

**Організація наукових медичних досліджень
«Salutem»**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ПРОБЛЕМИ ТА СТАН РОЗВИТКУ
МЕДИЧНОЇ НАУКИ
ТА ПРАКТИКИ В УКРАЇНІ»**

12–13 червня 2020 р.

Дніпро
2020

П78 **Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні:** Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпро, 12–13 червня 2020 р.). – Дніпро : Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2020. – 124 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції **«Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні»**. Розглядаються загальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, питання фармацевтичної науки та інше.

Призначений для науковців, практиків, викладачів, аспірантів і студентів медичної, фармацевтичної та ветеринарної спеціальностей, а також для широкого кола читачів.

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ.

ОСОБЛИВОСТІ ЗРУШЕНЬ ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ ТА СТАНУ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ЛЕГЕНЯХ МОРСЬКИХ СВИНОК В ПІЗНІ ПЕРІОДИ ФОРМУВАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АЛЕРГІЧНОГО АЛЬВЕОЛІТУ ТА КОРЕКЦІЯ ЦИХ ПОРУШЕНЬ КОРВІТИНОМ Ковальська М. С., Небелюк Н. М., Готь І. В., Антоненко Ю. О.	41
ЩІЛИНИ ГУБИ ТА/АБО ПІДНЕБІННЯ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТА МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ Ластівка І. В., Климюк О. В., Анцупова В. В.	46
РІВЕНЬ ОСТЕОПРОТЕГЕРІНУ І ДЕЯКИХ АДІПОКІНІВ ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ Лахно О. В., Цівенко О. І., Бондаренко А. О.	50
КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕЧІНКИ ПРИ ЖОВЧНОКАМ'ЯНІЙ ХВОРОБІ Лахно О. В., Цівенко О. І., Олійник А. В.	54
ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНИХ ЗМІН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ Лизогуб В. Г., Біляченко І. В.	58
РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ В МЕХАНІЗМІ ФОРМУВАННЯ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ ГЕРХ З СУПУТНЬОЮ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ Опарін О. А., Опарін А. Г., Ахвледіані Г. Г.	60
МОЖЛИВОСТІ ОПТИЧНОГО ЗБІЛЬШЕННЯ У ЛІКУВАННІ ГЛИБОКОГО КАРІЄСУ ЗУБІВ Удод О. А., Кібішаурі М. В.	64
РОЛЬ КОМПЛАЄНСУ ПРИ ЗДІЙСНЕННІ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК Цівенко О. І., Лахно О. В., Вовк Т. В.	68
ВІТАМІН D3 І ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ ТА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ Цівенко О. І., Лахно О. В., Мелешко В. В.	72
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОКАЗНИКАМИ КАРДІАЛЬНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ, ПОРУШЕННЯМИ СЕРЦЕВОГО РИТМУ І РІВНЕМ УРОТЕНЗИНУ II У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ Школовий В. В.	77

РІВЕНЬ ОСТЕОПРОТЕГЕРІНУ І ДЕЯКИХ АДИПОКІНІВ ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ

ЛАХНО О. В.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри внутрішньої медицини № 3 та ендокринології*

ЦІВЕНКО О. І.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри внутрішньої медицини № 3 та ендокринології*

БОНДАРЕНКО А. О.

*лікар-інтерн кафедри внутрішньої медицини № 3
та ендокринології*

*Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

Одним з найбільш розповсюджених ендокринних захворювань є первинний гіпотиреоз [1]. Поширеність захворювання залежить від статі і віку і, за даними різних дослідників, складає в популяції від 0,1 до 10% [2]. Важливе значення дефіциту тиреоїдних гормонів в першу чергу визначається їх впливом на серцево-судинну систему і ліпідний спектр, що проявляється в більш швидкому розвитку і прогресуванні атеросклерозу [3].

На даний час переглядаються традиційні фактори ризику розвитку атеросклерозу, відбувається пошук нових маркерів атеросклеротичного процесу, обговорюється роль остеопротегерину в розвитку атеросклерозу. Спочатку він був визначений як інгібітор резорбції кістки, але в подальшому була відзначена його роль в регуляції судинного тонусу [4].

Мета роботи – вивчити взаємозв'язок рівня остеопротогеріну, резистину, адипонектину, лептину, гормонально-метаболических показників у хворих на гіпотиреоз.

Матеріал і методи. Обстежено 74 жінки з гіпотиреозом (53-63 років), що склали основну групу. Контрольна група включала 2 підгрупи: 10 пацієток у віці від 21 року до 40 років і 10 жінок у віці від 41 року до 60 років; молодий вік 50% обстежених контрольної групи пояснюється необхідністю виключити атеросклероз. Про компенсації гіпотиреозу судили за концентрацією тиреотропного гормону (ТТГ). Вивчали антропометричні параметри. Про наявність ожиріння судили за індексом маси тіла – ІМТ (індекс Кетле). Тип ожиріння оцінювали по відношенню окружності талії (ОТ) до окружності стегон (ОС). У нормі у жінок цей показник не перевищує 0,8. Стан вуглеводного обміну оцінювали за рівнем глюкози в плазмі венозної крові натще та імунореактивного інсуліну. Інсулінорезистентність оцінювали за індексом НОМА.

Про наявність інсулінорезистентності судили при значенні індексу НОМА 2,77 і більше. Визначали концентрацію загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ), ХС ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) і ХС ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ), розраховували коефіцієнт атерогенності (КА). Рівень лептину, резистину, адипонектину і остеопротогеріна досліджували на мікропланшетном рідері Experst plus Asys (Австрія). Товщину комплексу інтиму – медіа (КІМ) вимірювали на ультразвуковому апараті Logiq 7 (США). Статистичний аналіз проводили з використанням програми Biostatistica, математичний аналіз отриманих даних – з використанням непараметричних критеріїв.

Результати та обговорення. Розподіл жирової тканини у жінок з гіпотиреозом відбувається по андрійному типу.

Рівень глюкози в основній групі достовірно перевищував показники в обох підгрупах контрольної групи ($p < 0,001$), але не виходив за межі нормального діапазону.

Індекс НОМА підвищений у хворих з гіпотиреозом порівняно з показниками в обох підгрупах контрольної групи. У 32,97% жінок з

гіпотиреозом індекс НОМА перевищував 2,77, що свідчило про наявність інсулінорезистентності. При аналізі показників в залежності від рівня ТТГ не виявлено будь-яких істотних відмінностей параметрів вуглеводного обміну у жінок з компенсованим і декомпенсованим гіпотиреозом ($p > 0,005$). Аналіз результатів дослідження ліпідного профілю у жінок з гіпотиреозом свідчить про атерогенні спрямованості змін. Це підтверджує достовірне ($p < 0,001$) підвищення рівня загального холестерину, тригліцеридів, ХС ЛПНГ, КА і зниження ($p < 0,001$) рівня ХС ЛПВЩ у порівнянні з показниками у жінок контрольної групи у віці від 21 року до 40 років. Аналогічні, але менш виражені атерогенні зміни жирового обміну виявлені при порівнянні з показниками у жінок контрольної групи у віці від 41 року до 60 років.

Як при компенсованому, так і при декомпенсованому захворюванні зберігалася однакова атерогенна спрямованість змін ліпідного спектра. При порівнянні показників жирового обміну в досліджуваних групах істотних відмінностей не виявлено ($p > 0,05$). При компенсації гіпотиреозу не відбувається нормалізації ліпідного обміну. У жінок з гіпотиреозом виявлено суттєве ($p < 0,001$) підвищення рівня лептину, резистину і зниження рівня адипонектину в порівнянні з показниками в обох підгрупах контрольної групи.

Адипонектин має протизапальну, антиатерогенну дію. Зниження його рівня у пацієнтів з гіпотиреозом, очевидно, і супроводжується розвитком атерогенних змін ліпідного спектра. Однією з можливих причин розвитку атерогенної дисліпідемії при гіпотиреозі є і підвищення рівня лептину у цій категорії хворих. Це збігається з даними літератури, що свідчать про роль лептину в розвитку атерогенної дисліпідемії та атеросклерозу.

Встановлено, що лептин збільшує накопичення ХС пінистими клітинами. Під дією цього адипокіна в стінці судин збільшується виробництво вільних радикалів кисню і посилюється перекисне окислення ліпідів. Товщина КІМ у жінок з гіпотиреозом 0,86 [0,75-1,0] мм достовірно ($p < 0,001$) перевищувала показники

(0,5 [0,4-1,0] мм) в контрольній групі (підгрупа у віці від 21 роки до 40 років). Певне значення в розвитку атеросклерозу при гіпотиреозі має і інсулінорезистентність, що підтверджує виявлена нами у обстежених позитивна кореляція індексу НОМА і КІМ ($r = 0,476$, $p = 0,012$). У жінок з гіпотиреозом встановлена позитивна кореляційний зв'язок рівня резистину з вмістом ХС ЛПВЩ ($r = 0,383$, $p = 0,006$) і негативна – з КА ($r = -0,297$, $p = 0,036$).

Виявлено позитивний кореляційний зв'язок рівня остеопротогеріна з вмістом ХС ЛПВЩ ($r = 0,254$, $p = 0,019$) і негативна – з загальним ХС ($r = -0,216$, $p = 0,048$), ТГ ($r = -0,232$; $p = 0,034$), ХС ЛПНЩ ($r = -0,215$, $p = 0,049$), КА ($r = -0,270$, $p = 0,013$). Мабуть, у пацієнтів з гіпотиреозом остеопротогерін не може розглядатися в якості маркера атеросклерозу. У той же час є роботи, автори яких розглядають остеопротогерін як маркер атеросклерозу [5, 6] у хворих на цукровий діабет 2-го типу.

Висновки. Зміст остеопротогеріна у пацієнтів з гіпотиреозом підвищено. Це підвищення не залежить від компенсації захворювання. При гіпотиреозі у жінок підвищена концентрація лептину, резистину і знижений рівень адипонектину. Зміна змісту цих адіпокінів відіграє певну роль у розвитку атерогенної дисліпідемії. У 32,97% жінок з гіпотиреозом встановлена інсулінорезистентність (більш 2,77) і компенсаторна гіперінсулінемія. Гіпотиреоз супроводжується розвитком атерогенної дисліпідемії, що проявляється підвищенням рівня загального холестерину, тригліцеридів, холестерину ліпопротеїнів низької щільності, коефіцієнта атерогенності і зниженням рівня холестерину ліпопротеїнів високої щільності. Компенсація захворювання не призводить до нормалізації ліпідного обміну.

Використана література:

1. Зелінська Н.Б. Діагностика патології серцево-судинної системи у хворих на гіпотиреоз / Н.Б. Зелінська // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2010. – № 1(30). – С. 58–60.

2. Diamanti-Kandarakis E., Dattilo M., Macut D., Duntas L., Gonos E.S., Goulis D.G., et al; COMBO ENDO TEAM. Mechanisms in endocrinology: Aging and anti-aging: a Combo-Endocrinology overview. Eur J Endocrinol. 2017 Jun; 176(6): R283-R308. PMID: 28264815. doi: 10.1530/EJE-16-1061
3. Pankiv V.I., Yuzvenko TYu, Pankiv I.V. Type 2 diabetes mellitus and subclinical hypothyroidism: focusing on the role of cholecalciferol. Problems of Endocrine Pathology. 2019;(2):46-51. doi: 10.21856/j-PEP.2019.2.07.
4. Ahn D., Sohn J.H., Jeon J.H. Hypothyroidism Following Hemithyroidectomy: Incidence, Risk Factors, and Clinical Characteristics. J Clin Endocrinol Metab. 2016 Apr;101(4):1429-36. doi: 10.1210/jc.2015-3997.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕЧІНКИ ПРИ ЖОВЧНОКАМ'ЯНІЙ ХВОРОБИ

ЛАХНО О. В.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри внутрішньої медицини № 3 та ендокринології*

ЦІВЕНКО О. І.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри внутрішньої медицини № 3 та ендокринології*

ОЛІЙНИК А. В.

*лікар-інтерн кафедри внутрішньої медицини № 3
та ендокринології*

*Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) займає провідне місце серед захворювань органів травлення за поширеністю і ускладнень [1].