

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

# МАТЕРІАЛИ

III науково-практичної інтернет-конференції



**РОЗВИТОК  
ПРИРОДНИЧИХ НАУК  
ЯК ОСНОВА НОВІТНІХ  
ДОСЯГНЕНЬ У  
МЕДИЦИНІ**

*м. Чернівці  
21 червня 2023 року*

розвитку соматотропної недостатності, але не достовірно  $OR = 1,89$ , (95%CI 0,66-5,39;  $p=0,23$ ), а наявність гомозиготного генотипу C/C – є протекторним  $OR = 0,75$ , (95%CI 0,17-3,22;  $p=0,70$ ). При аналізі алелей у пацієнтів із соматотропною недостатністю отримані наступні дані: носійство алелі T поліморфного локусу rs731236 TagI гена рецептора віт D VDR асоціюється з ризиком соматотропної недостатності  $OR=1,24$  (95%CI 0,65-2,36;  $p=0,52$ ) але не достовірно. Співвідношення частот алелів ( $pT = 0,554$ ,  $qC = 0,446$ ) практично не відрізняється від співвідношення 1 : 1, що свідчить про збереження частоти алелів в українській популяції, розподіл генотипів відповідав рівновазі Харді–Вайнберга.

**Висновки.** У дітей із соматотропною недостатністю частка генотипу T/C у 1,28 рази вища, ніж у групі здорових. Наявність гомозиготного генотипу TT підвищує ризик розвитку соматотропної недостатності, але не достовірно  $OR = 1,89$  (95%CI 0,66-5,39;  $p=0,23$ ).

### Список використаних джерел

1. Wang Y., Zhu J., DeLuca H.F. Where is the vitamin D receptor? *Arch Biochem Biophys.* 2012. V.523, N1. P. 123-133. doi: 10.1016/j.abb.2012.04.001
2. Tuoresmäki P., Väisänen S., Neme A., Heikkinen S., Carlberg C. Patterns of genome-wide VDR locations. *PLoS One.* 2014. V.9, N4. P. e96105. doi: 10.1371/journal.pone.0096105
3. Uitterlinden A.G., Fang Y., van Meurs J.B., van Leeuwen H., Pols H.A. Vitamin D receptor gene polymorphisms in relation to Vitamin D related disease states. *J Steroid Biochem Mol Biol.* 2004. V. 89-90, N1-5. H. 187-193. doi: 10.1016/j.jsbmb.2004.03.083
4. Stranger BE, Stahl EA, Raj T. Progress and promise of genome-wide association studies for human complex trait genetics. *Genetics.* 2011. V.187, N2. P. 367-183. doi: 10.1534/genetics.110.120907

Ризничук М.О.<sup>1</sup>, Аїрінєй К.В.<sup>2</sup>

### СТАН МОЗКОВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ В ДІТЕЙ ІЗ ГІПОТАЛАМІЧНИМ ОЖИРІННЯМ

<sup>1</sup> Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,

<sup>2</sup> ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня», м. Чернівці,

[rysnichuk.mariana@gmail.com](mailto:rysnichuk.mariana@gmail.com)

**Вступ.** Гіпоталамічне ожиріння (син.: гіпоталамічний синдром) – поєднання ендокринних, обмінних та вегетативних розладів, зумовлених патологією гіпоталамуса. Для даного стану притаманно наявність надлишку ваги або ожиріння, головний біль, перепади настрою, підвищення артеріального тиску або артеріальна гіпертензія, порушення менструального циклу в дівчат та затримка статевого дозрівання у хлопчиків, підвищення апетиту та наявність спраги. За умов вчасної діагностики та лікування прогноз позитивний, тобто можливе повне одужання. За відсутності лікування відбувається прогресування

патологічний процесів, які призводять з часом до стійкої гіпертензії, розвитку цукрового діабету, типу 2, безпліддя.

Частіше гіпоталамічне ожиріння розвивається у підлітковому віці (13-15 років).

**Метою нашого дослідження** стало вивчення стану мозкової гемодинаміки в дітей із гіпоталамічним ожирінням.

**Матеріали та методи.** Обстежено 82 дитини із гіпоталамічним ожирінням (36 дівчат (43,9%) та 46 хлопців (56,1%)), які перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні ОКНП «Чернівецька обласна дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці у 2020-2022 роках. Середній вік пацієнтів становив  $14,8 \pm 0,41$  років (11-18 років). Вивчалися скарги пацієнтів, рівень артеріального тиску, лабораторні дослідження та стан судин головного мозку. Сільські мешканці, серед обстежених становили 84,1%, а 15,9% дітей проживали в м. Чернівці.

**Результати дослідження.** Діти з гіпоталамічним ожирінням найчастіше скаржилися на надмірну масу тіла або ожиріння (100%), підвищений апетит (96,3%), періодичний головний біль (96,3%) різної інтенсивності та локалізації, підвищення артеріального тиску (87,8%), стійку артеріальну гіпертензію (12,2%), кардіалгію (65,9%), дратівливість (56,1%).

Рівень артеріального тиску у 91,5% пацієнтів був нормальним на момент огляду, але із епізодичними його підйомами, а в 8,5% випадків траплялася стійка артеріальна гіпертензія I ступеня.

Дані загальних аналізів крові та сечі відповідали віковим нормам. При біохімічному дослідженні рівень холестерину у 48,7% випадків був у межах норми (3,63-5,2 ммоль/л) у 46,4% його рівень відповідав верхній межі норми 1-5,3 ммоль/л), а у 4,9% виявлена гіперхолестеринемія (5,6-6,0 ммоль/л). Підвищення ліпопротеїдів високої щільності виявлено у 28,0% дітей.

Глюкозо-толерантний тест був проведений усім дітям із гіпоталамічним ожирінням. У 68,3% пацієнтів глікемічна крива була нормальною, у 24,4% випадків траплялася сплюснена глікемічна крива, а у 7,3% випадків виявлено порушення толерантності до глюкози. Пацієнтам із патологічними результатами глюкозо-толерантного тесту проводилося вимірювання інсуліну крові (норма 10-20 мкОд/мл). У 6,8% рівень інсуліну становив  $42,3 \pm 0,2$  мкОд/мл, у 24,9% рівень був  $33,1 \pm 0,1$  мкОд/мл, а у 68,3% пацієнтів –  $16,8 \pm 0,4$  мкОд/мл. Усім хворим проводилася ЕКГ.

Для вивчення мозкової гемодинаміки всім підліткам виконували реоенцефалографію (РЕГ). Виявлено наступне: у 8,5% дітей присутній нормотонічний тип кривої РЕГ на тлі нормального тону судин, у 68,3% пацієнтів виявлено підвищення об'ємного кровотоку в

басейні сонної артерії різного ступеня вираженості. У 23,2% дітей виявлено гіпертонічну криву РЕГ, із них підвищення тонузу судин середнього та дрібного калібрів судин мали 12,1% пацієнтів та із утрудненим венозним відтоком знайдено 11,1% дітей.

Лікування проводилося згідно протоколу МОЗ України № 254 від 27.04.2006 р.

**Висновок.** Лише 8,5% дітей із гіпоталамічним ожирінням мали нормотонічний тип кривої РЕГ на тлі нормального тонузу судин, 68,3% пацієнтів мали підвищення об'ємного кровотоку в басейні сонної артерії і у 23,2% дітей виявлено гіпертонічну криву РЕГ, із підвищенням тонузу судин середнього та дрібного калібрів судин та із утрудненим венозним відтоком.

### Список використаних джерел

1. Tessaris D., Matarazzo P., Tuli G. et al. Multidisciplinary Approach for Hypothalamic Obesity in Children and Adolescents: A Preliminary Study. *Children (Basel)*. 2021. V.8, N7. P. 531. doi: 10.3390/children8070531
2. Van Iersel L., Brokke K.E., Adan R.A.H. et al. Pathophysiology and Individualized Treatment of Hypothalamic Obesity Following Craniopharyngioma and Other Suprasellar Tumors: A Systematic Review. *Endocr Rev*. 2019. V.40, N1. P. 193-235. doi: 10.1210/er.2018-00017

Руснак І.Т.

### МІКРОЕЛЕМЕНТНИЙ АНАЛІЗ ДЛЯ СКРИНІНГУ ТА РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

*ilonarusnakdr@gmail.com*

Мікроелементний аналіз по волоссю чи нігтях - це діагностика дефіцитів життєво необхідних елементів і накопичень токсичних, важких металів. Біологічні мікроелементи необхідні для здоров'я людини. Дисбаланс у метаболізмі мікроелементів і гомеостазі може відігравати важливу роль у різноманітних захворюваннях і розладах [1]. Макро- та мікроелементи в організмі впливають на тисячі хімічних процесів, входять до складу важливих структур тіла. Діагностика за допомогою мікроелементного аналізу показує ранні зміни та ідеально підходить для скринінгу населення щодо виявлення найменших порушень і швидшого відновлення здоров'я організму.

Перевагами такого аналізу є те, що метод безкровний, не травматичний, без ризику інфікування та безболісний, підходить діткам та дорослим. Людина вже може погано почуватися, але аналізи крові та інструментальні дослідження ще не в змозі виявити хворобу і показують нормальні показники. Це відбувається тому, що в крові працюють закони гомеостазу, тому для постійного незмінного складу крові елементи забираються із органів у