

**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

Висновки. Отримані результати дозволяють припустити, що ймовірно ВТК/ІЛ-6/сприяє запальній реакції та подальшій тяжкості захворювання при COVID-19. Виходячи з цього, легка форма захворювання при дефіцитах антитіл, особливо ХЛА, може відображати не тільки дефіцит В-клітин, але й порушення продукції ІЛ-6. Отже, помилки вродженого імунітету можуть призвести до відсутності або порушення вироблення цитокінів, необхідних для розвитку, виживання, проліферації або функціонування В або Т-клітин, і, відповідно, – до адаптивної імунної дисрегуляції, що, як не парадоксально, відіграє позитивну роль у перебігу COVID-19.

Ляшук Р.П.

СИНДРОМ ЛАРОНА: ДІАГНОСТИКА, КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Низькорослістю страждають близько 2–2,5% населення. Затримкою зросту супроводжується низка ендокринних, соматичних і хромосомних захворювань, внаслідок чого виникають труднощі в роботі лікаря практичної медицини у розпізнаванні генезу низькорослості та призначення адекватного лікування. Нормальний рівень секреції соматотропного гормону (СТГ) та зниження інсуліноподібного фактора росту (ІФР-1, соматомедіну С, тканинного посередника СТГ) свідчить про відносну соматотропну недостатність.

Поєднання нормального/високого рівня СТГ з низьким рівнем ІФР-1 характерно для порушення рецепторної чутливості до СТГ – рідкісного генетично детермінованого синдрому, описаного ізраїльським клініцистом Laron Z. (2004). Крім відносного дефіциту СТГ, на відміну від гіпофізарного нанізму, інші функції гіпофіза не змінені. На тлі різкого відставання в зрості з раннього віку, іноді з внутрішньоутробного періоду, у дітей зберігаються нормальні пропорції тіла.

У більшості дітей спостерігаються такі особливі риси обличчя, як виступаюче чоло й сідлоподібний ніс, гіпоплазія нижньої щелепи, у багатьох дітей відмічалися відстовбурчені вуха. «Яскравість» проявів фенотипу мала пряму залежність від ступеня гормональних відхилень, особливо недостатності ІФР-1.

Опис клінічного випадку. Хвора П., 12 років, батьки звернулися зі скаргою на відставання в зрості доньки із перших років життя, яке з віком наростало. Народилася у строк, від першої нормальної вагітності. Довжина тіла – 49 см, маса тіла – 3100 гр, знаходилася на грудному вигодовуванні. Прорізування зубів запізниле, травм, операцій у дитини не було. Успішно закінчила 5 класів. Батьки середнього зросту. Застосування препарату генно-інженерного ГР людини ефекту не дало (за рік дівчинка підросла лише на 3 см).

Об'єктивно. Зріст 118 см, маса тіла – 34 кг. Статура пропорційна, обличчя кукольне, виступаючий лоб, голубі склери. Терапевтичний статус без змін. Щитоподібна залоза не пальпується. Неврологічний статус не порушений. Психомоторний розвиток відповідає вікові. Кістково-м'язова система в нормі. Зони роста відкриті (рентгенографія кисті). Загальні і біохімічні дослідження в межах референтних значень. Гормони крові: ТТГ – 1,1 мО/дл (норма 0,4 – 4,2), Т₄ вільний – 0,89 нг/дл (норма 0,70 – 1,48), АКТГ – 10,2 нг/мл (норма 7 - 69), кортизол – 10,5 нмоль/л (норма 6,2 – 19,4), фолітропін – 3,85 мМО/мл (норма 3,85 – 8,78), лютропін – 2,0 мМО/мл (норма 2,39 – 6,6), СТГ – 7,1 нг/мл (норма 0,06 – 6,88), ІФР-1 – 11,9 нг/мл (норма 49 - 171).

Діагноз синдрому Ларона поставлений на підставі низькорослості за відсутності проявів інших ендокринопатій, низькому рівні ІФР-1 при нормальному референтному значенні СТГ крові та відсутності ефекту від лікування гормоном росту.

Пацієнтка потребує подальшого спостереження ендокринолога до періоду старту пубертатну. Дано загальні рекомендації відносно повноцінності раціону харчування, режиму сну, фізичної активності та лікувальної фізкультури.

Висновки. Однією із рідкісних причин низькорослості може бути генетично детермінований синдром Ларона, зумовлений зниженням секреції інсуліноподібного фактора росту. Сімейному лікарю та практикуючому ендокринологу при проведенні диференційного діагнозу між основними формами затримки зросту і низькорослості слід призначити гормональні дослідження крові та візуалізаційні методи обстеження відповідно до попереднього орієнтовного діагнозу за клінічними даними.

Маслянюк В.А.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ПАЦІЄНТОК З АВТОІМУННИМ ТИРЕОЇДИТОМ

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Хронічний автоімунний (лімфоцитарний) тиреоїдит – це запалення щитоподібної залози, пов'язане з антитілами до тиреопероксидази і, дуже часто, – до тиреоглобуліну, а також з лімфоцитарними інфільтратами щитоподібної залози, у результаті чого розвивається гіпотиреоз. Основна роль у патогенезі приписується активності цитотоксичних Т-лімфоцитів, відповідальних за деструкцію фолікулярних клітин щитоподібної залози (В.І.Паньків, 2019). Зазвичай, патологія розвивається у людей з генетичною схильністю до цього захворювання. Серед причин певна роль відводиться інфекційним чинникам, особливо вірусної етіології (Licchelli et al., 2015). Але якщо у разі гострого або під гострого тиреоїдиту можна стверджувати про безпосередній зв'язок з інфекцією, то у випадку з автоімунним залишається чимало запитань (І.В.Чернявська та ін., 2018), особливо, якщо хворі проживають в умовах йодного дефіциту (В.І.Кравченко та ін., 2010). Епідемія коронавірусу SARS-COV-2 продовжує поширюватись у світі. Коронавірусна інфекція може стати причиною захворювань щитоподібної залози як загального, так і автоімунного характеру (Pinzon R.T. et al., 2019). Наслідки її впливу на щитоподібну залозу потребують подальшого вивчення.

Мета дослідження. Вивчення функціонального стану щитоподібної залози у хворих на автоімунний тиреоїдит (АІТ), які проживають в умовах йодного дефіциту (Чернівецька область) з подальшим порівнянням з тими, які перехворіли на COVID-19.

Матеріал і методи дослідження. В дослідження включали пацієнток з автоімунним тиреоїдитом (гіпертрофічна форма). Для верифікації діагнозу застосовували мануальне обстеження щитоподібної залози, ультразвукову діагностику, визначення рівня тиреотропного гормону (ТТГ) та антитіл до тиреопероксидази (АТТПО). Обстежено 34 пацієнтки, віком від 22 до 49 років.

Результати дослідження показали, що середній об'єм щитоподібної залози становив 15,8 (10,4;20,6) см³, середній рівень тиреотропного гормону дорівнював 6,8 (0,7;10,2) мМО/л. При цьому у 24 пацієнток ТТГ був вищим за 4,0 мМО/л і становив 8,7 мМО/л, у решти пацієнток з ТТГ в межах фізіологічної норми (0,4-4,0 мМО/л) – 1,1 мМО/л. Рівень АТТПО дорівнював 393 (316; 498) МО/мл, при цьому у пацієнток з ТТГ в межах фізіологічної норми – 506 (324; 620) МО/мл, а в пацієнток з субклінічним гіпотиреозом – 420 (310; 550) МО/мл.

Висновки. Проведене дослідження показало, що у обстежених пацієнток з автоімунним тиреоїдитом на тлі збільшення щитоподібної залози підвищується рівень тиреотропного гормону та антитіл до тиреопероксидази, при цьому рівень антитіл зворотнопропорційний рівню тиреотропного гормону. Одержані результати дадуть можливість провести порівняння з хворими на автоімунний тиреоїдит, які перенесли COVID-19.