

**Громадська організація
«Львівська медична спільнота»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЧНІ НАУКИ: ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ,
СУЧАСНИЙ СТАН
ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕНЬ»**

27-28 вересня 2019 р.

**Львів
2019**

УДК 61(063)
М42

М42 Медичні науки: історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень : Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 27-28 вересня 2019 року). – Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2019. – 96 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Медичні науки: історія розвитку, сучасний стан та перспективи досліджень».

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

УДК 61(063)

© Автори статей, 2019
© Львівська медична спільнота, 2019

Олекшій П. В. ВМІСТ ЕРИТРОЦИТАРНОГО ІНДЕКСУ ІНТОКСИКАЦІЇ В КРОВІ В ДИНАМІЦІ ФОРМУВАННЯ ІММОБІЛІЗАЦІЙНОГО СТРЕСУ	45
Регеда С. М. ВМІСТ ІМУНОГЛОБУЛІНІВ M I G В КРОВІ У ДИНАМІЦІ РОЗВИТКУ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАРОДОНТИТУ	46
Іванченко С. В., Щолок Т. С. ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ЕКОНОМІЧНІСТЬ: ПЕРСПЕКТИВА ЗАСТОСУВАННЯ БРІДЖ-ТЕРАПІЇ ЕКУЛІЗУМАБОМ У ПОЄДНАННІ З ТРАНСПЛАНТАЦІЄЮ ЧЕРВОНОГО КІСТКОВОГО МОЗКУ У ХВОРИХ НА ПАРОКСИЗМАЛЬНУ НІЧНУ ГЕМОГЛОБІНУРІЮ.....	48

НАПРЯМ 2. ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

Гороховская Ю. В. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ (ЭКСПЕРИМЕНТ)	52
Деньга А. Э. ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА «КРЕМНИЙ АКТИВНЫЙ» НА ТКАНИ ПАРОДОНТА ЖИВОТНЫХ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА.....	56
Дуб Н. Є., Тісновець І. І., Багрій І. І. ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО УТОЧНЕННЯ ОКРЕМИХ ДЕФІНІЦІЙ, ЯКІ УТВОРЮЮТЬ ПОНЯТІЙНО- КАТЕГОРІЙНИЙ АПАРАТ МЕНЕДЖМЕНТУ В МЕДСЕСТРИНСТВІ	61
Іванченко С. В., Дякова М. А. ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПОЧАТКОВИХ ПРОЯВІВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	66
Опарин А. А. ОСОБЕННОСТИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯЕВРОПЕЙСКОГО СРЕДНЕВЕКОВОГО ГОРОДА И ПРИЧИНЫ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ.....	69

НАПРЯМ 3. ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ

Карпушина С. А., Баярка С. В. РОЗРОБКА УМОВ ІДЕНТИФІКАЦІЇ І КІЛЬКІСНОГО ВИЗНАЧЕННЯ АНТИДЕПРЕСАНТА ТРАЗОДОНА МЕТОДОМ ВИСОКОЕФЕКТИВНОЇ РІДИННОЇ ХРОМАТОГРАФІЇ З МУЛЬТИХВИЛЬОВИМ УФ-СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИМ ДЕТЕКТУВАННЯМ.....	76
Погосян О. Г., Полюян С. М. АКТУАЛЬНІСТЬ РОЗРОБКИ МЕТОДІВ ХІМІКО-ТОКСИКОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ АНТИАНГІНАЛЬНИХ ЗАСОБІВ	79

Іванченко С. В.
*кандидат медичних наук,
асистент кафедри загальної практики –
сімейної медицини та внутрішніх хвороб*

Дякова М. А.
*студентка VI курсу першого медичного факультету
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПОЧАТКОВИХ ПРОЯВІВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ – СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Цукровий діабет (ЦД) є однією з найсерйозніших медико-соціальних проблем. Згідно статистики ВООЗ протягом останніх десяти років кількість хворих на ЦД у світі зросла у 1,5–2 рази [1]. З огляду на те, що більшість хворих не звертаються до лікарів вчасно, то реальна кількість таких осіб є вищою у 3–4 рази ніж існуючі статистичні дані [2].

22 квітня 2013 року у журналі «Endocrine Practice», який видавався під егідою Американської асоціації клінічних ендокринологів та Американського коледжу ендокринологів ААСЕ/АСЕ, опубліковано оновлені клінічні рекомендації ААСЕ по діагностиці та лікуванню ЦД 2 типу. Вперше клінічні рекомендації по терапії діабету припускають не тільки зміну способу життя, дієтотерапію й фармакологічну терапію для пацієнтів, які вже страждають на цю патологію, а й включають алгоритм терапії станів, які є патогенетичною преамбулою діабету, а саме – ожиріння, предіабет та серцево-судинні фактори ризику. Таким чином, оновлені клінічні рекомендації по веденню хворих з ЦД 2 типу позиціонують пріоритет профілактичного підходу у контролюванні даного патологічного стану, видокремлює первинну профілактику (виникнення ЦД), вторинну (ранню діагностику й своєчасне виявлення) та третинну (запобігання ускладнень) [3].

Отже, проміжним перехідним станом між нормальним рівнем вмісту глюкози крові й діабетом з порушенням толерантності до глюкози (ПТГ) або глікемією натщесерце є предіабет. Предіабет – порушення

вуглеводного обміну, що призводить до високого ризику розвитку ЦД при значеннях глюкози плазми, недостатніх для постановки діагнозу даного захворювання. Патогенетичною основою предіабету вважають знижену активність інсуліну у гепатоцитах, адипоцитах й клітинах м'язової тканини, обумовлену кількісною нестачою або зниженням чутливості рецепторів на поверхні клітин до інсуліну (інсулінорезистентність) [4]. У хворих з помірною гіперглікемією основний дефект полягає в зниженні чутливості до інсуліну на рівні периферичних тканин, головним чином в м'язах. А при гіперглікемії натще додатковим фактором може бути підвищення продукції глюкози печінкою [5].

В даний час у більшості випадків предіабет виявляють випадково у межах планових диспансерних обстежень населення або прицільного обстеження пацієнта при підтвердженні/виключенні порушень вуглеводного обміну. Особливістю предіабету є відсутність чіткої клінічної симптоматики, що у першу чергу пояснюється незначною глюкозурією й збереженим забезпеченням енергією органів і тканин. Золотим стандартом діагностики цього патологічного стану на сьогодні вважається проведення глюкозо-толерантного тесту натщесерце з визначенням рівня глюкози крові до проби й через дві години після навантаження 75 грамами глюкози. На підставі отриманих результатів встановлюється діагноз предіабету, ЦД, або нормальної толерантності до глюкози. В останні роки набув розповсюдження і інший метод діагностики, який зручний тим, що може проводитися в будь-який час доби, незалежно від стану натщесерце або після прийому їжі. Цей метод заснований на визначенні в крові глікозильованого гемоглобіну.

Відомо, що більшість пацієнтів з предіабетом у подальшому страждає на ЦД 2-го типу. Однак, дані рандомізованих клінічних досліджень продемонстрували, що за умови ранньої діагностики, зміни способу життя з одночасним застосуванням лікарських препаратів ризик розвитку ЦД 2-го типу у таких осіб вірогідно зменшується [6]. Отже, предіабет є важливим, раніше недооціненим клінічним станом, що відображає початкову прогресію глибоких змін в організмі хворого за рахунок ЦД, коли можна діагностувати й впливати на нього з метою зворотного розвитку. Особливістю розвитку ЦД 2-го типу є те, що захворювання не починається в момент виявлення значної гіперглікемії, а розвивається поступово, протягом 5-10 років.

Враховуючи зміни та реформування охорони здоров'я, які зараз проводяться в Україні, лікування хворих на ЦД 2-го типу є професійним обов'язком не лише лікарів – ендокринологів, а також лікарів загальної практики. Саме вони повинні робити перші кроки щодо виявлення, діагностики та допомозі пацієнтам з ЦД 2-го типу. Подібний підхід є притаманним більшості країн Європи і світу, де ведення пацієнтів з ЦД 2-го типу, первинна та вторинна профілактика цього захворювання здійснюється виключно сімейними лікарями, що призводить до значного зменшення витрат системи охорони здоров'я [7].

Отже, головним кроком лікаря загальної практики – сімейного лікаря є забезпечення у пацієнтів з ЦД контролем цільового рівня глюкози в крові насамперед за допомогою навчання їх здоровому способу життя. Але дуже незначна кількість таких осіб може досягти бажаного глікемічного контролю на декілька місяців за допомогою немедикаментозних методів. Тому як для запобігання небажаних ускладнень, так і для досягнення цільового рівня глюкози доцільно одночасне використання немедикаментозних та медикаментозних методів лікування.

Щодо тактики ведення хворого з предіабетом, на даний час не визначено специфічних ліків, що схвалені Управлінням з контролю якості харчових продуктів й лікарських препаратів (FDA). У цьому випадку доцільним вважається щорічний дворазовий контроль рівня цукру крові. Згідно Американської діабетичної асоціації, якщо вміст глюкози крові знаходиться у межах норми, то слід перевіряти його кожні 3 роки, або частіше, якщо це необхідно з точки зору лікаря.

Отже, темпи зростання кількості хворих на ЦД 2-го типу виправдовує ведення осіб цієї когорти лікарями первинної ланки з можливістю консультивання у ендокринолога. Поширення обізнаності лікарів щодо сучасних аспектів ведення хворого з предіабетом та його своєчасної корекції дає можливість запобігання у подальшому розвитку ЦД 2-го типу. Виправданим є більш широке й раннє призначення гіпоглікемічних засобів з мінімальним ризиком розвитку гіпоглікемії на стадії звернення пацієнта.

Список літератури:

1. International Diabetes Association, 2017. IDF diabetes atlas – Across the globe.

2. Державний експертний центр МОЗ України. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 2-го типу. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.12.2012. № 1118.
3. AACE Comprehensive Diabetes Management Algorithm 2013 / AJ Garber [et al.] // J. Endocr. Pract. – 2013. – Vol. 19, № 2. – P. 327-336.
4. Атлас IDF. 7-е изд. – 2015.
5. Аметов А. С. Цукровий діабет 2 типу: проблеми та рішення / А. С. Аметов. М.: ГЕОТАР – Медіа, 2012. – Т. 1. – С. 84-85.
6. Therapeut Clin Risk Managem / К. С. Portero McLellan [et al.]. – 2014. – № 10. – P. 173-188.
7. Providing Diabetes Care in General Practice. A Practical Guide to Integrated Care. Fifth edition. Gwen Hall RMN, RGN, BSc (Hons). – Class Publishing, London. – 2007. – 434 p.

Опарин А. А.

*доктор медицинских наук, профессор,
президент*

*Украинская Академия Истории Медицины,
заведующий кафедрой терапии, ревматологии
и клинической фармакологии*

*Харьковская медицинская академия последипломной работы
г. Харьков, Украина*

ОСОБЕННОСТИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО СРЕДНЕВЕКОВОГО ГОРОДА И ПРИЧИНЫ ЕГО ФОРМИРОВАНИЯ

История медицины эпохи Средних веков являет нам весьма примечательное, и на первый взгляд необъяснимое по своей отсталости, остающейся неизменной на протяжении тысячи лет (!) санитарно-эпидемиологическое состояние города.

● **Особенности санитарно-эпидемиологического состояния городов средневековой Европы**