

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА ВІЙСЬКОВА (ДЕРЖАВНА) АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ГО «АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ БУКОВИНИ»**



**Збірник матеріалів науково-практичної конференції
з міжнародною участю
«КОМОРБІДНИЙ ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАНЬ
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ
ТА НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ КОРЕКЦІЇ»
16-17 березня 2023 року**

Конференція внесена до реєстру заходів
безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5501283

**м. Чернівці
2023**

УДК 616.1/.4-036.1-06-07-08(063)
К 63

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Коморбідний перебіг захворювань внутрішніх органів: сучасний стан проблеми та невирішені питання корекції” (Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, 16-17 березня 2023 року) – Чернівці: Медуніверситет, 2023. – 144 с.

У збірнику наведені матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Коморбідний перебіг захворювань внутрішніх органів: сучасний стан проблеми та невирішені питання корекції” (Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, 16-17 березня 2023 року) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним питанням поєднаного перебігу захворювань внутрішніх органів у хворих різних вікових груп.

Рецензенти:

Ілащук Т.О. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці) МОЗ України.

Плеш І.А. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці) МОЗ України.

Наукова та загальна редакція - д.мед.н., професор О.С. Хухліна

Рекомендовано до друку Вченою Радою Буковинського державного медичного університету (протокол №11 від 23 березня 2023 року)

Буковинський державний медичний
університет, 2023.

гірників основних та допоміжних професій має місце в середньому у віці $36 \pm 2,3$ роки, тоді як у обстежених здорових аналогічного віку показники ліпідного комплексу були в межах референтних величин.

Висновок: У гірників з ІХС в поєднанні з АГ, праця яких пов'язана з впливом шкідливих факторів виробництва та підвищеним фізичним навантаженням, гіперхолестеринемія модифікує несприятливий ефект впливу виробничих факторів, що супроводжується виразним порушенням ендотеліальної функції у більш молодому віці при стажу роботи до 10 років.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ НА РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Князєва О.В., Потабашній В.А.

*Дніпровський державний медичний університет. м Кривий Ріг
therapeutics.pg@dma.dp.ua*

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є однією з провідних причин втрати працездатності, зниження якості життя та смертності населення в Україні. ІХС часто поєднується з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), особливо у пацієнтів старших вікових груп, що веде до взаємного обтяження перебігу ІХС та ХОЗЛ. Існують данні, що у пацієнтів з поєднанням стабільної ІХС та ХОЗЛ можуть формуватися різні фенотипи хронічної серцевої недостатності (ХСН), у відповідності з якими визначають підходи до фармакотерапії. Її основу складають бета2-адреноблокатори, блокатори РААС, антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів та інгібітори НЗКТГ-2. Ці препарати дозволяють зменшити патологічне ремоделювання серця, покращити прогноз пацієнтів. Результати досліджень демонструють позитивний вплив донатора оксиду азоту L-аргініну на перебіг стабільної ІХС, функціональний стан пацієнтів з ХСН. Проте данні щодо впливу L-аргініну на ремоделювання серця є обмеженими та потребують уточнення.

Мета – оцінити вплив комплексної терапії на показники структурно-функціональний стану серця у пацієнтів зі стабільною ІХС в поєднанні з ХОЗЛ.

Матеріали і методи. Обстежені 60 чоловіків зі стабільною ІХС в поєднанні з ХОЗЛ середнім віком 60,2 (6,2) роки. При діагностиці ІХС керувалися Наказом МОЗ України № 2857 від 27.12.2021р. з урахуванням рекомендацій ЄКТ 2019р. Діагностику ХОЗЛ проводили відповідно до Адаптованої клінічної настанови НАМН України «Хронічне обструктивне захворювання легень» (2020), враховуючи рекомендації GOLD 2022. Діагностику і оцінку ХСН проводили згідно з керівництвом ЄКТ 2021р. та рекомендацій ВАКУ 2020р. Пацієнти розподілені на 2 групи по 30 осіб, зіставні за основними показниками. Група 1 отримувала базисне лікування небівололом, валсартаном, еплереноном, ацетилсаліциловою кислотою,

розувастатином. Базисна терапія ХОЗЛ включала комбінацію умеклідиніуму броміду та вілантеролу. Пацієнти групи 2 додатково отримували L-аргінін у вигляді інфузійного розчину 4,2% по 100 мл на інфузію протягом 10 днів з наступним пероральним прийомом в дозі 3г на добу. Тривалість лікування - 6 місяців. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA).

Результати. Тривалість ІХС становила 5 (3;8) років, тривалість ХОЗЛ – 10 (5,5;15) років. У 10 (16,7%) пацієнтів в анамнезі інфаркт міокарду (ІМ). Стабільна стенокардія напруги (ССН) II ФК діагностована у 41 (68,3%) пацієнта, ССН III ФК – у 17 (28,3%) пацієнтів, у 2 пацієнтів (3,4%) – безбольовий перебіг ІХС після ІМ. Супутня артеріальна гіпертензія (АГ) виявлена у 33 пацієнтів (55,0%). ХСН I стадії (стадія В) встановлена у 46 (76,7%) пацієнтів, ІА стадії (стадія С) – у 14 (23,3%) пацієнтів; ХСН зі збереженою фракцією викиду лівого шлуночка (ФВЛШ) діагностована в 49 (81,7%) випадках, з помірно зниженою ФВЛШ – в 8 (13,3%), з низькою ФВЛШ – в 3 (5,0%). За результатами інтегральної оцінки ХОЗЛ, до клінічної групи В віднесено 27 (45,0%) пацієнтів, до групи С – 5 (8,3%) пацієнтів, до групи Д – 28 (46,7%) пацієнтів. Порушення бронхіальної прохідності II ступеню GOLD виявлено у 30 (50,0%) пацієнтів, III ступеню – у 19 (31,7%) пацієнтів, IV ступеню – у 11 (18,3%) пацієнтів.

У пацієнтів обох груп після лікування досягнуто достовірного ($p < 0,05$) зменшення лінійних розмірів ЛШ: КСР, ТМШП, ТЗСЛ, ІММЛШ, що свідчить про сприятливий вплив підбраного лікування на ремоделювання ЛШ. В обох групах встановлено достовірне зменшення КДО, КДОІ, КСО, КСОІ, збільшення УО та ФВ ЛШ. При цьому в групі 2 приріст ФВ був достовірно більшим, ніж в групі 1 (на 10,0% та 3,7% відповідно, $p < 0,05$). У пацієнтів групи 2 також отримано достовірне зменшення розміру аорти. Встановлено достовірне ($p < 0,05$) покращення діастолічної функції ЛШ за рахунок збільшення швидкості піку хвилі Е трансмітрального потоку на 7,0% у групі 1 та на 6,7% у групі 2, підвищення показника Е/А на 12,5% та 11,1% відповідно; зниження показника Е/е' на 9,9% та 11,3% відповідно. Швидкість піку пізнього наповнення достовірно зменшилась у пацієнтів групи 2. Показники ІОЛП та швидкість трикуспідальної регургітації також достовірно зменшились в обох групах.

В обох групах виявлено достовірне ($p < 0,05$) зменшення розмірів ПП (на 4,7% та 7,4% відповідно), СТЛА (на 10,3% та 13,8%), збільшення показника TAPSE (на 2,7% та 5,4%) та відношення TAPSE/СТЛА (на 13,2% та 19,4%). В групі 2 також досягнуто достовірного зменшення розміру ПШ (28,5 (4,6) мм проти 27,2 (4,2) мм, $p < 0,05$). В групі 2 зниження СТЛА та підвищення показника TAPSE/СТЛА було більш вираженим, ніж в групі 1, на рівні статистичної тенденції ($p = 0,05$ та $p = 0,07$ відповідно).

Висновки: Комплексна терапія пацієнтів зі стабільною ІХС в поєднанні з ХОЗЛ, яка включає небіволол, валсартан, еплеренон, ацетилсаліцилову кислоту, розувастатин та комбінацію вілантеролу і умеклідініуму броміду, сприяє покращенню систолічної та діастолічної функції лівого шлуночка, зменшенню тиску в легеневій артерії. Призначення L-аргініну сприяло додатковому покращенню систолічної функції лівого шлуночка та показників кардіопульмональних взаємовідносин.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ РІВНЕМ ЗОНУЛІНУ ТА
СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ В ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНО-
АСОЦІЙОВАНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ
У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ
Дідик О.К.**

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
qwetry59@gmail.com*

Вступ. Поширеність гіперурикемії різна в різних популяціях і швидко зростає за останні десятиліття. Гіперурикемія – це лабораторний феномен стійкого підвищення концентрації сечової кислоти в сироватці крові (вище за 420 мкмоль/л). Багаточисленні дослідження свідчать про те, гіперурикемія спричиняє ендотеліальну дисфункцію, інсулінорезистентність, окислювальний стрес і системне запалення і сприяє підвищеному ризику метаболічного синдрому, цукрового діабету 2-го типу, серцево-судинних захворювань.

Останнім часом з'являється все більше доказів того, що підвищення рівня сечової кислоти в крові стимулює переокислення ліпідів, яке відіграє важливу роль в розвитку та прогресуванні МАЖХП. З іншого боку, сечова кислота є селективним антиоксидантом, який знижує здатність ендотелію судин опосередковувати вазодилатаційну реакцію за наявності оксидативного стресу. Рівень сечової кислоти підвищується як фізіологічна відповідь на підвищений окислювальний стрес.

У проспективних дослідженнях підвищений рівень сечової кислоти був пов'язаний із підвищенням загальної антиоксидантної здатності в осіб з атеросклерозом, станом, який тісно пов'язаний з МАЖХП. Також було продемонстровано, що сечова кислота є ліпогенною, спричиняє оксидативний стрес ендоплазматичного ретикулуму, що сприяє надмірній експресії кількох ліпогенних ферментів через активацію білка 1c, що зв'язує стерол-регуляторний елемент (SREBP-1c) і може призвести до накопичення жиру в печінці. Крім того, сечова кислота може викликати мітохондріальну дисфункцію через транслокацію НАДФН-оксидази, яка згодом інактивує аконітазу, що призводить до накопичення цитрату і до стимуляції синтезу жиру. Також досліджено, що сечова кислота здатна підвищувати синтез активних форм кисню в кількох типах клітин, таких як бета-клітини підшлункової залози та адипоцити.