

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ**



**V ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-
ПРАКТИЧНА
ДИСТАНЦІЙНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ ТА
ПЕРСПЕКТИВИ КЛІНІЧНОЇ
ЛАБОРАТОРНОЇ МЕДИЦИНИ»**

Збірник тез конференції

**27 травня 2026 рік
ХАРКІВ**

(підвищення ММР-9, ММР-2 на тлі коливань рівня ТІМР-4) та системними змінами білкового профілю (церулоплазмін, кластерин, аполіпопротеїн В-100), що може бути використано як патогенетично обґрунтована панель маркерів для прогнозування перебігу та рецидивів захворювання.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Литвинова О.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[*olgalitvinovamd@gmail.com*](mailto:olgalitvinovamd@gmail.com)

Вступ. Хронічна хвороба нирок (ХХН) асоціюється з надзвичайно високим ризиком розвитку серцево-судинної патології. Частоту поєднання серцево-судинних захворювань і ХХН зв'язують із спільними факторами ризику. При поєднанні цих захворювань відзначається виражене підвищення частоти прогностично несприятливих метаболічних порушень (гіперліпідемія, інсулінорезистентність, гіперурикемія), тощо. Крім того, при ХХН розвиваються різноманітні порушення ліпідного обміну, які суттєво поглиблюються в результаті приєднання ішемічної хвороби серця (ІБС) або появи ознак хронічної ниркової недостатності.

Мета роботи - вивчення проатерогенних порушень метаболізму ліпідів у хворих на хронічний гломерулонефрит (ХГ).

Матеріали та методи. Обстежено 36 хворих на хронічний гломерулонефрит, у 19-х з яких ХГ протікав із супутньою ішемічною хворобою серця II функціонального класу, 2 група - 17 хворих на ХГ без ІБС. Вік хворих був від 38 до 65 років (середній вік $49,1 \pm 0,9$ років). Усі хворі знаходились на стаціонарному лікуванні у 2-ї міській клінічній лікарні м.Харкова. Контрольну групу склали 15 практично здорових осіб аналогічного віку. Усім хворим проводили комплексне клініко-лабораторне обстеження. Для діагностики ХГ

використовували клінічну класифікацію (Тареев Е.М.,Тареева І.Е.,1972р.). Діагностику ІБС та визначення функціонального класу проводили згідно з класифікацією Канадського кардіологічного товариства та Рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (2018). Ліпідний спектр крові визначали ферментативним методом на біохімічному аналізаторі «Humalyzer 2000». Достовірність різниці між середніми величинами визначалась за t– критерієм Ст'юдента.

Результати та їх обговорення. При аналізі результатів середнього рівня показників ліпідного обміну встановлено, що хворі на ХГ та супутню ІБС відрізнялись більш високими рівнями в сироватці крові тригліцеридів ($p < 0,05$), холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності ($p < 0,05$) та холестерину ліпопротеїдів низької щільності ($p < 0,05$) у порівнянні з хворими з ГХ без ІБС. Також ми спостерігали достовірне підвищення на 0,79 ммоль/л (15,2%) середнього рівня загального холестерину крові у хворих на ХГ та супутню ІБС у порівнянні із групою хворих на ХГ без ІБС, та на 1,55 ммоль/л (25,6 %) у порівнянні із контрольною групою.

Висновки. Отримані дані свідчать про те, що у хворих на ХГ поєднаний з ІБС у порівнянні із хворими на ХГ без ІБС та практично здоровими особами контрольної групи спостерігалось достовірно вірогідне підвищення метаболічних показників ліпідного обміну.

СУЧАСНА ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Малюк С.О., Литвиненко Г.Л

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

sofiamalluk@gmail.com

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) залишаються головною медико-соціальною проблемою охорони здоров'я України, що зумовлює понад 400 – 500 тис. летальних випадків та понад 20 млн зареєстрованих клінічних випадків