

**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**

вигодовування є невідповідність кількості молока до потреб дитини, стресові ситуації, припинення лактації, зумовлене порушенням техніки вигодовування, соціальні фактори. Загальна захворюваність дітей першого року (964,1 на тис.) та захворюваність на хвороби травної системи (63,9 на тис.) була нижчою в групі дітей на грудному вигодовуванні у порівнянні з дітьми на штучному вигодовуванні (відповідно 1095,1 та 102,7;  $p < 0,05$ ). Проведено опитування 42 батьків дітей раннього віку щодо термінів та причин завершення грудного вигодовування. У 13,4% респондентів штучне вигодовування було розпочато у віці до місяця. Грудне вигодовування повністю було завершене до 6 місяців у 15 дітей (35,7%). У 10 дітей (23,8%) грудне вигодовування було завершене у терміни від 6 місяців до 1 року року, у 17 дітей (40,5%) – після року.

**Висновки.** Отже, процес грудного вигодовування є взаємовигідним і для дитини, і для матері, і вартує зусиль з його налагодження. Послідовна робота в цьому напрямку потребує безперервного навчання медичного персоналу та дотримання всіх принципів підтримки грудного вигодовування.

**Мікулець Л.В.**

## **ОЦІНКА ТРАДИЦІЙНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ У ПАЦІЄНТІВ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Розвиток серцево-судинних захворювань (ССЗ) у хворих на ревматоїдний артрит (РА) за даними міжнародної медичної статистики впродовж останніх 30 років є однією із основних причин смерті. ССЗ становлять більше 50% випадків передчасної смерті у даних пацієнтів. Збільшення розвитку ішемічної хвороби серця та інших серцево-судинних подій у пацієнтів на РА в спостерігається 1,5 рази, а раптової серцевої смертності – у 2 рази у порівнянні із середньопопуляційним показником. Даний ризик зростає зразу після маніфестації захворювання та продовжує зберігатись і надалі.

**Мета дослідження.** Провести аналіз розповсюдженості ризиків серцево-судинних подій та показників ліпідного обміну у хворих на ревматоїдний артрит.

**Матеріал та методи дослідження.** Обстежено 43 хворих на РА згідно критеріїв Американської колегії ревматологів (1987) та протоколу № 263 від 11.04.2014 року МОЗ України, які знаходились на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні КНП ЦМКЛІ м. Чернівці. Вік пацієнтів від 32 до 64 років (середній вік –  $46,3 \pm 6,7$ ). Ступінь активності запального процесу визначали за індексом DAS28. До обстеження пацієнти не отримували базисних протизапальних препаратів. Більшість пацієнтів отримували нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) і ГК. У всіх обстежуваних проводили оцінку наявності традиційних факторів ризику ССЗ: куріння, ожиріння, спадковість ССЗ, наявність дисліпідемії, артеріальної гіпертензії (АГ). Стратифікацію суммарного кардіоваскулярного ризику (КВР) проводили за шкалою SCORE та SCORE/EULARE, запропонованою Європейською антиревматичною лігою (EULARE, 2010): тривалість захворювання >10 років, серопозитивність за РФ і АЦЦП, позасуглобові прояви захворювання, висока активність запального процесу (індекс DAS28). Дослідження біохімічних показників крові проводили згідно стандартних методи. Проводили визначення загального холестерину (ЗХС), холестерин ліпопротеїдів високої щільності (ХЛПВЩ), холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХЛПНЩ), тригліцеридів (ТГ) та індексатерогенності (ІА). Статистичну обробку даних проводили за допомогою статистичної програми PAST.

**Результати дослідження.** У більшості пацієнтів ( $n=32$ ; 74,4%) був виявлений як мінімум один показник КВР. Серед найбільш розповсюджених були: АГ ( $n=26$ ; 60,5%) і дисліпідемія ( $n=23$ ; 53,5%). У хворих на РА з АГ систолічний АТ становив  $147 \pm 16,7$  мм рт.ст, діастолічний АТ –  $93,7 \pm 5,6$  мм рт.ст. У більшості пацієнтів підвищення АТ вперше спостерігалось після дебюту РА. Збільшення показника ЗХС виявлено у 51,2% пацієнтів, ТГ – 23,3%, спадковість за КВР – у 16,3%, куріння – у 4,7% хворих, ЦД – 4,7%, SCORE – 20,9%.

Аналізуючи ліпідний спектр крові у хворих на РА спостерігали підвищення показників ТГ, ІА та зниження рівня ХСЛПВЩ ( $p < 0,05$ ). У хворих на РА при аналізі сумарного КВР за шкалою SCORE виявили: низький ризик у 23 пацієнтів (53,5%), середній – у 11 пацієнтів (25,6%) та високий – у 9 (20,9%). При оцінці ризику розвитку фатальних кардіоваскулярних подій за шкалою SCORE/EULARE (враховуючи наявність РА-обумовлених факторів КВР), кількість пацієнтів із високим ризиком розвитку ССП зростає з 20,9% до 32,6%. Отримані дані вказують про необхідність рекласифікації КВР у хворих на РА із врахуванням так званих хворобо-обумовлених кардіоваскулярних факторів ризику.

**Висновки.** У хворих на ревматоїдний артрит було як мінімум один із показників КВР. Кількість пацієнтів зростала при оцінці сумарного КВР за шкалою SCORE/EULARE. Це можна пояснити тим, що в основі розвитку серцево-судинних подій у даної категорії пацієнтів лежить наявність хронічного системного аутоімунного запалення, традиційних кардіоваскулярних факторів ризику, а також тривалий безконтрольний прийом НПЗП та ГК.

Плеш І.А.

## ОЦІНКА ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЕГ II СТАДІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ЦИРКАДІАННОГО РИТМУ АТ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Вивчення хронобіологічної структури артеріального тиску у хворих з АГ суттєво змінило підходи до розуміння патогенетичних механізмів прогресування есенційної гіпертензії (ЕГ) та інших артеріальних гіпертензій. Встановлено, що з прогресуванням ЕГ відбувається перерозподіл хворих за добовим індексом (ДІ) зі зміщенням до групи «не діперів» - ND та NP. Встановлено, що у пацієнтів з добовим ритмом ND та NP – спостерігається більш агресивний перебіг захворювання, частіші випадки резистентності до традиційної терапії.

**Мета дослідження.** Важливим є вивчення функціональної активності нирок (ФАН) у цих хворих залежно від циркадіанної структури АТ. Нами проаналізовані дані основної величини ФАН – клубочкової фільтрації.

**Матеріал та методи дослідження.** Комплексно обстежено 102 хворих на ЕГ II ст. з III ступенем АГ. Усім хворим проведено ДМАТ на апаратному комплексі «Solvaig». Розподіл за ДІ встановив, що серед 92 хворих у 39 – ДІ перевищував 10%; у 49 був в межах 10%-0%, а у 14 – становив 0 – (-10%), відповідно «D» - 38,2%; «ND» - 48,0%, «NP» 13,8%, «не діпери» - становили майже 62% від загальної кількості обстежених. У всіх групах переважали чоловіки. За віковою категорією, відповідно циркадіанному ритму: «D», «ND» та «NP» -  $51,95 \pm 1,37$ ;  $52,80 \pm 1,42$ ;  $56,80 \pm 1,93$  (років), за масою тіла –  $87,9 \pm 2,56$ ;  $89,7 \pm 2,21$ ;  $94,57 \pm 2,32$  (кг). Розраховані коефіцієнти площі тіла та індексу маси тіла становили:  $1,95 \pm 0,04$ ;  $1,94 \pm 0,04$ ;  $2,02 \pm 0,08$  ( $m^2$ ) та  $29,52 \pm 0,87$ ;  $30,72 \pm 0,79$ ;  $32,28 \pm 0,95$  ( $kg/m^2$ ).

**Результати дослідження.** Таким чином хворі з циркадіанними ритмами «ND» та «NP» старші за віковою категорією від групи «D», вірогідно з ритмом ДІ - «NP» ( $p < 0,05$ ). За величиною маси тіла та ІМТ обстежені мали надлишкову масу тіла, а більшість «не діперів» - I ступінь ожиріння ( $IMT > 30$   $kg/m^2$ ). Аналізуючи в цих групах один з найважливіших показників ФАН – швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ), встановлено її коливання в межах норми (80-120 мл/хв.) з тенденцією до зниження у «не діперів». Розрахунки ШКФ до площі тіла та ІМТ показали суттєву відмінність у «не діперів» у порівнянні з «D». Так зниження ШКФ співвіднесеної до площі тіла у «ND» було на -5,4%, а у «NP» -14%, у порівнянні ШКФ без урахування площі тіла, відповідно -5% та -10%. За ІМТ ця різниця була більш вираженою і становила відповідно: -9,2% та -17,6%.

**Висновки.** Отже, розрахунки величини ШКФ до даних площі та ІМТ вказують на зниження ФАН у групах «не діперів», особливо у хворих ритму «NP». Постійне навантаження нирок високим АТ, особливо у нічний період, веде до зниження ФАН, що