Mohd Basel, Aleksandrova T.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Background. Fabry's disease (FD) is a pan-ethnic, X-linked lysosomal storage disorder caused by pathogenic variants in the α -galactosidase A (α -Gal A) gene that results in reduced α -Gal A enzyme activity. The incidence of FD in the general population is estimated to be 1:117,000. Considering the high prevalence and threatening cardiac consequences of FD, the search for effective methods for treating this pathology is extremely relevant.

The aim of the study was to study the effectiveness of enzyme replacement therapy (ERT) in reducing and clearing glycosphingolipid accumulation with subsequent improvement in cardiac function in the context of clinical cases.

Materials and methods: A 51-year-old man with no history of arterial hypertension presenting with sudden palpitations. His medical journey unveils polyneuropathy and hearing loss in the left ear at age 30, and a subsequent diagnosis of FD. Upon admission, vital signs indicated a blood pressure of 156/92 mmHg and a rapid pulse rate of 146 bpm.

Results: An initial ECG revealed reentrant paroxysmal supraventricular tachycardia, treated with intravenous verapamil. Transthoracic echocardiography

exposed severe concentric LVH without obstruction, mimicking non-obstructive HCM. Diagnosed as FD, confirmed by low plasma α -Gal A activity and a specific gene mutation, the patient commenced outpatient enzyme replacement therapy with Fabrazyme.

Conclusion. IE is a serious disease that can lead to a large number of embolic complications, so the general practitioner should be focused on timely detection of this pathology with subsequent treatment in cardiac surgery.

PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS AS THE PART OF HEPATIC AUTOIMMUNE OVERLAP SYNDROME. PREVALENCE AND DIAGNOSTIC APPROACH

El Hdi Mariam, Prosolenko K.O.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Primary sclerosing cholangitis (PSC) is a chronic progressive disorder of unknown etiology that is characterized by inflammation, fibrosis, and stricturing of medium and large ducts in the intrahepatic and/or extrahepatic biliary tree. The term "autoimmune sclerosing cholangitis" is a synonym. PSC is often associated with inflammatory bowel diseases (IBD), which is clinically manifested in 50-80% of patients with PSC, more commonly observed in Northern Europe and the USA. Patients with IBD may also exhibit PSC-like changes on magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) without concomitant abnormalities in liver function tests. The prevalence and incidence of PSC in Northern Europe is estimated to be approximately 1 in 10,000 and 1 in 100,000 per year, respectively; in Southern Europe, rates are probably about 10 times lower. An important feature of PSC is a significant increase in the risk of cholangiocarcinoma and colorectal cancer.

Good prognostic factors of PSC: younger age at diagnosis, female gender, diseases of small ducts, crohn's disease (as opposed to ulcerative colitis). Poor prognostic factors: significant intra- and/or extrahepatic duct damage, synthetic

liver dysfunction or portal hypertension, severe parenchymal fibrosis or liver cirrhosis, jaundice.

Hepatic autoimmune overlap-syndrome is characterized by the manifestation of signs of two different autoimmune liver diseases in the same patient, which most likely have a common genesis. Autoimmune hepatitis (AIH), as the most common component of mixed autoimmune liver diseases, has two main phenotype variants, in which the manifestations of the classic disease are mixed with symptoms of primary biliary cholangitis (PBC) or PSC.

AIH+PSC overlap characteristics include clinical, biochemical, and histological features of AIH and cholangiographic features characteristic of PSC.

Retrospective diagnosis of AIH+PSC overlap according to modern diagnostic criteria established its presence in 1.4-17% of patients. Children and adolescents with AIH+PSC overlap were more likely to suffer from IBD and were more likely to be positive for serum p-ANCA than those with AIH alone.

Patients with AIH and cholestatic laboratory histological signs of damage to the biliary tract and combined ulcerative colitis are recommended to be screened for PSC using cholangiography to rule out the combined syndrome of AIH and PSC.

Serum transaminases are usually higher in AIH, but cholestasis labs may be normal in PSC/AIH overlap syndrome.

A combination of PSC and PBC is much rare mostly found in children, adolescents and young adults. In these patients positive anti-mitochondrial M2 antibody (AMA-M2) and cholangiographic features characteristic of PSC will be detected.

Summarizing, PSC is an infrequent component of hepatic autoimmune overlap-syndrome and requires a separate diagnostic approach.

DUNBAR SYNDROME

Elakuri Laila, Prosolenko K.O.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Median arcuate ligament syndrome (Dunbar syndrome) - a disease caused by extra-vascular compression of the celiac trunk of the abdominal aorta by the median arcuate ligament of the diaphragm, crura of the diaphragm, or neurofibrous tissue of the celiac plexus. It is one of the main causes of abdominal ischemic disease, caused by impaired blood supply to the digestive organs. In some cases it is asymptomatic.

The etiology of celiac trunk compression syndrome (CTCS) is still the subject of debate. The formation of the CTCS is potentiated by two anatomical situations: an abnormally high (cranial) origin of the SS from the abdominal aorta and an abnormally low fixation of the diaphragm. This pathology over time leads to the development of abdominal ischemia, as a result of which the stomach, liver, duodenum, and spleen are subject to constant oxygen starvation due to deteriorated blood supply.

Due to the low prevalence of the disease, the nonspecific nature of the symptoms that arise, and the low awareness of doctors about this pathology, patients with Dunbar syndrome undergo long-term (several months and sometimes even years) treatment in gastroenterological clinics for various diseases that mask Dunbar syndrome. An unfavorable result of late diagnosis of extravascular compression syndrome is the formation of severe, often irreversible, dystrophic changes in the gastrointestinal tract, as well as the development of varying degrees of neurotic conditions associated with prolonged pain syndrome.

MALS is a diagnosis of exclusion as celiac artery compression is nonspecific, and its clinical presentation is similar to other entities. Initial evaluation should include a traditional workup for abdominal pain, including esophagogastroduodenoscopy, right upper quadrant ultrasound, and CT abdomen and pelvis. Clinical presentation typically include postprandial epigastric pain (up

to 90% of patients), weight loss, nausea, vomiting, diarrhea, and an abdominal bruit that intensifies on deep expiration. Abdominal pain is often initially mild and progressively worsens over weeks to months.

If the disease is asymptomatic, observational tactics are possible. The only effective method of treatment for Dunbar syndrome is surgery, which can be performed using various techniques: decompression method: removal of structures compressing the celiac trunk; using endovascular surgery, when the celiac trunk is expanded using a dilator or stent.

Decompression surgery can be performed openly - through a 10-15 cm incision on the anterior abdominal wall, or using laparoscopy.

COMPARATIVE ANALYSIS OF SPIRONOLACTONE AND EPLERENONE: SIDE EFFECTS AND HYPERKALEMIA RISK

Essakhi N., Vizir M.O.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Hyperkalemia and side effects of aldosterone antagonists, such as spironolactone and eplerenone, are subjects of active investigation. However, there are limitations in comparing their safety and tolerability, necessitating further research.

Purpose: The purpose of this study is to compare the side effects of spironolactone and eplerenone and determine the risk of hyperkalemia associated with their use.

Materials and methods. This retrospective clinical study included literature analysis and meta-analyses of clinical studies conducted from 2000 to 2020. Keywords such as "spironolactone," "eplerenone," "side effects," and "hyperkalemia" were used for database searches in PubMed, MEDLINE, and Cochrane, with data considered reliable at a significance level of $p < 0.05$.

Results. Analysis of the studies showed that spironolactone more frequently induces side effects compared to eplerenone. Specifically, in studies of

spironolactone, a higher incidence of gynecomastia in men was observed compared to control groups receiving eplerenone or placebo. For instance, in the group of patients receiving spironolactone, the frequency of gynecomastia was 10%, compared to 3% in the group receiving eplerenone.

It was also found that patients receiving spironolactone more often reported sexual dysfunction compared to those receiving eplerenone. In the group receiving spironolactone, approximately 15% of patients reported sexual dysfunction, compared to 5% in the group receiving eplerenone.

The most significant finding was the higher risk of hyperkalemia associated with spironolactone compared to eplerenone. Studies showed that patients receiving spironolactone had a significantly higher likelihood of developing hyperkalemia (approximately 8% compared to 2% in the group receiving eplerenone).

Conclusions. Scientific data confirm that eplerenone may be a safer alternative to spironolactone in terms of side effects, such as gynecomastia and sexual dysfunction, as well as a lower risk of hyperkalemia. This underscores the importance of considering individual patient characteristics and justifying the choice of medication for optimal management of heart failure and other conditions requiring aldosterone antagonist therapy.

STOMACH POLYPS AND RELATED PATHOLOGY

E.Yu. Frolova-Romaniuk, A.O. Oliinyk, El khabbazi Mohamed

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Target. Clarify the frequency and variety of accompanying gastroenterological pathology in patients with polyps stomach.

Materials and methods. 102 patients were examined: 18 men and 84 women, median age 65 years. Diagnosis verified by histological examination polyp removed by endoscopic electroexcision. 59 hyperplastic and 43

adenomatous gastric polyps (APG) were identified. Data were compared about other diseases of the gastrointestinal tract with different types of stomach polyps.

Results. Heartburn was noted by 18 (29.5%) patients with hyperplastic gastric polyps (GPG) and 13 (31.7%) patients with PDA. During esophagogastroduodenoscopy, phenomena superficial reflux esophagitis was found in 18 (29.5%) patients with RPG and 9 (22.0%) patients with PRA, corresponding frequency of registration of erosive reflux esophagitis accounted for 3 (5%) and 1 (2.4%) cases. Signs of erosive gastritis were found in 5 (8.2%) patients with GPG and 6 (14.6%) patients with PDA, while the frequency of detection of endoscopic signs of atrophic gastritis was 49 (80.3%) and 25 (60.9%; $p\chi^2 < 0.05$) cases, respectively Polyps esophagus were detected in 19 (31.1%) patients with prostate cancer and 9 (22.0%) with PDA, duodenal polyps, respectively in 8 (13.1%) and 8 (19.5%) patients, colon polyps –in 13 (21.3%) and 18 (43.9%) patients, and gallbladder polyps – in 21 (34.4%) and 6 (14.6%) patients with BPH and PDA respectively. History of gallbladder pathology was detected in 38 (62.3%) patients with prostate cancer and 24 (58.5%) patients with prostate cancer, while in 12 (19.7%) and 9 (21.9%) patients accordingly, at the time of their inclusion in the study already underwent cholecystectomy.

Conclusion. With gastric polyps, the phenomenon of erosive esophagitis or gastritis are relatively rare in contrast from endoscopic signs of atrophic gastritis, especially with hyperplastic polyps. Noteworthy attention high frequency of association of gastric polyps with polyps of other localization within the gastrointestinal tract, as well as with gallbladder pathology.

FEATURES OF THE COURSE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN THE ELDERLY BACKGROUND HYPERTENSION DISEASE

E.Yu. Frolova-Romaniuk, A.O. Oliinyk, El Khabbazi Mohamed

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Introduction. Relevance of the problem of gastroesophageal reflux disease (GERD) is determined by the high prevalence of the disease with a constant trend to growth, high frequency of comorbidity with hypertension disease (HD), especially in the elderly. Anatomical and physiological changes are formed that contribute to an increase in the frequency of GERD and its severity. The elderly are characterized by an asymptomatic and complicated course of the disease, often combined with hypertension, since these two diseases have many risk factors and mutually aggravate each other.

Target. To study the features of the course of GERD in patients HD elderly.

Materials and methods. Two groups of patients of 24 people each with a verified diagnosis of hypertension were examined. The first group is elderly and the 2nd group is comparison, middle-aged. Average age of participants 1st group 52.5±4.9 years, 2nd – 69.4±4.04 years. Diagnosis of GERD verified using the GerdQ questionnaire and endoscopy. A developed questionnaire was used to detect clinical manifestations of GERD. A comparative analysis of the main indicators was carried out using χ^2 criteria.

Results. Classic symptoms of GERD such as heartburn, occurred in 66.6% in group 1 and 83.3% in group comparison, regurgitation – in 41 and 20.8%, belching – in 45 and 87.5% of cases, respectively. Extraesophageal manifestations such as discomfort and chest pain, identified in the elderly group in 75.3 and 37.5% in the comparison group ($p<0.05$); disorders sleep in the form of insomnia and night awakening – 64.3 and 33.2% ($p<0.001$); chronic cough – 23.6 and

18.3% ($p < 0.001$), hoarseness and sore throat – 13.5 and 3.1% ($p < 0.05$); sputum and feeling of a “lump” in the throat – 10.3 and 8.4% ($p < 0.05$).

Conclusion. Thus, in elderly people the typical clinical picture of GERD changes. More often there were manifestations of the “cardiac” mask of GERD in the form of pain and discomfort in the chest. In 2nd place it was revealed sleep disorder, on the 3rd – signs of damage to the ENT organs.

OPPORTUNITIES FOR EARLY DIAGNOSIS OF CHOLELITHIASIS IN PATIENTS WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE

E.Yu. Frolova-Romaniuk, A.O. Oliinyk, Om el Baine el Masri

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Target. Assessment of cholesterol and bile acids in bile, spectrum of bile acids in bile and blood serum in patients with non-alcoholic fatty disease liver (NAFLD) at the stage of steatosis.

Materials and methods. 36 patients were examined NAFLD at the stage of steatosis at the age of 48 to 67 years. At examination of patients, along with general clinical data, a number of modern laboratory and instrumental studies were used, including multifraction duodenal intubation, determination of bile cholesterol levels and the total amount of bile acids (BA) by spectrophotometric method, determination of FA spectra in blood serum and bile. Results. When conducting a biochemical study of bile, an increase in cholesterol content was noted, decrease in the amount of FA and cholate-cholesterol ratio. Using the mass spectrometry method, a decrease in the content of free (cholic and chenodeoxycholic), an increase in conjugated (ursodeoxycholic, glycodeoxycholic, glycocholic, taurodeoxycholic, taurocholic) and deconjugated (deoxycholic) FA in bile. When studying the content of FAs in blood serum, their decrease was noted (1.38 ± 0.62 mg/ml) compared to control (2.23 ± 0.76 mg/ml). A decrease in the spectra of chenodeoxycholic acid, deoxycholic and

glycodeoxycholic acids and increased ursodeoxycholic, glycocholic, taurocholic and taurodeoxycholic FAs.

Conclusion. A decrease in the cholate-cholesterol ratio in bile indicates the presence of cholelithiasis at an early biochemical stage in patients with NAFLD at the steatosis stage. The mass spectrometry method suggests that pre-stone stages of cholelithiasis in patients with non-alcoholic steatosis changes in the spectrum of FAs in bile and serum are determined blood.

INCIDENCE OF DIARRHEA AFTER CHOLECYSTECTOMY

E.Yu. Frolova-Romaniuk, Om el Baine el Masri

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Introduction. It is known that disruption of enterohepatic circulation of bile acids after cholecystectomy manifests itself with the development of type 3 hologenic diarrhea. However this type of diarrhea is not fully reflected in modern classifications. Mechanisms and frequency of occurrence of this diarrhea at present not fully studied In accordance with the inclusion criteria, 150 patients were selected, whose age was 53 (43; 60) years. Among the respondents were predominantly women (86.6%) During the analysis medical documentation established that in the vast majority of cases (95.3%) the reason for planned cholecystectomy was cholelithiasis, in isolated cases - in 7 (4.7%) patients, surgical treatment was performed due to biliary polyposis bubble.

Results. As a result of the survey, using a developed questionnaire, the majority of patients - 118 (78.7%) had no complaints about bowel movements, 32 (21.3%) the presence of diarrhea syndrome was established. Among the majority of patients – 26 (17.3%) complained of diarrhea arose for the first time after surgical treatment, and only in 6 (4%) diarrhea syndrome was present previously.

Conclusion. Thus, in 17.3% of patients, diarrhea syndrome occurred after cholecystectomy, which may indicate a connection with diarrhea syndrome with surgery. Pathogenesis of chronic diarrhea associated with excessive intake of bile

acids into the colon, complex, multifactorial, continues to be the subject of study by many scientists

CROHN'S DISEASE: DIAGNOSTIC DIFFICULTIES

E.Yu. Frolova-Romaniuk, Hiba Tlkabtane

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Crohn's disease (CD) is characterized by the development of segmental inflammation of the gastrointestinal tract with the occurrence of local and systemic complications.

Target. Clinical demonstration of the difficulties in diagnosing abdominal complications of CD and optimization of the algorithm for their identification.

A 19-year-old patient was hospitalized at the clinic on January 15, 2020. Urgently with a diagnosis of “acute appendicitis?” Complaints of abdominal pain, nausea. With ultrasonic examination (ultrasound) - infiltration of the right iliac areas. Pain syndrome, increasing leukocytosis, hyperthermia did not allow us to exclude acute appendicitis, Diagnostic laparoscopy was performed. In the right iliac region there is an infiltrate without signs of abscess formation. Attempts to separate the infiltrate are unsuccessful, conversion completed Isolate the appendix from the infiltrate was not possible. Antibacterial prescribed therapy. After a short-term improvement. Leukocytosis, hyperthermia, and abdominal pain began to increase. Ultrasound shows signs of an abdominal abscess. 01/27/2020 An abdominal abscess was opened. Patient's condition – with positive dynamics, but after 14 days it developed acute small intestinal obstruction. Conservative activities are ineffective. Multislice computed tomography (MSCT) shows significant thickening walls of the terminal ileum with narrowing of the lumen. 02/11/2020 – laparotomy. During surgery: the cecum and appendix are unchanged, significant narrowing of the terminal ileum over 12 cm. Resection of the ileocecal angle with ileoascendoanastomosis. The diagnosis of CD was confirmed by histological examination of the surgical material. Laparotomy the

wound healed by secondary intention. Patient discharged in satisfactory condition.

Conclusion. The onset of the disease under the guise of acute appendicitis did not allow a timely diagnosis. For the purpose of timely diagnosis and optimization therapy for such patients, a comprehensive examination is recommended (MSCT of the abdominal organs, colonoscopy, MRI). Treatment of patients with CD should be carried out together gastroenterologists and surgeons.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Igoche Praise., Alexandrova T.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Background. The largest number of patients with inflammatory bowel diseases (IBD) refers to the able-bodied population (age 20-40 years). Although the number of cases is on average less than 0.1% of the population, this entails temporary disability, economic losses and a deterioration in the quality of life. In this regard, there is a need for timely and correct diagnosis, differentiation between these diseases in order to prescribe the necessary treatment and prevent possible complications.

The aim of the study was to analyze the clinical diagnostic criteria for the differential diagnosis of Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC).

Materials and methods: The study was conducted by using scientific medical Internet sources (PubMed, The Cochrane Database of Systematic Reviews).

Results: The differentiation of CD and UC begins with the history-taking stage. They are clinically quite similar, but there are certain differences: diarrhea is characteristic of both diseases, but blood impurities and rectal bleeding are more common in UC. Abdominal pain is more pronounced in CD (can simulate an acute

abdomen). The temperature varies from normal to hectic in both cases, depending on the severity. At the stage of objective examination and laboratory studies, attention should be paid to the possible palpation of the inflammatory conglomerate characteristic of CD; the presence of proctitis, since its absence excludes the diagnosis of UC, but the presence of perianal changes is observed in 50-80% of cases of CD (versus 5-18% in UC). Involvement of other sections of the gastrointestinal tract accurately indicates BC, especially the form of terminal ileitis. Complications of these diseases, such as strictures and fistulas, narrowing of the intestine, are much more common in CD, as well as deep ulcerative defects. However, pseudo-polyps (13-15%) and megacolon toxicum (3-4%) are more often found in UC. Malignancy is observed in almost 20% of cases of UC, and much less often of cases of CD. However, relapses after a colectomy are completely absent in UC. Histologically, it is not always possible to distinguish UC and CD. It should be noted that 60% of cases of noncaseating granulomas from epithelioid cells, giant multinucleated cells such as Pirogov-Langhans and lymphocytes are found. Antibodies against perinuclear granulocyte antigen - pANCA - in 60% of cases are detected in UC and in 10% - in CD, antibodies against *Saccharomyces cerevisiae* - ASCA - on the contrary, in 60% in CD (especially in the presence of both IgA and IgG classes) and 10% - with UC.

Conclusion. Differential diagnosis of IBD is a rather difficult task, since none of the methods gives a 100% reliable diagnosis, however, with the right approach and a comprehensive assessment of the results of the analyzes, it is possible to rationally manage such patients and reduce the risks of various complications and induce prolonged remission.

COMPARATIVE EFFICACY OF PRAVASTATIN IN DYSLIPIDEMIA: A QUANTITATIVE ANALYSIS

Kazi N.A., Vizir M.O.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

In today's world, cardiovascular diseases represent one of the leading causes of mortality globally, with elevated levels of cholesterol and triglycerides in the blood being key risk factors for their development. Statins, such as pravastatin, atorvastatin, rosuvastatin, and simvastatin, are widely utilized for lowering cholesterol and triglyceride levels, yet the question of their comparative effectiveness remains pertinent.

Purpose: To systematically compare the efficacy of different statins, particularly pravastatin, in reducing cholesterol and triglyceride levels, as well as to identify potential differences among them in this context.

Materials and methods. A meta-analysis of international clinical trial findings on dyslipidemia diagnostics and treatment approaches was conducted. PubMed, EMBASE, and the Cochrane Library databases were utilized for the analytical review, with data considered reliable at a significance level of $p < 0.05$.

Results. In comparing the effectiveness of pravastatin and atorvastatin, meta-analysis data indicate that pravastatin is capable of reducing total cholesterol levels by an average of 28-34%, whereas atorvastatin achieves reductions of 29-35%. Regarding the reduction of LDL cholesterol levels, pravastatin and atorvastatin decrease them by an average of 33-41% and 38-47%, respectively.

In a randomized controlled trial comparing efficacy with rosuvastatin, pravastatin lowers total cholesterol levels by an average of 25-32%, while rosuvastatin achieves reductions of 39-45%. Concerning the reduction of LDL cholesterol levels, pravastatin decreases them by an average of 31-36%, whereas rosuvastatin achieves reductions of 44-50%. Rosuvastatin and pravastatin exhibit similar effects on atherosclerotic plaque kinetics, with reductions averaging 20-25% and 18-23%, respectively.

Comparative research with simvastatin indicates that both pravastatin and simvastatin are capable of reducing total cholesterol levels by an average of 25-32% and 28-35%, respectively. In terms of LDL cholesterol reduction, pravastatin and simvastatin achieve reductions averaging 30-35% and 32-39%, respectively.

Regarding atorvastatin, meta-analysis demonstrates that atorvastatin and pravastatin exhibit similar efficacy in reducing total cholesterol and LDL cholesterol levels, with reductions ranging between 30-35% and 33-38%, respectively.

Studies assessing triglyceride levels indicate that pravastatin reduces this parameter by an average of 10-20%, whereas atorvastatin achieves reductions of 20-30%, rosuvastatin - 20-40%, and simvastatin - 10-25%.

Conclusions. These quantitative data allow for a better assessment of the effectiveness of each medication and facilitate informed decision-making based on the needs of the patient and the characteristics of the disease. Overall, the analysis of studies provides grounds to consider that while the effectiveness of various statins may differ, they may all be effective in lowering cholesterol and triglyceride levels, which are crucial elements in the prevention of cardiovascular diseases. However, further research may be beneficial for a more detailed understanding of the disparities in effectiveness and safety among different statins.

CLINICAL CASE OF INFECTIOUS ENDOCARDITIS WITH EMBOLIC COMPLICATIONS

Khaled A., Aleksandrova T.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Background. Infectious endocarditis (IE) is an inflammatory damage of valve structures and the parietal endocardium with subsequent damage to many organs and systems. The problem of IE occupies an important place in modern clinical practice. Diagnosis of IE remains a difficult task for practicing physicians, which is largely due to the atypical course of IE under various “masks”.

The aim of the study was to study the polymorphism of clinical manifestations of IE, possible complications, diagnosis and treatment of this disease.

Materials and methods: A 65-year-old patient was admitted to the therapeutic department with complaints of general weakness, shortness of breath at rest, a feeling of chills, and weight loss of up to 8 kg over 5 months. He was examined. Based on clinical blood test data (leukocytosis, increased erythrocyte sedimentation rate), echocardiogram (vegetation of the aortic valve, stage 1 aortic valve insufficiency), physical data (new systolic murmur over all points of auscultation), a diagnosis was made: Primary infective endocarditis of the aortic valve unspecified etiology, active phase, moderate aortic insufficiency, heart failure II A stage with preserved left ventricular systolic function, NYHA II.

Results: The CT examination revealed defects in the parenchyma of the right kidney, on the basis of which the diagnosis “Cancer of the right kidney“ was suspected. The patient was sent to the oncology center, where, after a biopsy, the diagnosis of cancer of the right kidney was removed. Upon re-hospitalization, the patient was delivered by an ambulance team in serious condition. A diagnosis was made: Acute Q-positive myocardial infarction of the posterior wall. Cardiogenic shock. Heart failure III stage (according to Killip). After ineffective resuscitation measures, biological death was declared. Pathological diagnosis: The immediate cause of death was myocardial infarction with myomalacia of the posterior wall of the left ventricle. The cause of damage to the right kidney is renal infarction due to embolism of the right renal artery with a fragment of aortic valve vegetation.

Conclusion. Thus, IE is a serious disease that can lead to a large number of embolic complications, so the general practitioner should be focused on timely detection of this pathology with subsequent treatment in cardiac surgery.

FLATULENCE SYNDROME

Naji Hakima, Prosolenko K.O.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Flatulence is bloating as a result of the accumulation of gases in the digestive tract due to their increased formation or insufficient removal from the body. Flatulence is one of the earliest symptoms of dyspepsia, which can occur in the first days after birth. Gas is present in the intestines due to: swallowing air (aerophagia), gas formation in the intestinal lumen, diffusion of gas from the blood.

Depending on the reasons leading to the development of excess gas formation, the following types of flatulence are distinguished.

Alimentary flatulence occurs when eating carbonated drinks, beer, beans and fatty meat. The process of assimilation of these products is accompanied by increased gas formation.

Digestive flatulence occurs due to enzyme deficiency of the pancreas and disruption of absorption processes, resulting in the development of malabsorption syndrome.

Dysbiotic flatulence occurs due to a disturbance in the composition of the microbiota in the intestine.

Mechanical flatulence occurs due to a violation of the evacuation function of the intestine. This is facilitated by adhesions and tumors, leading to disruption of passage through the small and large intestines.

Dynamic flatulence occurs due to a violation of the motor function of the gastrointestinal tract. In this case, there may not be increased gas formation, but the passage of gas through the intestines is reduced. Dynamic flatulence occurs with peritonitis, after vagotomy, with intestinal paresis in the postoperative period. Nervous stress can lead to spasm of smooth muscles and slower peristalsis.

Circulatory flatulence develops as a result of circulatory disorders due to abdominal ischemic syndrome. For example, in chronic heart failure, circulatory

disorders occur in the intestinal wall. Due to hypoxia of intestinal tissue, there is a decrease in the number of bifidobacteria and lactobacilli in the parietal layer, disruption of the integrity of the epithelial layer of the intestine, disruption of absorption processes, increased putrefactive processes and increased gas formation.

The treatment of flatulence is based on several principles. The main one is to eliminate, if possible, the causes of increased gas formation: diet correction, restoration of intestinal microbiota, treatment of diseases of the gastrointestinal tract. Another principle is the removal of accumulated gases from the intestinal lumen.

To sum up, flatulence syndrome is common multifactorial clinical problem and needs an individual approach.

THE CLINICAL SIGNIFICANCE OF VENTRICULAR EXTRASYSTOLE GRADING

Oyewo P.E., Vizir M.O.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The prevalence and clinical significance of ventricular extrasystole (VES) remains a topic of considerable interest and concern in the field of cardiology. Understanding the distribution and impact of VES, particularly concerning its classification according to the Lown scale, is crucial for effective risk assessment and treatment planning. With advancements in diagnostic techniques and therapeutic approaches, there is a growing need to delve deeper into the association between VES grading and cardiovascular outcomes to optimize patient management strategies.

Purpose: To analyze scientific data on the prevalence, classification, and cardiovascular risk associated with ventricular extrasystole, particularly in relation to the Lown scale, to inform clinical decision-making and optimize patient care strategies.

Materials and methods. A meta-analysis of international clinical trial findings on extrasystole diagnostics and treatment approaches was conducted. PubMed, EMBASE, and the Cochrane Library databases were utilized for the analytical review, with data considered reliable at a significance level of $p < 0.05$.

Results. Data on the prevalence of ventricular extrasystole (VES) depending on its classification according to the Lown scale indicates an increase in the frequency of VES occurrence with worsening classification. According to the results of scientific research, ventricular extrasystole in the Lown I category is characterized by the absence of symptoms and rare or isolated episodes of extrasystoles. Its prevalence is approximately 20-40% among patients with VES. In patients with Lown II, an increase in the number of VES compared to Lown I is observed. The approximate prevalence of this category ranges from 30% to 50%. Patients with the Lown III category are characterized by a high number of VES, especially during physical exertion. Most patients in this group have VES, which is prevalent from 50% to 70%. The most severe cases of VES are observed in patients of the Lown IV category. They are characterized by pronounced rhythmic disturbances and a large number of extrasystoles. This category of VES is noted in less than 10-20% of cases among patients.

A number of scientific studies point to the importance of classifying ventricular extrasystole (VES) according to the Lown scale in determining cardiovascular risk and treatment strategies. Patients with higher grades of VES according to the Lown scale have a significantly higher risk of cardiovascular events, such as myocardial infarction, heart failure, and overall mortality, compared to patients with less severe forms of arrhythmia. Numerous studies confirm that the classification of VES according to the Lown scale can be a strong prognostic factor for predicting the risk of cardiovascular complications and overall mortality in patients with cardiovascular diseases. Performing catheter ablation in severe cases of VES that do not respond to pharmacotherapy may be an effective method to reduce the frequency of arrhythmias and improve the

prognosis in patients with higher grades of arrhythmia according to the Lown scale.

Conclusions. The analysis of scientific literature underscores the importance of classifying ventricular extrasystole according to the Lown scale, as it provides valuable prognostic information regarding cardiovascular risk and guides treatment decisions. Understanding the relationship between the severity of ventricular extrasystole and adverse cardiovascular outcomes is essential for implementing appropriate management strategies and improving patient outcomes in clinical practice. Further research in this area may help refine risk stratification algorithms and enhance therapeutic interventions for patients with ventricular arrhythmias.

CHRONIC ABDOMINAL WALL PAIN

Rai Rachit, Prosolenko K.O.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Abdominal pain (AP) is the most common gastrointestinal symptom leading to ambulatory medical visits worldwide. In USA healthcare expenditure associated with AP was estimated near \$10 billion per year. Chronic abdominal wall pain (CAWP) or anterior cutaneous nerve entrapment syndrome is common and often overlooked cause of recurrent abdominal pain. It can be the underlying etiology in 4–30% of patients with undifferentiated abdominal pain. This condition is more than 4 times more common in women. It has link with obesity and depression.

The pain is typically focal, positional in nature. Typical localization is in the right upper quadrant of abdomen. It is often present over a prior surgical scar, commonly associated with hyperalgesia and allodynia. It is commonly detectable by the one finger and may worsen with any actions that tense the abdominal muscles. In case of the presence of persistent melena, vomiting, or unknown weight loss, the physician must rule out other organic causes.

Positive Carnett's sign within physical examination is highly suggestive of this syndrome. The physician initially palpates and identifies the area with maximal pain with the patient in the supine position. Then the patient have to raise both legs off the trestle bed for tense the abdominal muscles. In case of positive test will be deterioration of the pain.

The pinch test can also be helpful. It is highly sensitive for CAWP.

The approach to the treatment of CAWP depends on the severity of symptoms. Activity modification, pain relief with topical analgesics, neuromodulators, or trigger point injection (TPI) are possible options. Some activities that tense the abdominal muscles should be avoided. For patients with mild presentation, topical lidocaine patch application can be effective. Some patients may find a heating or ice pad placed in the area of pain to be effective. TPI is the most effective method. Always anesthetic agent (ie, lidocaine) should be used with or without a glucocorticoid (ie, triamcinolone) administered to the area of maximal pain.

While some patients may have long-lasting improvement after a single TPI, others may require multiple TPIs (repeated no sooner than 3 months) in the event of incomplete initial response or recurrence of symptoms after complete initial response. In patients who fail to respond to these interventions, other diagnoses of chronic abdominal pain should be entertained. Chemical neurolysis or surgical neurectomy may be considered in patients with truly refractory symptoms despite multiple TPIs who are felt to have a diagnosis consistent with CAWP.

CERULOPLASMIN LEVELS IN LIVER CIRRHOSIS: PROGNOSTIC SIGNIFICANCE AND CLINICAL IMPLICATIONS

Salov D.V., Vizir M.O.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The importance of assessing ceruloplasmin levels in individuals with liver cirrhosis lies in its potential as a valuable biomarker for evaluating disease

progression and prognosis. Given the complexity and potential severity of liver cirrhosis, precise diagnostic measures are imperative for effective disease management and timely interventions. Studies suggest that variations in ceruloplasmin levels may reflect the extent of hepatic dysfunction, providing insights into risk stratification among cirrhotic patients and informing treatment strategies to enhance clinical outcomes. Thus, investigating the role of ceruloplasmin in cirrhosis not only advances our understanding of the disease's pathophysiology but also holds promise for optimizing patient care and therapeutic interventions.

Purpose: To evaluate the informative value of ceruloplasmin levels in liver cirrhosis, examining its significance as a biomarker for disease severity, prognosis prediction, and treatment response monitoring to enhance patient management strategies.

Materials and methods. A meta-analysis of international clinical trial findings on liver cirrhosis diagnostics and treatment approaches was conducted. PubMed, EMBASE, and the Cochrane Library databases were utilized for the analytical review, with data considered reliable at a significance level of $p < 0.05$.

Results. Reduced ceruloplasmin levels in cirrhotic patients may stem from compromised protein synthesis within the impaired liver. Notably, studies by Zhang et al. (2018) revealed significantly lower mean ceruloplasmin levels in individuals with HBV-associated decompensated cirrhosis compared to non-cirrhotic controls (0.25 g/L vs. 0.36 g/L, respectively; $p < 0.05$), indicating potential utility as a diagnostic and monitoring biomarker.

Moreover, a correlation between ceruloplasmin levels and cirrhosis severity was evident, as evidenced by Feng et al. (2019), who found substantially lower ceruloplasmin levels in cirrhotic patients with deteriorating conditions versus those without complications (0.32 g/L vs. 0.42 g/L, respectively; $p < 0.05$), underscoring its prognostic relevance.

Furthermore, considerations of ceruloplasmin level dynamics during cirrhosis treatment, as demonstrated by Gogoi et al. (2014), indicated post-treatment increases (from 0.22 g/L to 0.30 g/L, $p < 0.05$), suggestive of liver function restoration and favorable patient prognoses.

Conclusions. The findings from our review underscore the significance of ceruloplasmin level determination in liver cirrhosis management. Lower ceruloplasmin levels are associated with disease severity and serve as pivotal prognostic indicators for complication risk assessment. Moreover, ceruloplasmin level dynamics during treatment may serve as markers of therapy effectiveness and predict pathological progression in the liver. Nonetheless, further investigations are warranted to establish optimal threshold values and utilization strategies for ceruloplasmin as a clinical biomarker.

EMPAGLIFLOZIN IN METABOLIC DYSFUNCTION-ASSOCIATED STEATOTIC LIVER DISEASE AND ASSOCIATED CONDITIONS

Shokr Hassan, Prosolenko K.O.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) is the newest term for steatotic liver disease in patients with metabolic syndrome. MASLD is the most common chronic liver disease in the population worldwide and a leading cause of liver-related morbidity and mortality.

Inhibitors of sodium-glucose cotransporter type 2 (SGLT2) inhibitors, which are also called gliflozins, are an effective class of agents for the treatment of hyperglycemia in type 2 diabetes mellitus (DM). The appointment of gliflozin to non-diabetic individuals with normoglycemia is accompanied by the excretion of a small amount of glucose with urine and a slight decrease in glycemia.

These drugs are known to reduce body weight in patients. According to calculations, daily energy losses due to glucosuria on the base of SGLT2

inhibitors are 200 — 300 kcal. Activation of catabolic processes (increased lipolysis and fat oxidation) also contributes to weight loss.

According to the subanalysis of the EMPA-REG OUTCOME study, empagliflozin may reduce the risk of liver steatosis, but not fibrosis, in individuals with type 2 diabetes and cardiovascular diseases. The effect of empagliflozin on the development of steatosis in the long term may also affect the occurrence of fibrosis.

Reduction of cardiovascular and renal events (emergence or exacerbation of nephropathy, doubling of serum creatinine, occurrence of persistent macroalbuminuria, initiation of renal replacement therapy) and mortality associated with empagliflozin therapy is independent of the risk of steatosis and fibrosis.

Empagliflozin reduces aminotransferases in individuals with type 2 diabetes in a pattern (ALT > AST reduction) that potentially corresponds to a reduction in liver fat, particularly when ALT levels are high.

According to data of Chehrehgosha H. et al., 2021, when using empagliflozin, a significant marginal decrease in the controlled attenuation parameter (CAP) indicator was recorded compared to placebo.

There are preliminary histological evidences (Lai L.L. et al., 2020) that empagliflozin may be useful in the treatment of NASH, prompting large-scale clinical trials to evaluate the efficacy of empagliflozin in the treatment of NASH in patients with type 2 diabetes.

Taheri H. et al. the effect of empagliflozin on liver steatosis and fibrosis in patients with NAFLD without type 2 diabetes was also studied. In this prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled 24 weeks clinical trial, participants with NAFLD were randomized to empagliflozin (10 mg/day, n = 43) or placebo (n = 47). In the empagliflozin group, a significant decrease in liver fat was observed on visual analysis of ultrasound images, AST and ALT, and fasting insulin levels, while no changes were recorded in the placebo group.

Eventually, empagliflozin is effective and promising in MASLD and associated conditions.

FREQUENCY AND MANAGEMENT OF VEGETATIVE DISORDERS IN CARDIOLOGICAL PATIENTS

Yemelianenko Y.O., Vizir M.O.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Vegetative disorders represent a common concern among patients with cardiovascular conditions, often presenting with a diverse array of symptoms. Through extensive research conducted within cardiology, it has been established that these disorders can significantly impact patients' well-being, manifesting through symptoms such as tachycardia, hypertension, and psychological distress. Understanding the prevalence and manifestation of these symptoms is crucial for devising effective treatment strategies tailored to individual patients.

Purpose. The study explores the frequency, symptoms, and treatment approaches for vegetative disorders in cardiological patients, shedding light on the multifaceted nature of these conditions.

Materials and methods. A meta-analysis of the results of international clinical trials on the frequency of symptoms and treatment approaches for vegetative disorders in cardiological patients was conducted. PubMed, EMBASE, and Cochrane Library databases were used for the analytical review. The data were considered reliable at p-value < 0.05.

Results. In accordance with research conducted among cardiological patients, vegetative disorders are a prevalent phenomenon and may manifest through various symptoms. Here are some potential symptoms indicating the presence of vegetative disorders:

- Tachycardia – a sudden increase in heart rate, observed in approximately 75% of cardiological patients with vegetative disorders, which may present as a sensation of rapid or irregular heartbeat;

- Hypertension - elevated blood pressure, found in around 60% of cases, leading to headaches, dizziness, and deterioration of general well-being;
- Hypotension - decreased blood pressure, observed in approximately 25% of cases, resulting in weakness, pallor, and possible loss of consciousness;
- Disturbances in thermoregulation - sensations of temperature fluctuations, frequent sweating, cold or hot sensations;
- Gastrointestinal disturbances - nausea, vomiting, abdominal pain, and bowel disturbances;
- Psychological symptoms - anxiety, depression, irritability, and sleep disturbances.

Considering the wide spectrum of symptoms and their potential variability, the treatment of vegetative disorders in cardiological patients entails an individualized approach. This may include pharmacotherapy (medications such as beta-blockers, ACE-inhibitors, calcium antagonists, and others to alleviate symptoms of vegetative disorders and control blood pressure and heart rhythm); non-pharmacological methods (physiotherapy, psychotherapy, breathing exercises, and meditation aimed at reducing stress and improving the function of the vegetative nervous system); lifestyle modifications (regular physical activity, balanced nutrition, cessation of harmful habits (e.g., smoking), and the development of healthy coping mechanisms for stress); device implantation (in severe cases where other treatment methods are ineffective, the implantation of devices such as cardioverter-defibrillators or cardiac resynchronization therapy devices may be recommended). These treatment methods may be applied individually or in combination.

Conclusions. The analysis of vegetative disorders among cardiological patients reveals a prevalent manifestation of symptoms such as tachycardia, hypertension, and gastrointestinal disturbances. These findings emphasize the necessity for personalized treatment strategies encompassing pharmacotherapy, non-pharmacological interventions, lifestyle modifications, and device

implantation to effectively manage symptoms and enhance the quality of life for patients with cardiovascular diseases and vegetative disorders.

АСПІРИН ЯК ЗАСІБ ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Балюк Д.С., Гопцій О.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність теми. Цукровий діабет асоціюється з ризиком серцево-судинних захворювань, що є у два-три рази вищим в порівнянні з пацієнтами без діагностованого діабету будь-якого типу. Застосування аспірину знижує ризик оклюзій судин, але підвищує ризик кровотечі; співвідношення переваг та ризиків для профілактики серцево-судинних захворювань у пацієнтів з ЦД досі не є визначеним та потребує подальшого дослідження.

Мета: Проаналізувати ефективність використання аспірину для первинної профілактики серцево-судинних захворювань серед пацієнтів з цукровим діабетом та без цукрового діабету.

Матеріали та методи: Було використане рандомізоване дослідження ASCEND (Дослідження серцево-судинних захворювань при діабеті), що

Було проведене незалежними дослідниками відділу клінічних випробувань Оксфордського університету. Проводилась оцінка ефективності та безпеки використання аспірину у дозі 100 мг на день порівняно з плацебо у пацієнтів з діагностованим цукровим діабетом без виявлених серцево-судинних захворювань на момент дослідження. Основним результатом ефективності була вперше виявлена серйозна судинна патологія (інфаркт міокарда, інсульт або транзиторна ішемічна атака або смерть від будь-якої судинної причини, за винятком будь-якого підтвердженого внутрішньочерепного крововиливу). Основним показником

безпеки була перша значна кровотеча (внутрішньочерепний крововилив, кровотеча в око, що загрожує зору, шлунково-кишкова кровотеча). Вторинними результатами були рак шлунково-кишкового тракту.

Результати: З червня 2005 р. по липень 2011 р. 15 480 учасників пройшли рандомізацію. Основні прогностичні характеристики учасників були добре збалансовані між рандомізованими групами. Основними критеріями відбору були вік старше 40 років та цукровий діабет в анамнезі без серцево-судинного ризику. Вживання аспірину перед скринінгом повідомили загалом 5508 учасників (35,6%). Середня тривалість спостереження становила 7,4 року, що дало 57 000 людино-років у групі аспірину та 56 945 людино-років у групі плацебо. Розрахункова середня прихильність до призначеного режиму становила 70% у групі аспірину та 70% у групі плацебо. Під час подальшого спостереження прихильність до режиму прийому аспірину знизилася, тоді як використання непробованого аспірину та іншого антитромбоцитарного лікування збільшилося. Розрахункова середня різниця між групами в частоті використання пробного аспірину або невивипробованого аспірину або іншого антитромбоцитарного лікування становила 69 процентних пунктів. Серйозні судинні захворювання виникли у значно меншому відсотку учасників у групі аспірину, ніж у групі плацебо (658 учасників [8,5 %] проти 743 [9,6 %]). Навпаки, масивні кровотечі виникли у 314 учасників (4,1%) у групі аспірину порівняно з 245 (3,2%) у групі плацебо. Не було виявлено різниці між групою аспірину та групою плацебо щодо захворюваності на рак шлунково-кишкового тракту (157 учасників [2,0 %] і 158 [2,0 %] відповідно) або всіх видів раку (897 [11,6 %] і 887 [11,5 %]). Досліджувані групи також не відрізнялися суттєво щодо ризику летального раку або щодо ризиків смерті в цілому чи смерті від раку або від усіх несудинних причин.

Висновок: Використання низьких доз аспірину призводило до нижчого ризику серйозних судинних захворювань, ніж плацебо, серед осіб

з діабетом, які не мали серцево-судинних захворювань на момент початку дослідження. Проте абсолютна нижча частота серйозних судинних подій була такою ж величиною, як абсолютна більш висока частота великих кровотеч, навіть серед учасників, які мали високий судинний ризик. Застосування низьких доз аспірину не призвело до зниження ризику раку шлунково-кишкового тракту чи іншого раку протягом середнього періоду спостереження 7,4 року, але для достовірної оцінки будь-якого довгострокового впливу на рак необхідні подальші спостереження.

НЕСТЕРОЇДНІ ПРОТИЗАПАЛЬНІ ЗАСОБИ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З СУГЛОБОВИМ СИНДРОМОМ

Безкишкий В.П., Дурнєв К.О., Підпалій А.О., Панченко Г.Ю.

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна.

Нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) широко застосовуються в клінічній практиці і належать до найбільш ефективних симптоматичних і патогенетичних лікарських засобів для усунення лихоманки, болю, запальних процесів різного походження. Проведення терапії НПЗЗ вимагає від лікаря не тільки знань про механізм дії цих засобів, а й про можливі небажані явища, включаючи фактори ризику та шляхи їх корекції. Відомо, що НПЗЗ мають кардіопротективну клінічну дію. Але в даний час велика увага притягнута до проблем кардіобезпеки НПЗЗ, оскільки незбалансоване інгібування простагландинів може провокувати серцево-судинні ускладнення (ССУ).

Ефективність, і в той же час токсичність, НПЗЗ визначаються пригніченням активності циклооксигенази (ЦОГ) - ферменту, що регулює біотрансформацію арахідонової кислоти в простагландини (ПГ), простациклін (PGI₂) і тромбоксан (TXA₂). Інгібітори ЦОГ можуть бути як неселективними, що інгібують обидві сто ізоформи (ЦОГ-1 і ЦОГ-2), так і селективними, вибірково пригнічують цог-2. За даними літератури,

позитивні терапевтичні ефекти НПЗЗ пов'язані з їх здатністю інгібувати ЦОГ-2, на той час як найпоширеніші побічні ефекти з придушенням активності ЦОГ-1. Разом з тим, низка клінічних випробувань: CLASS (Celecoxib Longterm Arthritis Safety Study) та VIGOR (Vioxx Gastrointestinal Outcomes Research) – показала, що збільшення ступеня селективності препарату асоціюється зі зростанням ризику розвитку ССУ. Можливою причиною ССУ, пов'язаних з прийомом селективних інгібіторів ЦОГ-2, може бути зниження рівня захисного простагліну (за рахунок інгібування ЦОГ-2) за збереження рівня продукції тромбоксану А без інгібітора ЦОГ-1. Збереження балансу між тромбоцитарними тромбоксанами та ендотеліальними простаглінами забезпечує підтримку системи гемостазу. Прийом селективного інгібітору ЦОГ-2 рофекоксибу призводить до порушення гемостазу і як наслідок до значних змін артеріального тиску, що асоційовано зі збільшенням частоти розвитку нестабільної стенокардії, інфаркту міокарда, раптової серцевої смерті, транзиторної ішемічної атаки, гострого порушення. Напроксен, як і рофекоксиб, застосовується для лікування ревматоїдного артриту, але динаміка виникнення ССУ в 2 рази нижча за перше через індивідуальні відмінності препаратів. Зокрема, завдяки антиагрегантній дії, напроксен має кардіопротективні властивості. У зв'язку з цим, різниця за частотою розвитку ССУ обумовлена не негативним впливом рофекоксибу, а захисною функцією напроксену. При застосуванні еторикоксибу або диклофенаку відзначено лише тенденцію до підвищення ризику розвитку ССУ. Але порівняно з напроксом кардіотоксична дія еторикоксибу більш виражена.

НПЗЗ не є препаратами, від яких можна легко відмовитися, тому що хворі з факторами ризику розвитку ССУ найчастіше мають кілька захворювань, при яких постійний потрібен прийом знеболювальних протизапальних засобів. Тому потрібно ретельно оцінювати співвідношення можливої користі та ризику побічних ефектів, враховувати протипоказання

та дотримуватись особливої обережності при вирішенні питання про призначення цих препаратів.

МЕТАБОЛІЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

Веснін М.В. Прокопенко С.А., Гавриленко С.Д., Панченко Г.Ю.

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна.

Ішемічна хвороба серця (ІХС) займає лідируючу позицію серед причин летальності при серцево-судинних захворюваннях. Відносно нещодавно арсенал антиішемічні засоби поповнився препаратами, що впливають на метаболізм міокарда. Основними їх представниками є мілдронат та триметазидин.

Метою нашої роботи є вивчення фармакології мілдронату (Мі) та триметазидину (Тр). Активна речовина Мі є структурним аналогом гамма-бутиробетаїну попередника карнітину. Механізм дії Мі реалізується через пригнічення окислення жирних кислот, мабуть, шляхом інгібування ферментів на шляху біосинтезу карнітину, таких як гамма-бутиробетаїну гідроксилази. Мі може зв'язуватися з карнітин-ацетилтрансферазою, яка відіграє ключову роль в енергетичному метаболізмі клітин. Мі, отже, може діяти як регулятор енергетичного обміну. Мі має антиішемічну та ноотропну дію і клінічно використовується для лікування стенокардії та інфаркту міокарда.

Тр є похідним піперазину. Механізм антиішемічної дії Тр обумовлений інгібуванням бета-окислення вільних жирних кислот (ВЖК) за рахунок придушення активності ферменту, що бере участь у цьому процесі, та збільшення споживання глюкози міокардом. При використанні глюкози міокарду потрібно менше кисню, ніж при метаболізмі ВЖК. Антиангінальний та антиішемічний ефект Тр не пов'язані з впливом на гемодинаміку, його застосування, на відміну від традиційних антиангінальних препаратів, не збільшує ризик гіпотензії, брадикардії.

Таким чином, впливаючи на метаболізм, обидва препарати зменшують потребу міокарда в кисні та відновлюють кисневий баланс.

ВВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ МЕНТАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ У ЗАГАЛЬНОТЕРАПЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

**Гасанова Н. Б. Кізі, Гасанова Г. Б. Кізі, Драко Я. О., Лемехова А.С.,
Панченко Г. Ю**

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна.

Війна - найжорстокіша та найкривавіша подія людства. Скільки із-за неї життів було скалічено, скільки людей, забувши про свій страх та власні потреби, допомагали ближньому, зокрема - це медичні працівники. Червоний хрест благодійне медичне товариство, головним завданням якого є запобігання та полегшення страждань людини, покращення якості життя, захист честі, гідності та здоров'я. Поштовхом для створення такої організації стала кількість жертв під час битви під Сольфєріно в Італії 24 червня 1859р. Тоді, під враженнями, як за декілька годин полягло 40000 чоловік, молодий швейцар А. Дюан створив групу добровольців, які допомагали та доглядали поранених. Червоний Хрест зробив значний внесок в часи Першої світової війни, зокрема, це прийняття Женевської конвенції, яка стосувалася поранених і хворих бійців на полі бою, військовополонених, та цивільного населення. За угодою воюючі сторони зобов'язувалися здійснювати обмін списками військовополонених, дозволяти їм отримання посилок, листів і грошових переводів через Міжнародний комітет Червоного Хреста. У зв'язку з ростом захворювань, викликаних стресовими ситуаціями, нервовим перенапруженням, великою кількістю різних негативних факторів, визначених складною соціально-економічною ситуацією в країні, збільшення кількості техногенних катастроф викликало застосування психотропних лікарських засобів, зокрема транквілізаторів і ноотропів. Однак їх лікувальний вплив може

обмежувати прояв седативного або психостимулюючого ефекту, а також супроводжуватися розвитком побічної дії.

Транквілізатори бензодіазепінового ряду викликають пригнічення когнітивних функцій і мотивацій, ноотропи - посилюють афективні, психопатоподібні і тривожні розлади. Також ці препарати в терапевтичних рядових дозах можуть викликати небагатоприятні побічні ефекти з боку сомато-неврологічних пропозицій, не цілком задовольняючи вимоги сучасної психофармакотерапії з точки зору безпеки застосовуваних лікарських засобів. Тому в останні роки перевага віддається препаратам широкого клініко-терапевтичного спектру, що дозволяє надавати позитивний вплив одночасно на різні складові астеничного симптомокомплексу, не втрачаючи стану хворих. Перспективним напрямком в цій області вважається використання препаратів, що містять властивості транквілізаторів і ноотропів. Особливий інтерес викликає можливість використання лікарських засобів нового покоління («транквилоноотропи» або ноотранквилізатори»), що володіють широким спектром психофармакотерапевтичних дій, що включають не тільки прямо активуючу дію на когнітивні функції (навчання, пам'ять, умствена діяльність), но і анксиолітичний, антиастеничний, тимолептичний та інші ефекти. Сучасним психотропним вимогам, пред'явленим до ноотропним засобам, можуть відповідати транквилоноотропи (атипові транквілізатори з ноотропним радикалом дії) - фенібут і мебікар. Вони відрізняються збалансованим лікувальним ефектом і мають мінімальні побічні ефекти. У фенибута, в наряді з ноотропним, найбільш виражена протитревожна дія (усуває відчуття напруги, тривоги і страху без небажаного седативного ефекту або збудження), тоді як пірацетам та інші ноотропи, навпроти, надає загальну активуючу дію наряду з ноотропною дією позбавлене анксиолітичного (протитревожного) ефекту. На відміну від еталонних ноотропів, мебікар не викликає гіперстимуляції та загострення

продуктивної психопатологічної симптоматики у психіатричних пацієнтів. Більше того, він оптимізує процес мислення, зменшуючи вираженість таких розладів, як бессвязність, прискорення речей, резонерство, обстоятельность. Поєднання ноотропного і сприяючого ефектів у фенібуте і мебікаре дозволяє досягти адаптогенної активності, антистресової та стреспротекторної дії, особливо в умовах загострення мозгового кровообігу і гіпоксії. По ефективності, безпеці та економічності «транквилоноотропи» відповідають вимогам, передбачуваним до сучасних психотропних препаратів, застосування яких допустимо в максимально широкому діапазоні при лікуванні невротичних реакцій і в комплексній терапії соматичних захворювань. Транквилоноотропи при розстройствах нервової системи, особливо в умовах військових дій - це майбутнє в лікуванні багатьох нервових патологічних станів.

ТРАДИЦІЇ КОЗАЦЬКОЇ МЕДИЦИНИ

**Гасанова Н.Б.Кизи, Гасанова Г.Б.Кизи, Драко Я.О., Лемехова А.С.,
Панченко Г.Ю.**

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна.

За часів Січі козацька медицина була засобом підтримки не лише фізичного, а й духовного здоров'я козаків, пов'язуючи наших предків із навколишнім середовищем. Традиції та рецепти, що склали основу козацької медицини, були обумовлені світоглядом і способом життя козаків. Звичайно, значну частину з них сьогодні дехто сприйматиме як забобони, але серед набору «медичних переконань» козацтва трапляються дуже цікаві речі. Козаки вставали до сходу сонця, ходили босоніж по росяній траві споришу, кульбаби та конюшини, а напуваючи коней, занурювали ноги в воду. Це надавало їм першу дозу бадьорості. Гарт для козаків був органічною й невід'ємною частиною повсякденного життя. Тому, спочиваючи горілиць просто на землі, у густій траві, вони не боялися

застудитися, а навпаки, заряджалися енергією трав, властивості яких добре знали. Образ козака складно уявити без люльки. Таким змальовує козака його фольклор. І жителі Січі справді були небайдужими до куріння. Проте легеневі захворювання серед козаків були дуже рідкісними, адже, по-перше, вони ніколи не курили в хаті, у курені та навіть у землянці. Але головна таємниця крилася в суміші трав, якою заправляли люльки: полин, деревій, чебрець, будяк, суше листя валеріани, м'ята, борщівник. Чистий турецький тютюн був на той час вельми дорогим, та й з'явився він в Україні лише у середині XVI століття. Оскільки тютюн був дефіцитом, то, як правило, він був лише додатком до суміші трав, які традиційно курили козаки і які мали лікарські властивості: заспокоювали нервову систему, знижували кров'яний тиск, поліпшували апетит і сон, позитивно впливали на дихальну систему, а гарячий дим від куріння цілюще впливав на слизові оболонки бронхів і верхніх дихальних шляхів. Тому запорозькі вояки майже не хворіли на астму, бронхіти, трахеїти. Звичними речами для козацького раціону були гарбузове насіння та «жуйка». Сире підсушене насіння, багате на цинк та мідь, служило очисником організму. А жуйки були, так би мовити, природними бджолиний віск із стільниковим медом, клеї з патьоків вишні, черемхи, терену, горобини, диких груші та яблунь. Таким чином не знали січовики ні карієсу, ні інших хвороб зубів та ясен. Серед козацьких «напоїв» чи не найпоширенішим був узвар. Настояючи його в горщиках або казанках на гілочках верби та інших дерев, чагарників (тополі, дуба, лили, калини, осики), степових трав, козаки закопували настоянку в попіл згасаючого вогнища. Узвар не закипав, а ніби впрівав у гарячому попелі, а тому зберігав вітаміни та сполуки мікроелементів. Узвари діяли передусім запобіжно попереджували захворювання, знімали втоми та загальний стрес. Пластунська військова наука була особливою. Для такої служби, окрім бездоганної фізичної форми, необхідна була витримка та ясний розум. Найперше правило пластуна було таким: ніколи не пити сиру воду в

незнайомих місцях. Пили вони окріп, добряче витриманий у казанах над вогнищем. До нього додавали лепеху, деревій, звіробій, полин. Усі ці трави справляють антимікробну дію. Такою водою наповнювали пластуни баклажки, які брали в розвідку. Коли ж доводилося пити застоюну, болотяну воду, то перед тим пластуни ковтали жменьку вугілля, взятого з багаття. Коли ж усе-таки з'являлися біль та судоми, вояки лягали на полин чи конотоп (спориш і червона конюшина) і лежали деякий час нерухомо. Тоді біль ущухав. Багато козаків, а пластуни - усі й завжди, носили з собою капшук (гаман, кисет), де зберігався порошок із сухих трав: полину, материнки, оману, кіндзи, тархуну. Його додавали до їжі або вживали окремо. Окрім цілющого трав'яного порошку, пластуни носили з собою попіл. Ним обробляли свіжі рани, аби ті швидше гоїлися, потім перев'язували їх сорочкою, а замість вати використовували пух очерету та куги. Але, здається, коли щоранку зустрічати сонце не сном, а наповнюватися його енергією, збираючи босими ногами вранішню росу, то будь-яка медицина славних предків- зайва. Саме в цьому криється беззаперечна мудрість наших предків.

МІОКАРДІАЛЬНИЙ ІНФАРКТ З НЕОБСТРУКТИВНИМИ КОРОНАРНИМИ АРТЕРІЯМИ

Зрібняк Д.Д., Ціватий І.А., Тверезовська І.І.

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна

Актуальність. Інфаркт міокарда у відсутність обструктивних коронарних стенозів (MINOCA) - це синдром з різноманітними причинами, який характеризується клінічними доказами інфаркту міокарда та ангіографічно нормальними або майже нормальними (стеноз $\leq 50\%$) коронарними артеріями. MINOCA складають приблизно 10% гострих коронарних синдромів.

Мета. Визначення основних відмінностей даної патології від інших захворювань коронарних артерій.

Матеріали та методи. Опрацювання медичної наукової літератури, історій хвороб та клінічних кейсів.

Результати. MINOCA, яку недавно встановлено як діагноз, було вивчено шляхом екстраполяції даних з вже завершених досліджень. Систематичний огляд Пасупаті досліджує епідеміологію діагностики MINOCA в 28 кількісних і 46 якісних публікаціях. Поширеність MINOCA становила 5%-6% від гострого інфаркту міокарда, і більшість випадків були NSTEMI з нижчим рівнем тропоніну та удвічі більшою поширеністю у жінок з чорною, іспанською та тихоокеанською расами порівняно з чоловіками. Гіперліпідемія, цукровий діабет, активне куріння та сімейний анамнез коронарних захворювань були найбільш поширеними співзахворюваннями. Сила цих досліджень полягає в оцінці декількох опублікованих досліджень з великими обсягами вибірки та потужністю; вони мають недоліки в специфічних критеріях включення та виключення через гетерогенний характер діагнозу. Екстраполяція даних з фіксованих баз даних обмежує можливість виміру чистого діагнозу MINOCA.

Основні патогенетичні механізми MINOCA обумовлені наступними шляхами: нестійкі бляшки і розрив коронарних артерій, мікроваскулярні механізми., епікардіальний вазоспазм коронарних артерій, мікроваскулярний спазм коронарних артерій, коронарний тромбоз або емболія..

Серед діагностики MINOCA використовується *ЕКГ*, що відображає зміни, подібні до змін при інфаркті міокарда з обструктивним ураженням коронарного русла; *коронарографія*, при якій одним із критеріїв є незначне ураження коронарного русла (стенози менше 50%). Малозмінені КА включають інтактні судини (відсутність стенозів менше 30%) та помірний атероматоз КА (стеноз від 30 до 50%). Додатково для діагностики

використовуються: методи внутрішньосудинної візуалізації, такі як оптична когерентна томографія (ОКТ) та внутрішньосудинне ультразвукове дослідження (ВСУД), ехокардіографія (ЕхоКГ), черезстравохідна ЕхоКГ, магнітно-резонансна томографія (МРТ), мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ), провокаційні внутрішньокоронарні тести, скринінг спадкових тромбофілій.

Класична медична терапія коронарної хвороби спрямована на контроль атеросклеротичного навантаження, яке зменшується у пацієнтів з MINOCA. Наразі не існує результатів рандомізованих контрольованих досліджень, що оцінюють ефективність фармакотерапії у пацієнтів з MINOCA. MINOCA-BAT є першим клінічним дослідженням, спрямованим на аналіз мети 3 500 пацієнтів у випадку-контрольної терапії інгібітором ангіотензин-перетворювального ферменту / блокаторами ангіотензинових рецепторів. Відмічається також користь від використання статинів та ангіотензин-перетворювального ферменту/блокаторів ангіотензинових рецепторів для зменшення смертності при MINOCA.

Висновок. MINOCA – є одним із захворювань коронарних артерій, що може призводити до інфаркта міокарда та інвалідизації пацієнта. Тому розробка алгоритмів діагностики, розуміння патогенезу та змін у коронарних артеріях є перспективним напрямом для подальшого наукового пошуку.

СИНДРОМ БРУГАДА ЯК «МАСКА» ІШЕМІЇ МІОКАРДА

Качалова Е.Ю., Фегісов Р.В., Тверезовська. І.І.

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна

Актуальність. Синдром Бругада — рідкісне захворювання, це аутосомно-домінантне генетично детерміноване аритмогенне захворювання, яке зустрічається у людей без структурних патологій серця.

На сьогодні виявлено більше 300 мутацій, здебільшого пов'язаних з геном SCN5A, що кодує натрієвий канал.

Мета. Вивчити причини даного захворювання та основні можливості його ранньої діагностики.

Матеріали та методи. Наукові статті, рандомізовані дослідження, системні огляди.

Результати. Епідеміологічні дослідження, проведені в Японії, вказують на те, що синдром Бругада вражає 0,05–0,1% загальної популяції. Чоловіки хворіють у 8 разів частіше, ніж жінки.

При синдромі Бругада тривалість потенціалу дії скорочується вибірково в епікардіальному шарі правого шлуночка, що призводить до інтрамуральної дисперсії реполяризації та створює умови для аритмій типу ріентрі.

Головні клінічні симптоми: синкопальні стани, зумовлені швидкою поліморфною шлуночковою тахикардією, зупинка серцевої діяльності або раптова смерть; спостерігаються, головним чином, у нічний час. В анамнезі повідомляється про раптову смерть членів сім'ї. У деяких пацієнтів може розвинути фібриляція передсердь, частіше вночі.

Зазвичай проявляється у віці 20–40 років, іноді раніше, особливо при злоякісних формах. Вважається, що у 30% пацієнтів із синдромом Бругада до 60-річного віку виникне зупинка серця. У пацієнтів зі спонтанними змінами на ЕКГ прогноз щодо виживаності гірший. Лихоманка або ситна їжа можуть стати тригерами аритмії.

Діагноз синдрому Бругада ґрунтується на ЕКГ, який виявляє спонтанну або індуковану антиаритмічним ЛЗ класу I (аймалін, флекаїнід або прокаїнамід) елевацію сегмента ST $\geq 0,2$ мВ у ≥ 1 відведенні V1 або V2 у II, III або IV міжребер'ях зі сегментом ST, що переходить у негативний зубець T. Менш типовою є елевація точки J на $\geq 0,2$ мВ, сідловидна елевація сегмента ST $\geq 0,1$ мВ з позитивним або двофазним зубцем T (2-й тип) або

елевація точки J $\geq 0,2$ мВ з елевацією ST $< 0,1$ мВ (3-й тип). Якщо є підозра на синдром Бругада у пацієнтів та їхніх родичів без типової ЕКГ-картини, рекомендується провести фармакологічний провокаційний тест, який виявляє або посилює зміни сегмента ST. Найчастіше рекомендований аймалін, який вводять в/в у дозі 1 мг/кг протягом 5 хв та здійснюють серійні записи ЕКГ та моніторинг серцевого ритму. Через ризик появи під час тесту аритмій, що загрожують життю, його слід проводити в лікарняних умовах із забезпеченням реанімаційних засобів.

Немає ефективних ЛЗ для профілактики раптової серцевої смерті (РСС) при синдромі Бругада. Найкращі ефекти спостерігались у пацієнтів, які отримували хінідин у відносно низькій дозі 300–600 мг/добу.

Ізопреналін також може бути корисним для лікування електричного шторму. Найчастіше рекомендована початкова доза становить 0,15–0,3 мкг/хв, яку поступово збільшують, прагнучи до збільшення частоти синусового ритму на 20 %.

Пацієнтам з найвищим ризиком РСС після перенесеної зупинки серця рекомендується імплантація карідовертера-дефібрилятора (ІКД). Таке лікування також виправдане у пацієнтів зі спонтанною елевацією сегмента ST та синкопе. Імплантація ІКД може розглядатися у пацієнтів із фібриляцією шлуночків, індукованою запрограмованою стимуляцією шлуночків. У пацієнтів з повторними обґрунтованими інтервенціями ІКД, окрім фармакотерапії, слід розглянути виконання абляції, спрямованої на елімінацію ШЕ, які ініціюють ШТ або ФШ і/або епікардіальної причини аритмії у вихідному тракті правого шлуночка.

Висновок. Знання симптоматики, а особливо ЕКГ-паттернів є необхідною базою для попередження РСС пацієнтів на тлі обтяженого анамнезу. Пацієнти із підвищеним ризиком РСС є категорією підвищеної уваги та потребують ретельнішого спостереження лікаря-кардіолога.

ГІПЕРТРОФІЧНА КАРДІОМІОПАТІЯ: ПАТОГЕНЕЗ, ГЕНЕТИЧНИЙ АСПЕКТ ТА СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ

Ніколасько К.О., Александрова Т.М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність теми. Гіпертрофічна кардіоміопатія (ГКМП) — первинне ураження міокарда, обумовлене генетичною неповноцінністю скорочувальних білків, що характеризується гіпертрофією лівого шлуночка (ЛШ) при відсутності серцевої або системної причини. ГКМП є найпоширенішим генетичним захворюванням серця за даними МОЗ України.

Мета: дослідити питання патогенезу, генетичного аспекту та сучасної діагностики ГКМП.

Матеріали і методи: Дослідження проводилося шляхом використання науково-медичних інтернет-джерел, включаючи зарубіжну літературу (PubMed, Stanford Medicine, The Cochrane Database of Systematic Reviews).

Результати: ГКМП — це генетична хвороба серця, яка спричиняє аномальне потовщення та жорсткість серцевого м'яза. Гіпертрофія міокарду найчастіше відбувається в ЛШ та міжшлуночкової перегородці (МШП). ГКМП є найпоширенішою формою спадкової хвороби серця у світі. ГКМП найчастіше викликається генними мутаціями, зокрема в генах, що кодують β -міозин серця – моторний білок, який керує скороченнями серцевого м'яза. Основною причиною розвитку ГКМП є генетична мутація білкового гена саркомеру (біля 60% випадків). Генетичні мутації також були виявлені в генах, які регулюють енергетичний обмін та обмін кальцію в кардіоміоцитах. ГКМП, що відноситься до саркомерної мутації, успадковується як аутосомно-домінантна ознака. Рекомендованим є проведення генетичної діагностики для всіх пацієнтів з ГКМП, а також для його найближчих родичів.

До основних патогенетичних чинників ГКМП належать: зниження еластичності і скоротної здатності гіпертрофованого міокарда ЛШ з погіршенням його діастолічного наповнення, в результаті чого в перерахунку на одиницю маси міокарда робота серця істотно зменшується, коронарний кровотік не відповідає ступеню гіпертрофії міокарда. Порушується швидкість проведення збудження в шлуночках з асинхронним скороченням різних відділів міокарда. У результаті діастолічної дисфункції виникає хронічне підвищення кінцево-діастолічного тиску ЛШ, застій у легенях, прогресуюча гіпертрофія передсердь. Систолічна функція не порушена або навіть посилена внаслідок гіпердинамічності ЛШ.

Сучасна діагностика ГКМП включає в себе проведення ЕКГ, трансторакальної ехокардіограми (ТТЕ), магнітно-резонансної томографії серця (МРТ), в окремих випадках можуть використовувати біопсію міокарда. ЕКГ-ознаками ГКМП є збільшення лівого передсердя, порушення реполяризації ЛШ у вигляді депресії сегмента ST та інверсії зубця T, патологічні зубці Q та ознаки гіпертрофії ЛШ. З метою діагностики потенційних порушень ритму рекомендоване проведення холтерівського моніторингу ЕКГ. ТТЕ-ознаками ГКМП є: веретеноподібна МШП, діастолічна дисфункція ЛШ та наявність переднього систолічного руху мітрального клапана. Основними ознаками ГКМП при проведенні МРТ є: фіброзні зміни міокарду, збільшення діастолічної товщини ЛШ більше 15 мм, збільшення фракції викиду ЛШ. Також можуть спостерігатися ознаки стенозу вихідного тракту ЛШ.

Висновки. Гіпертрофічна кардіоміопатія - складне та небезпечне генетичне захворювання серця, що без особливої діагностики може довго не давати про себе знати, тим самим становлячи ще більшу загрозу хворому, саме тому дуже важливо знати генетичну обтяженість своєї сім'ї та не нехтувати профілактичними обстеженнями.

ЗВ'ЯЗОК КЕТОГЕННОЇ ДІЄТИ ТА МІКРОБІОТИ КИШКІВНИКА

Прохоренкова З.О., Тверезовська І.І.

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна

Актуальність теми: за даними експертів IFIC кетогенна дієта (КД) займає шосте місце у рейтингу найпопулярніших дієт станом на 2023 рік, що обумовлено швидким схудненням без втрати м'язової маси, вирівнюванням цукру у крові, підвищенням ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ). Більш того, публікації останніх досліджень трактують про можливу терапевтичну роль даного раціону при різноманітних патологіях (епілепсія, кардіометаболічні захворювання, синдром полікістозних яєчників, злоякісні новоутворення та ін.). КД також впливає на мікробіоту кишківника, яка бере участь у виробництві біоактивних сполук, захисті від патогенів, енергетичному гомеостазі, метаболізмі поживних речовин, регуляції імунітету та нервової системи. Тому аналіз зв'язку між КД та мікробіотою кишківника є актуальною медико-соціальною проблемою.

Мета: вивчити складну взаємодію між кетогенною дієтою та мікробіотою кишківника, а також їх вплив на організм людини.

Матеріали і методи: був здійснений пошук та аналіз літератури з використанням наукометричної бази PubMed та декількох вітчизняних медичних журналів.

Результати: КД – це дієта з високим вмістом жирів, низьким вмістом вуглеводів і нормальним вмістом білків, що призводить до фізіологічного кетозу (кетонові тіла у крові вище 0,3 ммоль/л, але не перевищують 8 ммоль/л), коли організм у відповідь на недостатність глюкози починає виробляти кетонові тіла (ацетон, ацетоацетат, β -гідроксібутират) з жирних кислот у якості субстрата для енергії. Спочатку класичний варіант КД був заснований на принципі 4:1, де переважним джерелом енергії були жири (понад 90% добової калорійності на тлі споживання 7% білків і 3% вуглеводів). В даний час є багато модифікацій, серед яких найпопулярніші:

VLCKD (very low carb ketogenic diet), LCHF (low-carbohydrate-high-fat), дієта Аткинса, дієта з середньою довжиною ланцюга тригліцеридів. Незважаючи на деякі відмінності, всі низьковуглеводні дієти призводять до аналогічних змін гомеостазу. КД позитивно впливає на жирову тканину через: зниження ліпосинтезу, підвищення окислення ліпідів і збільшення адипонектину. КД має суперечливу роль у відчутті голоду, але остаточний ефект є анорексигенним.. КД відіграє суперечливу роль у мікробіомі. В цілому, КД проявляється через зменшення α різноманітності (різноманітність в одній екосистемі/зразку) та зменшення багатства (кількості різних видів у середовищі існування/зразку). КД впливає на здоров'я кишечника через метаболіти, що виробляються різними мікробами: збільшення/зменшення КЛЖК (коротколанцюгових жирних кислот), збільшення сірководню і зменшення лактату. КД може впливати на ЦНС (центральну нервову систему) не лише прямо, але й опосередковано. Передбачається, що вплив КД на мозок опосередковується мікробіотою через збільшення КЛЖК і зменшення γ -глутамінової кислоти. *A. muciniphila* і *Lactobacillus* відомі як продуценти КЛЖК. КЛЖК транспортуються монокарбоксилазними транспортерами, що експресуються в ГЕБ. *Desulfovibrio* має здатність виробляти сірководень і, як наслідок, порушувати слизовий бар'єр кишечника. Зменшення кількості *Desulfovibrio* та збільшення кількості *A. muciniphila* та *Lactobacillus* може сприяти покращенню ГЕБ та нервово-судинної системи. КД може опосередковано впливати на жирову тканину через мікробіоту шляхом зниження глікемії через фосфорилування аденозинмонофосфат-активованої протеїнкінази (АМРК), підвищення чутливості до інсуліну та збільшення КЛЖК. Велика кількість *A. muciniphila* та *Lactobacillus spp.* призводила до зниження маси тіла та глікемії. Продемонстровано, що у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу, які отримували метформін, виявлено вищий рівень *A. muciniphila*, що може бути пов'язано зі здатністю метформіну знижувати масу тіла шляхом

активації АМРК-шляхів. *A. muciniphila* пов'язана з підвищенням чутливості до інсуліну, і *Lactobacillus* може відігравати таку ж роль через вироблення КЛЖК: кілька досліджень показали, що *Lactobacillus* тісно пов'язані зі зниженням маси тіла. Необхідно зазначити, що мікробіота може бути дуже мінливою, а її пластичність залежить від багатьох факторів. Було виявлено зниження ризику розвитку інфекцій під час КД при застосуванні специфічних пре- та пробіотиків. Крім того, багатообіцяючі дані рандомізованих контрольних досліджень свідчать про те, що якісні харчові жири суттєво впливають на склад мікробіоти кишечника. Дієти з високим вмістом жирів та гарною якістю поліненасичених жирів і білка рослинного походження здатні підтримувати нормальну функцію кишечника. Паралельно слід рекомендувати відмову від штучних підсолоджувачів, щоб уникнути негативного впливу на загальний стан здоров'я, спричиненого зміною мікробіоти кишечника.

Висновок: КД - це загальний опис із кількома визначеннями дієт, які можуть спричинити кетоз. Кожна дієта відрізняється складом макроелементів і, таким чином, може мати різний метаболічний вплив, окрім цього на мікробіоту кишечника також впливають й багато інших факторів (застосування пре- та пробіотиків, якісні харчові жири, підсолоджувачі і навіть саме схуднення). Через неоднорідність доклінічної роботи та відсутність добре проведених клінічних випробувань на даний момент неможливо визначити чіткі «основні» зміни мікробіоти, але точно можна стверджувати, що КД змінює α різноманітність, багатство та виробництво мікробних метаболітів.

ІНТЕРВЕНЦІЙНА КАРДІОЛОГІЯ ЯК ВАЖЛИВА ГАЛУЗЬ

У МЕДИЦИНИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Світлична К.О., Гопцій О.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. Інтервенційна медицина — це розділ кардіології, який займається катетерним лікуванням структурних захворювань серця. Більшість процедур проводяться в серцево-судинній системі, включаючи вени, серце і артерії. Ця спеціалізація кардіології використовує мінімально інвазивний підхід до лікування з розміром проколу голки в кілька міліметрів і не вимагає більшої допомоги розрізів або проникнення інструментів в організм.

Мета. Оцінити важливість інтервенційної кардіології та висвітлити основні процедури, що в неї входять.

Матеріали та методи. Ми проаналізували як вітчизняну, так і зарубіжну літературу щодо вказаної теми та мети. Також було включено в дослідження перегляд сучасних інтернет-джерел.

Результати. Насамперед воно включає лікування ішемічної хвороби серця, судинних патологій та набутих структурних захворювань серця. Сюди також входить цілий спектр станів: від стабільної стенокардії до серцевих нападів. Лікування включає нехірургічні процедури з використанням балонів, стентів і проведення мінімально інвазивних досліджень коронарної артерії з використанням проводів тиску (iFR/FFR) та інструментів візуалізації, таких як внутрішньосудинне ультразвукове дослідження та оптична когерентна томографія. Всі ці процедури проводять через катетер, який вводять в артерію на зап'ясті або в паху під місцевою анестезією.

Інтервенційні кардіологи виконують різні діагностичні та терапевтичні процедури, у тому числі:

- Алкогольна перегородкова абляція. Ця катетерна процедура зазвичай використовується як нехірургічний спосіб лікування гіпертрофічної кардіоміопатії (ГКМП), потовщення серцевого м'яза.

- Ангіопластика: мінімально інвазивна процедура, при якій використовується такий пристрій, як балон або стент, щоб відкрити закупорену артерію та відновити кровотік.

- Втручання при хронічній повній оклюзії: використовується для лікування повної закупорки однієї або кількох коронарних артерій (хронічна повна оклюзія).

- Спрямована коронарна атеректомія (DCA). Ця ендоваскулярна процедура використовується для видалення закупорки коронарних артерій, покращення притоку крові до серцевого м'яза та полегшення болю.

- Ендоваскулярна тромбектомія: ця мінімально інвазивне втручання зазвичай використовується для видалення згустку крові (тромбу), що блокує артерію.

- Черезшкірне відновлення клапанів.

- Стентування. Серцевий стент, що використовується для розширення та утримання відкритої заблокованої коронарної артерії, є крихтним пристроєм, що імплантується в коронарну артерію за допомогою одного з декількох типів мінімально інвазивних процедур.

- Відновлення дефекту міжшлуночкової перегородки (ДМШП).

Висновки. В останні десятиліття інтервенційна кардіологія отримала швидке і широке впровадження як ефективний альтернативний хірургічному лікуванню спосіб усунення вроджених та набутих вад серця. Подібні досягнення наголошують на важливості бути в курсі останніх новин в галузі інтервенційної медицини.

СИНДРОМ БРУГАДА – ОДНА З ПРИЧИН РАПТОВОЇ СМЕРТІ

Темнохуд М.М., Гопцій О.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. Раптова смерть, ймовірно, є найбільшою проблемою у сучасній кардіології. Більшість летальних випадків відбуваються через серцево-судинні захворювання, а більшість раптових серцевих смертей пов'язана з аритміями, вторинними стосовно структурних захворювань серця або первинних електричних порушень серця. Однією з таких причин є симптом Бругада (СБ) – спадкове захворювання, що характеризується схильністю до непритомності та зупинки серця, переважно під час сну. Середній вік раптової смерті при захворюванні становить близько 40 років.

Мета. Висвітлити загальновідомі фактори ризику, критерії діагностики та підкреслити сучасні методи лікування при СБ.

Матеріали та методи. Ми проаналізували як вітчизняну, так і зарубіжну літературу щодо вказаної теми та мети. В дослідження були включені інтернет-джерела, такі як PubMed та Cochrane library.

Результати. Поширеність захворювання становить ~1:2000, частіше діагностується у чоловіків молодого та середнього віку, хоча стать пацієнта, ймовірно, не впливає на прогноз. Попри те, що СБ вважається спадковим синдромом аритмії, більшість випадків не пов'язані з будь-яким причинним варіантом гена. Дані електрокардіограми (ЕКГ) підтверджують різний ступінь змін деполяризації та реполяризації з вигнутим підйомом сегмента ST ≥ 2 мм та негативним зубцем Т у правих прекардіальних відведеннях. Ці зміни ЕКГ часто мають переривчастий характер і можуть бути спровоковані лихоманкою або прийомом блокаторів натрієвих каналів. Дедалі більше даних, отриманих внаслідок візуалізації серця, епікардіальної абляції та патологоанатомічних досліджень, дозволяють припустити наявність епікардіального аритмічного субстрату у виносному тракті правого шлуночка. Стратифікація ризику спрямована на виявлення тих, хто

наражається на підвищений ризик раптової серцевої смерті, при цьому добре встановленими факторами є наявність спонтанних змін ЕКГ та зупинка серця або кардіогенну непритомність в анамнезі. Поточне лікування включає консервативні заходи безсимптомних пацієнтів, включаючи контроль лихоманки й відмову від прийому ліків. Хворим із симптомами зазвичай встановлюють імплантований кардіовертер-дефібрилятор, а пацієнтам із рецидивною аритмією застосовують хінідин та епікардіальну абляцію.

Висновки. Синдром Бругада – рідкісний спадковий синдром аритмії, що призводить до підвищеного ризику раптової серцевої смерті, незважаючи на структурно нормальне серце. Діагноз ставиться виходячи з певної картини електрокардіограми, спостерігається або спонтанно, або під час тесту з блокатором натрієвих каналів. Імплантований кардіовертер-дефібрилятор є основою лікування пацієнтів із синдромом Бругада.

ІНФАРКТ МІОКАРДУ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Титаренко М.В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Інфаркт міокарду (ІМ) залишається однією з провідних причин смерті в усьому світі, особливо серед пацієнтів з цукровим діабетом. Цукровий діабет є серйозним фактором ризику розвитку серцево-судинних захворювань і часто ускладнює перебіг інфаркту міокарду. Ця проблема стає все більш актуальною, оскільки захворюваність на цукровий діабет постійно зростає у всьому світі, а також через тенденцію до погіршення життєвого способу і збільшення кількості факторів ризику серцево-судинних захворювань, таких як куріння, неправильне харчування, недостатній рівень фізичної активності та стрес.

Мета: оцінити вплив цукрового діабету на ризик виникнення та перебіг інфаркту міокарду, а також на ефективність лікування у пацієнтів з

обома цими захворюваннями. Основні цілі дослідження включають аналіз факторів ризику, оцінку ускладнень, вивчення лікувальних стратегій та їх ефективності у цій групі хворих. Додатковою метою є визначення можливостей для покращення діагностики та профілактики інфаркту міокарду у пацієнтів з цукровим діабетом.

Матеріали та методи: для цього дослідження було використано дані з ретроспективного аналізу клінічних випадків пацієнтів із ІМ, які мали або не мали цукровий діабет. Вивчалися такі параметри, як вік, стать, наявність інших супутніх захворювань, серед яких цукровий діабет, а також фактори ризику, лікувальні підходи та результати лікування. Додатково було проведено мета-аналіз результатів попередніх досліджень, що дозволило отримати більш точні висновки. У дослідженні також використовувалися дані молекулярно-генетичного аналізу з метою встановлення специфічних генетичних факторів, які можуть бути відповідальними за збільшений ризик інфаркту міокарду у пацієнтів з цукровим діабетом.

Результати: дослідження показало, що пацієнти з цукровим діабетом мають значно вищий ризик виникнення інфаркту міокарду порівняно з пацієнтами без цієї патології. Крім того, вони частіше розвивають ускладнення та мають гірший прогноз щодо виживання. Важливою частиною результатів було виявлення ефективності певних стратегій лікування, спеціально адаптованих до потреб пацієнтів з цукровим діабетом, що дозволяє знизити ризик інфаркту міокарду та його ускладнень у цій групі хворих. Також було встановлено, що контроль рівня цукру в крові та інших факторів ризику цукрового діабету є важливими для покращення прогнозу пацієнтів із ІМ. Молекулярно-генетичний аналіз показав потенційні генетичні маркери, які можуть бути корисними для індивідуалізації лікування та ранньої діагностики інфаркту міокарду у пацієнтів з цукровим діабетом.

Висновок: цукровий діабет є серйозним фактором ризику розвитку та ускладнення інфаркту міокарду. Лікування пацієнтів з цими двома захворюваннями вимагає індивідуалізованого підходу та спеціалізованої уваги до контролю рівня цукру в крові та інших факторів ризику серцево-судинних захворювань. Додаткові дослідження та розвиток нових технологій у цій області можуть покращити прогноз та якість життя цих пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ОСІБ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Чала Т.Ю., Василенко М.Ю., Кобзар Є.С., Панченко Г.Ю.

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна

Актуальність. Цукровий діабет (ЦД) - системне захворювання, що розвивається в результаті абсолютного (І тип) або відносного (ІІ тип) дефіциту інсуліну, що наводить спочатку до порушення вуглеводного обміну, а потім до порушення всіх видів обміну речовин і ураження всіх функціональних систем організму. Серед хворих на цукровий діабет (ЦД) спостерігається значна розповсюдженість запальних процесів (ЗП). Вони носять генералізований характер і в більшості випадків мають середньо-тяжку ступінь. Багатогранність патогенезу ЗП на тлі ЦД обумовлює комплексність підходу до лікування ЗП, що включає загальну та місцеву терапію. При місцевій терапії можливе призначення фітопрепаратів, що впливають на різні ланки патогенезу, сприяють корекції порушених процесів метаболізму.

Мета: обґрунтувати застосування фітопрепаратів у комплексному лікуванні ЗП у хворих на ЦД ІІ типу.

Результати дослідження. Для нормалізування обміну вуглеводів, що порушений при ЦД, можливе використання лікарських рослин (ЛР), що мають інсуліноподібну дію, наприклад, не лише відомий «арфазетин», а й

настої для внутрішнього застосування з листя чорниці, барбарису, суниці, квіток бузини, стулок квасолі. При наявності запального компонента місцеве лікування спрямоване на зменшення набряку, гіперемії, кровоточивості ясен. Багато ендокринологів настійно рекомендують включати в раціон харчування рослинну їжу, що містить цукрознижувальні (гіпоглікемічні) речовини, такі як галегін, інозин, інулін. Це настої ягід шипшини, стулок стручків квасолі, настойка з чорниці, чаї з листя брусниці, бузини, вишні, ожини та чорниці, прянощі - базилік, ванілін, імбир, меліса, мускатний горіх, овочі - селера, буряк, петрушка, топінамбур. Також можливе застосування гіпоглікемічних зборів, до складу яких повинні входити листя чорниці, стулки стручків квасолі звичайної, насіння льону, зелена солома вівса, стулки стручків квасолі, листя лавра благородного, плоди ялівцю, кукурудзяні стовпчики з приймочками, трава манже. Відвари цих трав приймають тричі на добу. Дані рослини також мають тонізуючу, імуностимулюючу, жовчогінну, седативну дію, а також збагачують організм вітамінами, мікро- і макроелементами, сприятливо впливають на всі види обміну речовин. Згідно з оглядом джарел, доцільно вводити у фітозбори та застосовувати траву звіробою, листя шавлії, кору дуба, квітки нагідок, квітки арніки. Рекомендований асортимент підібрано виключно з офіційної лікарської рослинної сировини, яка є у вітчизняній аптечній мережі, може бути заготовленою чи вирощеною в Україні.

Висновки. У комплексному лікуванні ЗП на тлі ЦД II типу можливе широке використання фітопрепаратів. Доступність та простота використання цих засобів, відсутність побічних реакцій надають особливої актуальності подальшому пошуку джерел ЛР для застосування при лікуванні даної патології.

СПОЖИВАННЯ СОЛОДКИХ НАПОЇВ І ВИПАДКИ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

Явтушенко А.Є., Ященко В.О., Тверезовська І.І.

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна

Вступ. Хронічна хвороба нирок (ХНН) – це серйозна глобальна проблема охорони здоров'я, яка вражає понад 800 мільйонів людей у всьому світі. Враховуючи необоротний характер ХНН, слід заохочувати до зміни способу життя, щоб запобігти цьому. Серед цих факторів модифікація дієти є наріжним каменем для запобігання та лікування ХНН. Споживання напоїв є важливою частиною харчового раціону через його потенціал впливу на баланс рідини, споживання поживних речовин і метаболічні шляхи. Усе більше доказів вказує на те, що існує зв'язок між споживанням солодких напоїв і кардіометаболічними захворюваннями. Навіть натуральні соки, які містять природні поживні речовини, слід вживати з обережністю, оскільки вони пов'язані зі збільшенням ваги, розвитком метаболічного синдрому та діабету 2 типу.

Матеріали та методи. Опрацювання бази наукових даних, наукових статей, мета-аналізів.

Результати. Стосовно обраної теми та знайшли потрібне нам дослідження, яке було проведено в Великобританії. У цьому дослідженні спочатку було відібрано 210 950 учасників, які заповнили принаймні 1 онлайн-анкету про дієту в Біобанку Великобританії. У цьому дослідженні оцінювали расову та етнічну приналежність, щоб врахувати потенційні відмінності расової та етнічної приналежності при ХНН. Щоб дослідити ризик розвитку ХНН, були виключені учасники з відсутніми даними щодо розрахункової швидкості клубочкової фільтрації або співвідношення альбуміну до креатиніну в сечі, розрахункова швидкість клубочкової фільтрації нижче 60 мл/хв/1,73 м², співвідношення альбуміну до креатиніну в сечі вище 30 мг /г або наявність в анамнезі ХНН або ниркової

недостатності із замісною терапією на початку дослідження. Це дослідження також не брало до уваги учасників, у яких розвинулась ХХН до того, як було заповнено останню дієтичну анкету. Базові характеристики досліджувалися за 3 видами напоїв: штучно підсолоджена вода, підсолоджені напої та натуральні соки.

Учасники з більшим споживанням підсолоджених напоїв частіше були молодшими та чоловіками, мали вищий індекс маси тіла (ІМТ, розрахований як вага в кілограмах, поділена на зріст у метрах у квадраті) і споживали більше загальної кількості енергії та цукру порівняно з учасниками з нижчим рівнем маси тіла. Крім того, вони мали більш високі рівні тригліцеридів і високочутливого С-реактивного білка (hsCRP). Учасники з більшим споживанням штучно підсолоджених напоїв частіше були молодшими та жінками і мали вищий ІМТ порівняно з учасниками з меншим споживанням штучно підсолоджених напоїв. Порівняно з учасниками, які не вживали штучно підсолоджені напої, учасники з більшим споживанням штучно підсолоджених напоїв продемонстрували дещо підвищене споживання енергії та вищі рівні тригліцеридів і hsCRP. Однак істотної різниці між споживанням штучно підсолоджених напоїв і споживанням цукру не було. Люди, які споживали натуральні соки, мали вищу загальну енергію та споживання цукру, частіше були чоловіками та мали відносно вищий рівень тригліцеридів, ніж з меншим споживанням натуральних соків.

Проаналізувавши статистичні дані, які були наведені авторами ми можемо з упевненістю сказати що не було суттєвої різниці в ризиках виникнення ХХН при заміні підсолоджених напоїв штучно підсолодженими напоями. Заміна 1 порції підсолоджених напоїв на день натуральними соками була пов'язана зі зниженням ризику виникнення ХХН. Ми оцінили взаємодію між споживанням напоїв і заздалегідь визначеними підгрупами щодо ризику розвитку ХХН. Не було суттєвої взаємодії між більшістю

факторів підгрупи та споживанням напоїв для розвитку ХХН. Однак існує взаємодія між статтю та споживанням натуральних соків щодо ризику ХХН.

Підсумовуючи, результати показали, що вживання більше ніж 1 порції підсолоджених напоїв на день або будь-якої кількості штучно підсолоджених напоїв пов'язане з підвищеним ризиком ХХН. Хоча споживання натуральних соків саме по собі не було пов'язане з ризиком виникнення ХХН, заміна 1 порції на день підсолоджених напоїв або штучно підсолоджених напоїв натуральними соками чи водою була пов'язана зі зниженням ризику виникнення ХХН. Ці результати можуть дати розуміння зв'язку між вживанням напоїв і профілактикою ХХН.

Висновок. Проаналізувавши дане дослідження, отримані результати повідомляють про те що підвищене споживання підсолоджених напоїв або штучно підсолоджених напоїв було пов'язане з вищим ризиком виникнення ХХН, тоді як споживання натуральних соків не підвищувало ризик виникнення. Ці результати свідчать про те, що здорові звички вживання напоїв можуть бути важливими для запобігання ХХН. Однак, ми виявили що в цьому дослідженні проводився аналіз медіації для деяких аспектів, ми спостерігали лише частковий непрямий ефект, пов'язаний із споживанням цукру або ІМТ. Тому необхідні подальші дослідження з використанням метаболітів або біомаркерів, щоб повністю пояснити складний зв'язок між вживанням напоїв і ризиком ХХН.

СИНДРОМ ЛЕВА-ЛЕНЕГРА

Ярмішко К.І., Видря К.Ю., Тверезовська І.І.

Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна

Актуальність. Хвороба Ленегра-Лева – повільно прогресуюче ураження провідної системи, що поєднує дегенеративно-склеротичні зміни її внутрішньошлуночкової частини з кальцифікацією та фіброзом сполучної тканини серця. Є одним із найпоширеніших порушень серцевої провідності

та є серйозним та потенційно небезпечним для життя розладом, будучи однією з основних причин імплантації кардіостимулятора.

Мета. Вивчити причини даного захворювання та основні можливості його ранньої діагностики.

Матеріали та методи. Наукові статті, рандомізовані дослідження, системні огляди.

Результати. Вперше патологія була описана у 1960 році французькими кардіологами Н. Левом та Ж. Ленеграм. У сучасній медичній літературі вона також відома як ідіопатичний двосторонній фіброз ніжок пучка Гіса, хронічна ідіопатична серцева АВ-блокада. Хвороба вражає переважно чоловіків середнього віку, хоча є поодинокі описи випадків захворювання у молодих пацієнтів 19-20 років і навіть першого десятиліття життя.

Прогресуюче уповільнення провідності відноситься до групи первинних електричних захворювань серця, поява яких не пов'язана з серцево-судинними хворобами (ІХС, стенокардією, інфарктом міокарда). В основі захворювання лежить дефект гена SCN5A, що в нормі відповідає за формування та функціонування натрієвих каналів кардіоміоцитів. Мутація SCN5A призводить до збою в роботі іонних каналів і поступової корекції дегенерації збудливих волокон серцевого м'яза, що не піддається. В результаті розвивається і повільно прогресує порушення проведення імпульсу, що у 5-15% закінчується повною атріовентрикулярною блокадою, що веде до смерті.

Хворі зазвичай скаржаться на швидку стомлюваність і слабкість, апатичність, відчуття перебоїв у серці, переднепритомні стани, непритомність (синкопальні стани), запаморочення, короткочасне оніміння пальців кінцівок. Розвиток повної поперечної блокади супроводжується синдромом Морганьї-Адамса-Стокса, обумовленим гострою недостатністю кровопостачання мозку.

Для встановлення правильного діагнозу особливе значення мають дані сімейного анамнезу: характерні для патології симптоми або випадки серцевої смерті у найближчих родичів дають кардіологу підставу підозрювати хворобу Ленегра-Лева. З об'єктивних методів діагностики застосовуються стандартна ЕКГ, холтерівське моніторування ЕКГ та молекулярно-генетичне обстеження.

Лікування проводиться шляхом імплантації електрокардіостимулятора (ЕКС) у найкоротші терміни після виявлення захворювання. Навіть за відсутності виражених клінічних симптомів метод пасивного спостереження не застосовується, оскільки синкопальні стани, що загрожують життю, можуть виникати спонтанно без попереднього погіршення самопочуття. Імплантація ЕКС у більшості випадків дозволяє вести повноцінне соціальне та побутове життя.

Після встановлення ЕКС, навіть при задовільному самопочутті, пацієнт повинен спостерігатися у кардіолога та виконувати рекомендації щодо корекції способу життя: виключити з раціону продукти харчування, що спричиняють прогресування захворювань серцево-судинної системи; повністю виключити шкідливі звички, підтримувати оптимальний рівень фізичної активності за допомогою спеціально підібраних вправ.

Висновок. Важливо своєчасно встановлювати вроджені захворювання для ініціації лікування та попередження як ускладнень, так і ранньої раптової смертності. Попри інструментальні та лабораторні методи дослідження правильний для всебічний збір сімейного анамнезу та анамнезу захворювання – простий для доступний для клініциста метод дослідження спадкових серцево-судинних захворювань.

Відповідальний редактор: Железнякова Н.М.

Редакційна колегія: Молодан В.І., Просоленко К.О., Візір М.О.

Відповідальний секретар: Тверезовська І.І.

«Всеукраїнська науково-практична конференція студентів, присвячена пам'яті академіка Л.Т. Малої, із нагоди 105-річниці з дня народження/ збірник тез, Харків ХНМУ, 2024. – 65 с.

До збірника включено тези студентів та молодих вчених.

Надіслані до Оргкомітету матеріали публікуються без редакторської та коректорської правки, відповідальність за їх зміст несуть автори.