

рівень рідини та солей в організмі, що життєво важливо для контролю артеріального тиску та захисту серцево-судинної системи. Розвиток ДН може відбуватися з будь-яким типом діабету, оскільки вона виникає внаслідок пошкодження через високий рівень глюкози в крові. Відповідно високий рівень глюкози в крові впливає на артерії в організмі, а нирки відповідно фільтрують кров з цих артерій. Автори дослідження Trusted Source від 2016 року відзначають, що у 20–40% людей з діабетом розвивається захворювання нирок. Високий рівень альбуміну в сечі: коли нирки здорові, сеча не повинна містити жодного білка, відомого як альбумін. ХНН є останньою стадією захворювання нирок. Діабетична нефропатія є найчастішою причиною розвитку термінальної стадії ниркової недостатності у Сполучених Штатах. Близько 40–50% джерел усіх випадків термінальної стадії ниркової недостатності пов'язані з діабетом. Хворий з термінальною стадією ниркової недостатності потребує діалізу. Контроль рівня цукру в крові може знизити ризик розвитку, незважаючи на те, чи хвора людина на цукровий діабет 1 або 2 типу чи інших форм ЦД. Щоб це попередити, необхідно: моніторинг рівня глюкози в крові та підтримання його в межах цільового діапазону, дотримання здорової дієти з низьким вмістом цукру та солі, підтримання здорової ваги, регулярні фізичні вправи, комплексна та адекватна терапія ЦД та його ускладнень. Основними чинниками, що збільшують ризик розвитку ЦД і ДН є: неадекватна терапія ЦД, паління: пошкодження нирок може бути результатом зв'язку між курінням і вищим рівнем запалення. Вік: захворювання нирок, особливо низька ШКФ, частіше зустрічаються у людей віком від 65 років. Стать: захворювання частіше зустрічається у чоловіків, ніж у жінок. Раса, етнічна приналежність або те й інше: частіше зустрічається в афроамериканців, корінних американців та американців азійського походження, Стани здоров'я, такі як ожиріння, хронічне запалення, високий кров'яний тиск, резистентність до інсуліну та підвищений рівень ліпідів (жирів) у крові можуть сприяти розвитку діабетичної нефропатії.

Висновок. Отже, безпосередньо у розвитку діабетичної нефропатії з подальшим розвитком термінальної стадії хронічної хвороби, при цукровому діабеті є неадекватна терапія цукрового діабету, наявність шкідливих звичок, вік, стать та інше. Але розвиток діабетичної нефропатії не залежить від типу цукрового діабету.

## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА ГІПОТИРЕОЗУ**

**Рева Т.В., Рева В.Б.**

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці  
tetyana.reva@bsmu.edu.ua*

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) відноситься до найбільш поширених гастроентерологічних захворювань із тенденцією до зростання.

ГЕРХ найбільш поширена серед мешканців західних країн. Зустрічається з однаковою частотою як серед чоловіків, так і жінок, найчастіше від 25 до 44 років. Її поширеність становить до 10-30%, залежно від досліджуваної популяції (європейської, американської чи азійської). Однак наведені результати не повністю відображають реальну розповсюдженість захворювання, тому що тільки до 25% хворих із цією патологією звертаються до лікаря. Визначення поширеності ГЕРХ, як правило, базується на основних симптомах (наявність печії, регургітації). Справжня поширеність істотно вище відомих показників, якщо враховувати можливість наявності ГЕРХ із атипичними симптомами, а також дані, відповідно до яких ерозивна форма ГЕРХ може виявлятися навіть при відсутності клінічної симптоматики, особливо на тлі коморбідної патології. Патологічні зміни з боку органів травлення у хворих на ГЕРХ на тлі гіпотиреозу роблять їх стан більш тяжким, сприяючи розвитку і прогресуванню метаболічних та функціональних порушень.

Метою дослідження було визначити особливості діагностики хворих на ГЕРХ за умов коморбідності з гіпотиреозом.

Обстежено 65 хворих на ГЕРХ із супутнім гіпотиреозом (основна група), контрольну групу становили 25 хворих на ГЕРХ із нормальною функцією щитоподібної залози. Показники умовної норми встановлено на підставі обстеження 30 практично здорових людей. Комплексне дослідження включало опитування, огляд, лабораторно-інструментальне дослідження.

Результати. У хворих на ГЕРХ із супутнім гіпотиреозом інтенсивність клінічних проявів залежить від ступеня важкості гіпотиреозу та давності захворювання ( $r=0,45$ ,  $p<0,05$ ). Ступінь ендоскопічно позитивної гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби прямо пропорційний ступеню тяжкості гіпотиреозу ( $r=0,73$ ,  $p<0,05$ ). Порушення тиреоїдного гомеостазу асоційовані зі змінами показників ліпідного обміну та функціонального стану ендотелію. Встановлено прямий кореляційний зв'язок між показниками вмісту тиреотропного гормону гіпофізу та індексом атерогенності ( $r=0,739$ ,  $p<0,05$ ), вмістом тиреотропного гормону гіпофізу та вмістом загального холестерину ( $r=0,687$ ,  $p<0,05$ ), концентрацією тиреотропного гормону гіпофізу та монооксиду нітрогену ( $r=0,647$ ,  $p<0,05$ ). Для хворих на ГЕРХ із супутнім гіпотиреозом характерним є розвиток атрофічних змін слизової оболонки шлунка, при цьому зменшується кількість головних клітин до 20,9%, парієтальних – до 19,3% та значно зростає кількість недиференційованих клітин до 25,6%. Особливістю морфологічної картини при лужних рефлюксах є переважання гіперрегенераторних змін над запальними, тоді як при кислих рефлюксах, навпаки, запальна інфільтрація епітелію та підслизового шару оболонки стравоходу переважає над регенераторними змінами. У хворих на ГЕРХ на тлі гіпотиреозу ступінь ендоскопічних змін залежить від вмісту сумарних жовчних кислот, холестерину та білірубину у стравохідному рефлюксаті.

Встановлено, що у хворих на ГЕРХ із гіпотиреозом відзначається достовірне погіршення моторно-секреторної функції, що проявляється у більш вираженому зниженні кислотонейтралізуючої функції антрума шлунка, більш вираженому зниженні тонуусу НСС і посиленні регургітації у пацієнтів із гіпотиреозом, на відміну від пацієнтів із ГЕРХ без супутньої патології, у яких ці показники виявлені меншою мірою. Встановлено кореляційну залежність між вираженістю клінічної картини, рівнем підвищення ТТГ і ступенем порушення моторно-секреторної функції у хворих на ГЕРХ із гіпотиреозом. Зміни обміну гормонів щитоподібної залози є одним із факторів, які беруть участь у механізмах формування моторно-секреторних порушень при ГЕРХ.

## **КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА ГІПОТИРЕОЗУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ГАЛЬВАНІЧНОГО СТРУМУ**

**Рева Т.В., Рева В.Б.**

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці  
tetyana.reva@bsmu.edu.ua*

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) набуває все більшого поширення та займає близько 80% у структурі захворювань шлунково-кишкового тракту. За останній час спостерігається зростання захворюваності на ГЕРХ, особливо серед осіб молодого і середнього віку, що, безумовно, впливає на якість життя цих хворих, рівень їх працездатності й потребує пошуку нових підходів у комплексному лікуванні хворих на ГЕРХ. Враховуючи різноманітність патогенетичних механізмів розвитку захворювання і його клінічних проявів, на сьогодні розроблені схеми лікування, що спрямовані на різні ланцюги патогенезу цього захворювання. Проте у лікуванні цього захворювання недооцінена роль фізіотерапевтичних методів, які можуть впливати на рівень кислотоутворювальної функції шлунка, його моторно-евакуаційні властивості, регуляторну функцію нервової системи, трофічні властивості слизової оболонки шлунка і стравоходу.

Метою дослідження було дослідити ефективність лікування хворих на ГЕРХ на тлі гіпотиреозу із додаванням до медикаментозного лікування застосування гальванічного струму на ділянку шлунка.

Оптимізована методика лікування ГЕРХ у хворих зі зниженою функцією щитоподібної залози включає медикаментозну терапію із застосуванням прокінетика – домперидону, сорбента – ентеросгелю, урсодезоксихолевої кислоти, замісної терапії левотироксином, та проведенням гальванізації ділянки шлунка шляхом безпосередньої дії електричного поля на шлункову секрецію, моторику травного каналу, за допомогою застосування гальванічного струму та базисної терапії для забезпечення ефективності лікування.

Електричне поле постійного струму зменшує запальні явища, покращує репаративні процеси у тканинах, володіє анальгезуючою дією. Особливістю