

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



МАТЕРІАЛИ

Всеукраїнської науково-практичної
конференції молодих учених
«МЕДИЧНА НАУКА – 2023»

(Полтава, 1 грудня 2023 року)



Полтава-2023

МАТЕРІАЛИ

**Всеукраїнської науково-практичної
конференції молодих учених
«МЕДИЧНА НАУКА – 2023»
(Полтава, 1 грудня 2023 року)**

Городницька І.М.	23
ВПЛИВ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ МОЛОДОГО ВІКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВАРІАНТУ ПЕРЕБІГУ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ	
Давиденко А.В.	26
ГЕНЕТИЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ, ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ У НЕОНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	
Драбовська І.А., Маслоva Г.С.	27
ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ І ТОКСИЧНОСТІ СУЧАСНИХ СХЕМ ХІМІОТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ ЛІМФОЦИТАРНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ	
Іпатій Н.С., Смочко М. Ю.	29
ДІАБЕТИЧНА НЕФРОПАТІЯ ЯК МУЛЬТИФАКТОРНИЙ РОЗЛАД ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ І ТИПУ	
Kavun Yelyzaveta	30
NOVEL BIOMARKERS OF DIABETIC NEPHROPATHY: DEVELOPMENT AND USAGE	
Каширицева О.М., Опарін О.А., Федченко Ю.Г., Хоменко Л.О.	33
РОЛЬ НАДМІРНОЇ ВАГИ В ПАТОГЕНЕЗІ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ	
Онискимова В. Р.	34
ІМУНОПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ТА ПЕРЕДУМОВИ ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ДРЕССЛЕРА ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА	
Підлубна А. М.	36
КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ГОНАРТРИТУ У ЖІНОК З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА НАДЛИШКОВОЮ ВАГОЮ	
Пілат І.О., Скрипник І.М.	37
ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ХВОРИХ НА СТЕАТОТИЧНУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ, АСОЦІЙОВАНУ З МЕТАБОЛІЧНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ	
Рустаян С.Т., Катеренчук І.П., Талаш В.В.	39
ІНДЕКС КОМОРБІДНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ НА НИРКОВО-ЗАМІСНІЙ ТЕРАПІЇ	
Цапенко Ю.П.	40
ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ПОБІЧНОЇ ОТОТОКСИЧНОЇ ДІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ	
Чопик А.В., Довгодько В.С.	42
ПАТОЛОГІЯ РОСТУ, ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПІЗЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОЄДНАННЯ ОСТЕОХОНДРОЕПІФІЗАРНОЇ ДИСПЛАЗІЇ 5 З ГІПОПІТУІТАРИЗМОМ	
Шасько З.О.	44
СТАН КРОВОТОКУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ	
Шаповалова А.С.	45
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЛІПІН-БІОЛІК В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РЕСТРИКТИВНОЇ ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ, ОБУМОВЛЕНОЇ ГОСТРОЮ ПНЕВМОНІЄЮ ТА ПНЕВМОНІЄЮ З ЗАТЯЖНИМ ПЕРЕБІГОМ	

Окрім цього хворим обох цих груп, суглоби яких демонстрували ознаки значного порушення функціонування, призначали компреси з розчином Димексиду в комбінації з гелем Німесуліду на 2 тижні, з подальшим застосуванням типових фізіотерапевтичних процедур переважно теплового характеру добу протягом одного місяця. Визначення ефективності оптимізованої програми терапії відбувалось шляхом порівняння оцінок функціонального стану суглобів за індексом WOMAC та показників індексу Lequesne до лікування та одразу після його завершення.

Таким чином встановлено, що застосування оптимізованої програми терапії дозволило підвищити ефективність лікування, зменшити інтенсивність і тривалість суглобового больового синдрому та значно покращило функціональну спроможність суглобів; її застосування сприяло достовірному зменшенню частки хворих жінок з обмеженням рухів в Г2 та Г3 на 62,21% та 52,12%, із вираженими больовими проявами при активних рухах на 24,89% та 52,12% та із припухлостями суглобів на 13,8% та 12,65%, відповідно, що свідчить про ефективність додавання до базисної терапії запропонованого типу препаратів.

Висновок. Застосування комбінації Розувастатину та препаратів Аргініну в рамках оптимізованої програми комплексної терапії гонартриту у жінок з гіпертонічною хворобою та надлишковою вагою зменшує інтенсивність і тривалість суглобового больового синдрому та значно покращує функціональну спроможність суглобів.

УДК 616.36:616.151-06-07

Пілат І.О., Скрипник І.М.

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО СПЕКТРУ КРОВІ У ХВОРИХ НА СТЕАТОТИЧНУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ, АСОЦІЙОВАНУ З МЕТАБОЛІЧНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Полтавський державний медичний університет

Актуальність теми. Стеатотична хвороба печінки, асоційована з метаболічною дисфункцією (СХПМД), є новою назвою неалкогольної жирової хвороби печінки. Актуальність проблеми СХПМД, зумовлена зростанням розповсюдженості ожиріння в усьому світі, у тому числі і в Україні. Відповідно до сучасних даних, поширеність СХПМД коливається у межах від 10 до 40% і чітко асоціюється із поширеністю надмірної маси тіла та ожиріння. Так, у осіб із індексом маси тіла (ІМТ) 25-29,9 кг/м² СХПМД виявляють у 67% випадків, а за умов наявності ожиріння із ІМТ >30 кг/м² – більше ніж у 94% .

За результатами загальнонаціонального дослідження STEPS (2019) доведено, що в Україні найбільш поширеним фактором ризику неінфекційних захворювань є ожиріння. Так, середній ІМТ серед населення України становить 26,8 кг/м², із чіткою тенденцією до зростання показника із віком. До того ж масу тіла у межах нормальних значень (ІМТ 18,5–24,9 кг/м²) фіксують у 39,6% дорослого населення України, надмірну масу тіла (ІМТ 25-29,9 кг/м²) – у 59,1% – надмірну вагу, 24,8% – ожиріння (ІМТ ≥ 30 кг/м²).

СХПМД охоплює пацієнтів зі стеатозом печінки за умов наявності не менше ніж одного з п'яти кардіометаболічних чинників ризику. Потребують подальшого вивчення особливості порушень ліпідного спектру крові у пацієнтів із СХПМД залежно від наявності надмірної маси тіла і ожиріння та активності печінкових ферментів у біохімічному аналізі крові, таких як аланінова (АЛТ), аспарагінова (АСТ) амінотрансфераза.

Мета – дослідити характер порушень ліпідного спектру крові у хворих на СХПМД та оцінити наявність взаємозв'язку між проявами дисліпідемії та наявністю і ступенем ожиріння та активністю АЛТ і АСТ.

Матеріали і методи. Обстежено 28 пацієнтів із діагнозом СХПМД, які перебували на стаціонарному лікуванні у кардіологічному і гастроентерологічному відділеннях КП "Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського ПОР", з вересня 2022 по вересень 2023 рік, із них 23 (82,1%) чоловіків, 5 (17,9%) жінок. Середній вік обстежених пацієнтів становив $61,90 \pm 9,30$ роки. Діагноз СХПМД було встановлено на підставі виявленого стеатозу печінки під час ультрасонографічного дослідження, наявності підвищення активності печінкових ферментів та наявності одного і більше факторів метаболічного ризику. У обстежених хворих виявлено наступні супутні захворювання: гіпертонічну хворобу – у 20 пацієнтів (71,4%), ішемічну хворобу серця – у 16 (57,1%), цукровий діабет 2-го типу – у 4 (14,3%). Всім пацієнтам були проведені антропометричні дослідження (зріст, вага, підрахунок ІМТ за формулою: маса тіла (кг) / зріст (m^2)), досліджували показники ліпідної панелі (вміст загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), тригліцеридів у сироватці крові), показники біохімічної панелі (активність АЛТ, АСТ). Оцінювали рівень глікованого гемоглобіну. Групу практично здорових склали 25 осіб, віком 23-28 років із показником ІМТ у межах норми, із них 17 (68%) чоловіків та 8 (32%) жінок. Виконували статистичну обробку отриманих результатів.

Результати дослідження. Серед пацієнтів із діагнозом СХПМД не було осіб із нормальною масою тіла, надлишкову вагу зафіксовано у 11 (39,3%) пацієнтів, ожиріння I ступеню – у 6 (21,4%), ожиріння II ступеня – у 6 (21,4%) та ожирінням III ступеня – у 5 (17,9%) хворих.

У пацієнтів із СХПМД активність АЛТ та АСТ у сироватці крові зростала у 2,6 ($p < 0,0001$) та 1,4 ($p < 0,0001$) раза відповідно порівняно із практично здоровими особами, що свідчить про високу активність стеатогепатиту. Одночасно у хворих на СХПМД виявлені порушення ліпідного профілю. Вміст загального холестерину у сироватці крові зростав у 1,2 раза ($p = 0,0002$), ЛПНЩ – у 1,2 раза ($p < 0,0001$), тригліцеридів – у 1,3 раза ($p = 0,008$) відносно норми. Паралельно вміст ЛПВЩ у сироватці крові даної категорії пацієнтів знижувався у 1,2 раза ($p = 0,0005$). Таким чином, у хворих із активною СХПМД порушення ліпідного профілю характеризувались поєднанням зростання концентрації загального холестерину, ЛПНЩ, тригліцеридів за одночасного зниження ЛПВЩ. Не виявлено залежності між ІМТ хворих на СХПМД та показниками ліпідної панелі.

Проте у хворих на СХПМД глікований гемоглобін склав 6,40; 6,03-7,85. Виявлено сильну зворотну кореляційну залежність між показником глікованого гемоглобіну та ЛПВЩ ($r_s = -0,975$, $p = 0,001$). Даний факт підтверджує

роль інсулінорезистентності та зниження показника ЛПВЩ у формуванні стеатозу та стеатогепатиту.

Висновки. СХПМД асоціюється в першу чергу із наступними факторами метаболічного ризику: інсулінорезистентність та атерогенна дисліпідемія.

Ключові слова: стеатотична хвороба печінки, ожиріння, індекс маси тіла, дисліпідемія, інсулінорезистентність.

УДК 616.61-78-085

Рустаян С.Т., Катеренчук І.П., Талаш В.В.

ІНДЕКС КОМОРБІДНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ НА НИРКОВО-ЗАМІСНІЙ ТЕРАПІЇ

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Актуальною проблемою сучасної нефрології є зростання кількості пацієнтів із мультиморбідністю через різноманітні ускладнення внаслідок термінальної стадії ниркової недостатності, які потребують нирково-замісну терапію (НЗТ). Вивчення коморбідної патології у пацієнтів із термінальною стадією хронічної ниркової недостатності (ХНН) має велике значення, що дозволяє лікарям провести оцінку рівня коморбідності, визначення прогностичних показників 10-річної виживаності та оптимізувати тактику лікування.

Мета. Вивчити зміни показника індексу коморбідності у пацієнтів, що перебувають на НЗТ в залежності від наявності цукрового діабету 2-го типу.

Матеріали та методи дослідження. Проведений ретроспективний аналіз 114 медичних карт нефрологічних пацієнтів, які лікувалися в центрі нефрології та діалізу комунального підприємства «Полтавська обласна клінічна лікарня імені М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради». Пацієнти були розподілені на три групи: дві дослідні та одна контрольна. Перша дослідна група налічувала 44 (38,6%) пацієнти, що перебували на НЗТ, які лікувалися методом програмного гемодіалізу. Друга дослідна група налічувала 21 (18,4%) пацієнтів, що також перебували на НЗТ, але методом перитонеального діалізу. Контрольна група складала 49 (43,0%) пацієнтів з ХНН I-II стадій. У залежності від наявності ЦД 2-го типу (ЦД), кожна група була розподілена ще на дві підгрупи. Перша дослідна група налічувала 20 пацієнтів (ГД1) з ЦД 2-го типу, та 24 – без ЦД (ГД2). Таким чином, друга дослідна група з ЦД 2-го типу (ПД1) налічувала 6 пацієнтів, та 15 – без ЦД (ПД2), контрольна група - 26 пацієнтів з ЦД (КГ1), та 23 без ЦД (КГ2). Для розрахунку індексу коморбідності прогностичних показників ризику летальності протягом року та 10 – річної виживаності була використана система за Charlson.

Результати. Середні показники індексу коморбідності в залежності від віку та статті демонструють статистичну достовірну різницю між дослідними та контрольними групами незалежно від наявності цукрового діабету 2-го типу. Так, загальний індекс коморбідності Чарльсона у ГД1 становив $7,7 \pm 1,2$, ГД2 $6,0 \pm 1,4$, ПД1 $7,4 \pm 0,9$, ПД2 $7,1 \pm 1,1$, КГ1 $3,2 \pm 1,4$, КГ2 $1,5 \pm 1,8$. Відповідно статистично достовірною різниця між ДГ1 та КГ1 становив $p=0,001$, ДГ2 та КГ2 $p=0,08$, ПД1 та КГ1 $p=0,001$, та ПД2 з КГ2 $p=0,01$. За результатами обчис-