

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2023 році №5500074

**Чернівці – 2023**

78%) та 148 хворих на первинну П I-II стадій у віці 27-74 роки, серед яких переважали особи чоловічої статі (102 – 68,9%). Використані методи дослідження: клінічні, інструментальні (рентгенологічні, ультразвукові, ЕКГ), біохімічні, імунологічні, статистичні.

**Результати дослідження.** Встановлено, що хворі на субклінічний гіпотиреоз та подагру були переважно жіночої статі у віці старше 55 (6 пацієток), а у віці за 60 (64 пацієнтки) і проявлявся у 34 хворих в маніфестній (з них тільки 2 хворих були чоловічої статі) формах та 27 (21,6%) пацієнтів з проявами субклінічного гіпотиреозу та П були чоловічої статі. Характерно, що явища гіпотиреозу виникли на тлі значного комплексу коморбідних уражень, переважно серцево-судинної, травної систем, ожиріння та маскувалися проявами зазначених хвороб. Хворі і навіть лікарі не надавали особливої уваги сухості шкіри, зниженню її тургора, вважаючи зниження працездатності, появу набряків, порушень сну та зміни настрою зі схильністю до депресій віковими проявами основного і коморбідних процесів.

За даними ультрасонографічних, біохімічних досліджень встановлено, що вже за наявності субклінічної форми гіпотиреозу в обраних контингентів хворих мають місце вираженіші форми стеатогепатозу, гіпотонічних явищ жовчного міхура з ознаками значного сладж-феномену, з боку нирок – сечокислового діатезу; в крові – явна тенденція до підвищеної активності ферментів холестази, посилення рівня дисліпідемій, зниження показників клубочкової фільтрації нирок. Виявлені зміни зумовлені, очевидно, зниженням метаболічних процесів на рівні всього організму за наявності прогресуючого дефіциту тиреоїдних гормонів та регуляторних процесів їх продукції за гіпотиреозу, що надавало нових негативних клінічних «відтінків» на основні та коморбідні процеси.

Згідно виявлених клініко-біохімічних особливостей гіпотиреозу у хворих на ОА і П слід зазначити, що гіпотиреоз – це пізній, «тихий» коморбідний стан, що через послаблення метаболічних процесів білків, жирів та вуглеводів погіршує перебіг виявлених недуг, сприяючи їх прогресуванню та добре маскується останніми.

**Висновки.** Гіпотиреоз і подагра – захворювання частота яких постійно зростає. Їм притаманний зростаючий рівень коморбідних хвороб, що виникає переважно у жінок вікового періоду старше 60 років, малопомітно погіршує перебіг всіх наявних патологічних процесів та знижує загальну ефективність лікувального процесу. Тому у віці старше 60 років доцільно проводити скринінгове дослідження функціонально-морфологічного стану щитоподібної залози та рівня ТТГ, Т<sub>3</sub>, Т<sub>4</sub>- вільних у крові з метою ранньої діагностики субклінічної форми гіпотиреозу та своєчасної корекції як методу покращення загальних результатів лікування виявленого комплексу недуг.

**Казанцева Т.В.**

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОРУШЕННЯ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ З УРАЖЕННЯМ НИРОК У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ АСОЦІЙОВАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-го ТИПУ**

*Кафедра сімейної медицини*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Артеріальна гіпертензія (АГ) в структурі загальної захворюваності та смертності займає одне з провідних місць. Вона є основним фактором ризику розвитку серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу, що збільшує частоту ішемічної хвороби серця (ІХС), інсультів, ретинопатії та нефросклерозу. Зокрема, комбінація АГ та ЦД підвищує ризик розвитку серцево-судинних та цереброваскулярних ускладнень в середньому в 5-6 разів, порівняно з пацієнтами з АГ без ЦД. Доведено, що артеріальна гіпертензія характеризується ендотеліальною дисфункцією з атеросклеротичним ураженням судин та посиленням їх жорсткості, у тому числі ниркових, викликаючи стеноз та ішемічну хворобу нирок з наступним розвитком гломерулосклерозу. За даними Американської національної ниркової фундації, артеріальна гіпертензія посідає друге місце після ЦД серед причин розвитку хронічної ниркової недостатності – близько 30% усіх

випадків. Дослідження останніх років вказують на взаємозв'язок інсулінорезистентності, вісцерального ожиріння з ураженням нирок. Поодинокі роботи вказують на зв'язок інсулінорезистентності, дисліпідемії, гіперурикемії з ураженням нирок у хворих на АГ.

**Мета дослідження.** Вивчити показники ліпідного обміну та клубочкової фільтрації у хворих на артеріальну гіпертензію II стадії у поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу.

**Матеріал і методи дослідження.** Обстежено 100 хворих на АГ II стадії 1-3 ступенів, у т.ч. 60 хворих на ЦД 2-го типу середньої тяжкості. Хворі на АГ сформували I групи, до II групи ввійшли хворі на АГ в поєднанні з ЦД 2-го типу. У дослідження не включали хворих на хронічні захворювання нирок. Групу контролю склали 24 практично здорові особи, репрезентативні за віком і статтю. Стан ліпідного обміну вивчали шляхом визначення рівнів загального холестеролу (ЗХС), холестеролу ліпопротеїнів високої та низької щільності (ХС ЛПВЩ, ЛПНЩ), триацилгліцеролів (ТГ) за стандартними методиками. Вміст креатиніну у плазмі крові визначали кінетичним методом за реакцією Яффе. Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) вираховували за формулою Cockcroft-Gault. Статистичну обробку результатів проводили шляхом визначення середніх арифметичних величин (M) та стандартної похибки (m), t-критерію Стьюдента, коефіцієнта рангової кореляції Спірмена – r.

**Результати дослідження.** У хворих на АГ II стадії (I група) та в поєднанні з ЦД 2-го типу (II група) встановлено вірогідне підвищення порівняно з контролем рівнів ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ. У пацієнтів II групи рівні ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ були вірогідно вищими, ніж у хворих I групи. Концентрація ХС ЛПВЩ у хворих I та II груп спостерігалася вірогідно нижчою від показника контрольної групи, а у пацієнтів II групи – нижче показника I групи.

Виявлено тенденцію до збільшення ШКФ у хворих на АГ II стадії (стан відносної «гіперфільтрації» нефронів) у порівнянні з групою контролю (120,3±5,89 мл/хв та 112,8±5,8 мл/хв відповідно). ШКФ у хворих на АГ II стадії з ЦД 2-го типу (II група) була вірогідно нижчою порівняно з хворими I групи (102,2±4,15 мл/хв та 120,3±5,89 мл/хв відповідно), проте не різнилася вірогідно з контрольною групою. Встановлено вірогідну обернену взаємозалежність між показником ШКФ та вмістом ЗХС (r=-0,37, p<0,004).

**Висновок.** Таким чином виявлена залежність між вмістом загального холестеролу, триацилгліцеролів та швидкістю клубочкової фільтрації дає підставу розглядати порушення ліпідного обміну у хворих на артеріальну гіпертензію II стадії асоційовану з цукровим діабетом 2-го типу в якості фактору ризику розвитку ураження нирок. Зниження швидкості клубочкової фільтрації при поєднаному перебігу артеріальної гіпертензії II стадії та цукрового діабету 2-го типу може свідчити про розвиток нефропатії змішаного генезу.

**Маліневська-Білійчук О.В.**

## **ДІАГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ ЗА АНТИФОСФОЛІПІДНОГО СИНДРОМУ ПРИ ДІДЖИТАЛІЗАЦІЇ ЕКГ**

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Антифосфоліпідний синдром (АФС) – це автоімунне захворювання, що характеризується тромбозом, ускладненнями вагітності та постійно позитивними антифосфоліпідними антитілами. Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) – найпоширеніший легеневий прояв АФС, зустрічається у 14,1% пацієнтів з АФС. У пацієнтів з ТЕЛА за АФС наявні подібні симптоми до гострого коронарного синдрому (ГКС), тому використання програмно-діагностичного комплексу «Смарт-ЕКГ» є доцільним для диференційного аналізу.

**Мета дослідження.** Визначити характерні ознаки ТЕЛА за АФС при використанні цифрової обробки рутинної ЕКГ за допомогою програмно-діагностичного комплексу «Смарт-ЕКГ» з метою диференціації ГКС.

**Матеріал і методи дослідження.** Поведений розбір клінічного випадку пацієнтки з аналізом показників відношення максимальних швидкостей (ВМШ) та відношення середніх