

**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

Мета дослідження. Проаналізувати існуючі на сьогоднішній день в світовій літературі дані щодо особливостей розподілу гематологічних індексів у пацієнтів із ІХС, щоб оцінити їх цінність у перспективі прогностичної ознаки та підкреслити їх важливість у прийнятті клінічних рішень.

Матеріал і методи дослідження. Нами проведено пошук у базі даних PubMed для відповідних досліджень у літературі.

Результати дослідження. Встановлено, що запальні клітини, такі як лейкоцити, і пов'язані із запаленням індекси, такі як співвідношення нейтрофілів/лімфоцитів ($NLR > 2,83$) та співвідношення тромбоцитів/лімфоцитів ($PLR \geq 139,89$), можуть впливати на прогноз пацієнтів із гострим коронарним синдромом (ГКС). Ці показники можна поєднувати зі шкалою ризику Глобального реєстру гострих коронарних подій (GRACE), шкалою SYNergy між черезшкірним коронарним втручанням (ЧКВ) з TAXus і кардіохірургією (SYNTAX) та іншими шкалами для покращення стратифікації ризику у пацієнтів з ГКС. У дослідженні Song et al. продемонстровано, що співвідношення моноцитів/лімфоцитів ($MLR = 0,24$) - незалежно пов'язане з ІХС і може використовуватися для прогнозування тяжкості коронарного ураження. Два нові маркери запалення, індекс системного імунного запалення ($SII > 580,86 \times 10^9/л$) та індекс системної реакції запалення ($SIRI > 1,02$), що складаються з трьох рутинних маркерів крові, вперше були використані для прогнозування раку. Останнім часом їх зв'язок із серцево-судинними захворюваннями привертає велику увагу. Дослідження показали, що їх можна використовувати як індекси стратифікації ризику та прогнозувати несприятливі події. Сукупний індекс системного запалення ($AISI = 434$) — подібний до SII, але крім нейтрофілів, лімфоцитів і тромбоцитів включає кількість моноцитів; отже, може забезпечити більш точне прогностичне значення. Si Y, et al. виявили, що співвідношення лімфоцитів/моноцитів ($LMR < 4,8$) – незалежний фактор ризику ІХС, корелює із тяжкістю коронарного атеросклерозу у пацієнтів з ІХС за шкалою Gensini, яка враховує ступінь стенозування коронарних артерій. Zheng et al. показали, що співвідношення тромбоцитів/гемоглобіну ($PHR \geq 1,69$) - незалежним прогностичним маркером для пацієнтів з ІХС після ЧКВ з кращою прогностичною цінністю, ніж абсолютна кількість тромбоцитів або рівень гемоглобіну. Індекс відношення лімфоцитів/ еозинофілів ($Li/E - 8,73 \pm 1,26$) дозволяє визначити співвідношення процесів гіперчутливості сповільненого та негайного типів. Індекс відношення лейкоцитів/ШОЕ (Рилов А. І., Кравець М. С., 2005), ($Li/ШОЕ - 1,87 \pm 0,76$) - зниження якого характеризує інфекційну інтоксикацію, а підвищення – автоімунний процес. Інтегрований індекс запалення (за Ткачем Ю. І. та Скибинською О. М., 2001) ПЗ оцінюють за шкалою: 5–17 – відсутність запалення; 18–25 – запалення легкого перебігу; 26–39 – запалення середньої активності; 40 і більше – запалення важкого перебігу.

Висновок. Розрахування лейкоцитарних індексів дає змогу оцінити виразність активності запального процесу на основі загального аналізу крові вже на момент надходження до стаціонару пацієнтів і має, високу діагностичну та прогностичну цінність, щоб ідентифікувати пацієнтів високого ризику несприятливих серцево-судинних подій для подальшого цілеспрямованого лікування.

Галицька В.О.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Буковинський державний медичний університет

Вступ. У багатьох дослідженнях продемонстровано, що перехрест бронхіальної астми (БА) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) (АХП) значно погіршує клінічний перебіг захворювання, якість життя пацієнтів, призводить до щорічного прискореного зниження функції легень, значно підвищує ризик загострення, погіршує

результати лікування. Актуальним на сьогодні є вивчення коморбідності при АХП, зокрема цукрового діабету 2 типу (ЦД 2 типу), що збільшує навантаження на охорону здоров'я у всьому світі, у тому числі і в Україні.

Мета дослідження. Оцінити клінічні особливості коморбідного перебігу АХП та ЦД 2 типу шляхом вивчення якості життя хворих, показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) та біоімпедансного аналізу.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 20 пацієнтів з АХП асоційованим з ЦД 2 типу, 15 пацієнтів з БА, 20 пацієнтів з ХОЗЛ, 20 пацієнтів з АХП та 20 з ЦД 2 типу. Оцінювали анкети mMRC, St. George's Hospital (SGHQ), показники ФЗД (спірограф BTL 08 SpiroPRO), біоімпедансного аналізу (Tanita BC 601) та визначали толерантність пацієнтів до фізичного навантаження (6-хвилинна ходьба). Пацієнти відповідали критеріям включення у дослідження та підписали інформовану згоду. Середній вік пацієнтів з АХП та ЦД 2 типу був 60,49 [57,6; 65,7], серед яких 66% були курцями (>10 пачко-років). Інші групи пацієнтів були репрезентативними за віком, статтю та індексом куріння.

Результати дослідження. В групі пацієнтів з АХП та ЦД 2 типу спостерігалась більш виражена задишка (за шкалою mMRC на 46% була більше, ніж у пацієнтів з АХП ($p < 0,005$)), вища частота загострень за минулий рік в 1,34 рази, нижчі параметри якості життя пацієнтів (за опитувальником SGHQ оцінка за шкалою вираженості симптомів була найвищою у пацієнтів з АХП та ЦД2 типу ($p = 0,0029$)).

За даними біоімпедансометрії вищий ІМТ на 25,2%, відсоток жирової маси на 5,19% був у пацієнтів за коморбідного перебігу АХП та ЦД типу 2 порівняно з пацієнтами з ХОЗЛ, БА та АХП. М'язова маса була також вищою у хворих з АХП асоційованого з ЦД 2 типу на 17,6% відповідно.

У пацієнтів з АХП був нижчий показник ОФВ₁, ніж у пацієнтів з БА, проте незначно вищим, ніж у пацієнтів з ХОЗЛ ($p < 0,005$). ФЖЕЛ за поєданого перебігу АХП та ЦД 2 типу була нижчою на 16,5% порівняно з пацієнтами з АХП, проте у групі з АХП ФЖЕЛ залишилась вищою на 7,8%, ніж у пацієнтів тільки з ХОЗЛ. SVC у пацієнтів з АХП асоційованим з ЦД типу 2 була меншою на 27,2% ($p < 0,005$) порівняно з АХП. Найменшу відстань за 6 хвилин проходили пацієнти з АХП та АХП і ЦД 2 типу (на 15,36% менше ніж пацієнти тільки з ХОЗЛ та БА).

Висновки. Для пацієнтів з коморбідним перебігом АХП та ЦД 2 типу характерними є більш виражена задишка, вища частота загострень, нижчі показники спірометрії, вищий ІМТ та відсоток жиру, нижча якість життя та толерантність до фізичного навантаження.

Гулага О.І.

ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНА ХВОРОБА НИРОК: РОЛЬ АНТАГОНІСТІВ АЛЬДОСТЕРОНУ

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

Вступ. Не дивлячись на те, що концепція нейроендокринної гіперактивації на сьогодні є ключовою в патогенезі ішемічної хвороби серця та хронічної хвороби нирок (ХХН), справжнє діагностичне значення окремих компонентів нейроендокринних систем у діагностиці та прогнозуванні перебігу серцевої недостатності (СН) не встановлено. Значна кількість пацієнтів мають одночасне порушення функції серця і нирок, первинне порушення одного з цих органів може викликати дисфункцію іншого, що веде за собою необхідність довготривалого лікування. При лікуванні хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) одним з завдань є не тільки ліквідація проявів ГІМ, попередження його прогресування, стабілізація функціональної спроможності, а й попередження розвитку тих морфо-функціональних змін, які в подальшому можуть призвести до погіршення якості життя пацієнта. Одним із критеріїв адекватного лікування хворих на ГІМ, методологією вибору препаратів є оцінка віддалених результатів лікування.