

Міністерство охорони здоров'я України
Івано-Франківський національний медичний університет

МАТЕРІАЛИ

II науково-практичної конференції з
міжнародною участю

**«РОЗВИТОК КРАЩИХ ПРАКТИК В ПІДГОТОВЦІ
ДОКТОРІВ ФІЛОСОФІЇ»**

***SCIENTIFIC CONFERENCE WITH INTERNATIONAL
PARTICIPATION***

«TOWARDS BETTER PRACTICE IN PHD TRAINING»

м. Івано-Франківськ, 28 квітня 2023 р.

Головний редактор – Ректор Івано-Франківського національного медичного університету, член-кор. НАМН України, Лауреат Державної премії України у галузі науки і техніки, Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор **Микола РОЖКО**

Редакційна колегія:

Перший проректор, доктор біологічних наук, професор **Ганна ЕРСТЕНЮК**

Проректор з наукової роботи, д.мед.н., професор **Ігор ВАКАЛЮК**

Начальник наукового відділу, д. мед.н., професор **Тетяна ДМИТРИШИН**

Інспектор наукового відділу, к. мед.н., доцент **Роксолана ДЕНІНА**

Завідувач відділу аспірантури та докторантури **Лілія КОНДРАТ**

*Конференція зареєстрована в реєстрі Державної наукової установи
«Український інститут науково-технічної експертизи та інформації»
(посвідчення №12 від 12.01.2023)*

ЗВ'ЯЗОК МІЖ НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ ТА ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ: КЛЮЧОВІ ПОКАЗНИКИ ЇХ СПІВІСНУВАННЯ

О. Б. Тесленко¹, М. В. Бєлінський², А. С. Геращенко¹

1 - Кафедра внутрішньої медицини, сімейної медицини та медицини невідкладних станів, Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна.

2 - Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства, Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна.

Вступ. Поширеність неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) та фібриляції передсердь (ФП) за останні роки зросла у всьому світі. Згідно з останніми дослідженнями, на НАЖХП та ФП страждають приблизно 32% та 0,51% населення відповідно.

Мета роботи – дослідити зв'язок між НАЖХП та ФП за допомогою індексів FibroTest-4 (FIB-4) та Nonalcoholic Fatty Liver Score (NFS), а також вимірювання рівня періостину.

Матеріали та методи. Для дослідження зв'язку між НАЖХП та ФП ми залучили 96 пацієнтів з діагнозом НАЖХП, які перебували на лікуванні в ДУ "Територіальне медичне об'єднання Міністерства внутрішніх справ України в Івано-Франківській області". Обстежувані були розподілені на дві групи: основну - 35 пацієнтів з НАЖХП та ФП, та контрольну - 61 пацієнт лише з НАЖХП. Загальний аналіз крові проводили на апараті HTI MICROCC-20PLUS. Біохімічні аналізи виконували на напіваавтоматичному біохімічному аналізаторі HTI BioChem SA BC-3002-C-UA. Усім пацієнтам було проведено ультразвукове дослідження органів черевної порожнини для підтвердження НАЖХП на апараті SonoScape S20. Для оцінки фіброзу печінки використовували наступні неінвазивні індекси: Індекс FibroTest-4 (FIB-4) та Індекс неалкогольної жирової дистрофії печінки (NFS). Періостин визначали методом ІФА з використанням апарату HTI ImmunoChem-2100 та Human Periostin/OSF2 ELISA Kit PicoKine®. Статистичний аналіз цього дослідження проводили за допомогою програми IBM SPSS Statistics версії 26.0.

Результати. Результати показали, що пацієнти в групі НАЖХП + ФП були значно старшими (63 ± 12 років проти 54 ± 13 років, $p < 0,01$) і частіше чоловічої статі (80,00% проти 54,09%, $p = 0,02$) порівняно з групою НАЖХП. Крім того, більша частка пацієнтів у групі НАЖХП + ФП мали цукровий діабет (57,1% проти 21,3%, $p < 0,01$) та вищий індекс маси тіла ($26,82 \pm 10,1$ кг/м² проти $24,64 \pm 3,35$ кг/м², $p = 0,02$); 37,1% пацієнтів у групі НАЖХП + ФП страждали на ожиріння порівняно з 9,8% пацієнтів з однією лише НАЖХП ($p = 0,03$). Група НАЖХП + ФП також мала вищі рівні періостину ($10,83 \pm 1,6$ нг/мл проти $9,81 \pm 1,75$ нг/мл, $p < 0,01$) та вищий показник НФС ($-1,05 \pm 1,46$ проти $-2,65 \pm 1,63$, $p < 0,01$) і FIB-4 ($1,34 \pm 0,86$ проти $1,07 \pm 0,6$, $p = 0,02$). Однак не було достовірної різниці в рівнях аспартатамінотрансферази (27 ± 15 МО/л проти 30 ± 13 МО/л, $p = 0,06$), аланінамінотрансферази (34 ± 11 МО/л проти 36 ± 21 МО/л, $p = 0,74$) між двома групами. Результати однофакторної біноміальної логістичної регресії показують, що наявність НАЖХП + ФП асоціюється з вищим ризиком порівняно з наявністю лише НАЖХП. Вік, чоловіча стать, цукровий діабет, індекс маси тіла та ожиріння достовірно підвищують ризик НАЖХП + ФП з p -значенням менше 0,05. Відношення шансів (ВШ) наявності НАЖХП + ФП зростало на 1,09 (95% ДІ: 1,04 - 1,15, $p = 0,01$) для кожного року збільшення віку, на 3,39 (95% ДІ: 1,29 - 8,95, $p = 0,01$) для чоловічої статі, на 4,923 (95% ДІ: 1,99 - 12,20, $p = 0,01$) для цукрового діабету, 1,12 (95% ДІ: 1,02 - 1,23, $p = 0,02$) для кожного збільшення індексу маси тіла та 5,42 (95% ДІ: 1,83 - 16,05, $p = 0,01$) для ожиріння. Виявлено, що періостин достовірно асоціюється з ризиком НАЖХП + ФП з ВР 2,08 (95% ДІ: 1,42 - 3,05, $p < 0,01$). Аналогічні результати були отримані для НФС (ВШ=3,23, 95% ДІ: 1,97 - 5,30, $p < 0,01$) та FIB-4 (ВШ=2,45, 95% ДІ: 1,11 - 5,63, $p = 0,03$). Результати свідчать про те, що люди старшого віку, чоловіки, пацієнти з діабетом, вищим індексом маси тіла та ожирінням мають вищий ризик розвитку НАЖХП + ФП. Крім того, підвищений рівень періостину та НАЖХП також є значущими факторами ризику НАЖХП + ФП. Аналіз операційних характеристик приймача (ROC) був проведений для трьох змінних, NFS, FIB-4 і періостину, щоб визначити їх здатність розрізняти пацієнтів з НАЖХП + ФП і тільки з НАЖХП. Результати показали, що NFS мав

найвищу площу під кривою (AUC) зі значенням 0,87 (95% ДІ: 0,79-0,94. $p<0,01$), що вказує на відмінну дискримінаційну здатність. FIB-4 мав AUC 0,65 (95% ДІ: 0,54-0,77. $p=0,02$), тоді як періостин мав AUC 0,76 (95% ДІ: 0,66-0,86. $p<0,01$). Ці результати свідчать про те, що NFS є найефективнішою змінною для диференціації між двома групами пацієнтів, за нею йде періостин, а потім FIB-4. Однак слід зазначити, що між групами з позитивним і негативним фактичним станом існував принаймні один зв'язок, що потенційно могло вплинути на результати. В цілому, отримані результати свідчать про те, що оцінка ризику НФС і рівень періостину мають добру дискримінаційну здатність, тоді як оцінка FIB-4 має помірну дискримінаційну здатність у прогнозуванні позитивної змінної стану (наявність ФП у пацієнтів з НАЖХП) серед пацієнтів, включених у дослідження.

Висновки. Отримані дані свідчать про сильний зв'язок між НАЖХП та ФП і підкреслюють важливість розгляду ФП як потенційного ускладнення у пацієнтів з НАЖХП. Використання індексів FIB-4 і NFS та вимірювання рівня періостину виявилось ефективним для виявлення цього зв'язку.