

COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS WITH PROCEEDINGS OF THE

IX INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE

**«Theoretical and empirical scientific
research: concept and trends»**



Oxford
United Kingdom



October 10
2025



**Oxford Sciences LTD &
NGO European Scientific Platform**



ISBN (online) 978-1-8380555-1-6
ISBN (print) 978-617-8440-83-1

DOI 10.36074/logos-10.10.2025



МОДЕЛЬ КУЛЬТУРНОГО ПРОСТОРУ СУСПІЛЬСТВА Пріснякова Л.М.	246
---	------------

ABSTRACTS

NLP AS A TOOL THAT ALLOWS YOU TO ACHIEVE SUCCESS IN BUSINESS NEGOTIATIONS Kernas A.V., Kolisnichenko K.	253
PSYCHOLOGICAL FEATURES OF MANIPULATION IN BUSINESS COMMUNICATION Kernas A.V., Moskovich K.	257
ДИНАМІКА САМООЦІНКИ ТА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОМФОРТУ В КОНТЕКСТІ РОЗВИТКУ АСЕРТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІВ-КОНСУЛЬТАНТІВ Скляренко С.Р.	260

SECTION XIX. MEDICAL SCIENCES AND PUBLIC HEALTH

ABSTRACTS

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА АКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ, ВКЛЮЧНО ІЗ РЕЦИДИВАМИ З 2022 ПО 2024 В УКРАЇНІ ТА МІСТАХ З ВИСОКИМИ ПОКАЗНИКАМИ ЗАХВОРЮВАНOSTІ Скакунов М.О., Рева К.О., Шевченко О.С.	264
ОЦІНКА ЕКСКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ НА ПІДСТАВІ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ КРЕАТИНІНУ ТА ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ Акімова Л.С.	266

SECTION XX. PHYSICAL CULTURE, SPORTS AND PHYSICAL THERAPY

ARTICLES

М'ЯЗОВЕ ТЕСТУВАННЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА МОНІТОРИНГУ ДІТЕЙ ІЗ ВАЛЬГУСНОЮ ДЕФОРМАЦІЄЮ СТОПИ Коваль Н.А.	270
--	------------



DOI 10.36074/logos-10.10.2025.053

ОЦІНКА ЕКСКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ НА ПІДСТАВІ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ КРЕАТИНІНУ ТА ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ

Акімова Лілія Сергіївна¹

1. асистент кафедри внутрішніх хвороб 3, аспірант
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
м. Запоріжжя, УКРАЇНА
ORCID ID: 0009-0008-7498-3544

Вступ. Загальновідомо, що гіпертонічна хвороба (ГХ) спричинює пошкодження нирок, які є однією з основних мішеней артеріальної гіпертензії, призводячи до формування симптомокомплексу гіпертонічної нефропатії. На сьогодні розробляються та впроваджуються стратегії ранньої діагностики субклінічного ураження нирок та нефропротекції при ГХ з метою запобігти або знизити темпи прогресування нефропатії. В той же час з'являється багато даних щодо ураження нирок з порушенням їх функціональної здатності у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), адже відомо, що загальний прозапальний фон, що формується на організмовому рівні при ХОЗЛ, прискорює прогресування атеросклеротичного ураження ниркових артерій, а також призводить до ураження ниркових гломерул прозапальними цитокінами (ІЛ-1, ІЛ-6, ФНП-альфа) та стимулянтами процесів фіброзоутворення (судинний та тканинний фактори росту). Для пацієнтів з ХОЗЛ стратегії експрес-діагностики нефропатії та нефропротекції ще не впроваджені. Отже, важливим та актуальним завданням є розробка та впровадження методів ранньої діагностики формування нефропатії у пацієнтів з ХОЗЛ, а також із коморбідним перебігом ГХ та ХОЗЛ, адже патогенетичні фактори в цьому випадку взаємопотенціюються та призводять до швидких темпів формування дисфункції клубочків нирок. Найбільш



SECTION 19.

MEDICAL SCIENCES AND PUBLIC HEALTH

доступними методами скринінгової оцінки функції нирок є визначення рівня креатиніну крові та розрахунок ШКФ.

Мета роботи. Оцінити екскреторну функцію нирок у пацієнтів з монопатологією ГХ, монопатологією ХОЗЛ та у пацієнтів із коморбідним перебігом ГХ і ХОЗЛ за допомогою визначення рівня креатиніну сироватки крові та розрахунку ШКФ за формулою СКD-EPI, провести порівняльну оцінку результатів в цих трьох групах хворих, підтвердити наявність більш значущого пошкодження механізмів гломерулярної фільтрації у пацієнтів з коморбідністю, визначити фактори, які впливають на формування ниркової дисфункції у пацієнтів з ГХ та ХОЗЛ.

Матеріали і методи. В дослідження було залучено 80 пацієнтів, що були розподілені на 3 групи – 20 хворих на ГХ II стадії 1-3 ступеня, 20 пацієнтів з ізольованим ХОЗЛ II-III стадії, 40 коморбідних пацієнтів з ГХ II стадії 1-3 ступеня та ХОЗЛ II-III стадії. Всі пацієнти надали письмову згоду на участь в даному дослідженні. В дослідження не включали пацієнтів, що мають цукровий діабет, ішемічну хворобу серця, системні захворювання сполучної тканини та васкуліти, злоякісні новоутворення та інші нозологічні форми, що можуть впливати на функціональний стан нирок.

Визначення екскреторної функції нирок проводилось з використанням показників рівня сироваткового креатиніну та за допомогою розрахунку ШКФ за формулою СКD-EPI, що включає рівень креатиніну, вік та стать пацієнта.

Дослідження добового профілю АТ проводили за допомогою апарату «CardioTens» («Meditech», Угорщина), при цьому оцінювали такі показники: середні значення систолічного (САТ), діастолічного (ДАТ), середнього та пульсового АТ за добу (д), денний (дн) та нічний (н) періоди, варіабельність САТ та ДАТ.

Спірометричне дослідження функції зовнішнього дихання проводилось на апараті «СПІРОКОМ» з відповідним програмним забезпеченням за стандартним протоколом дослідження, при цьому з метою стадіювання ХОЗЛ за GOLD оцінювали об'єм форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1).

Результати дослідження оброблені із застосуванням статистичного пакету програми «Microsoft Excel 2015».

Результати та обговорення. Аналіз результатів дослідження свідчить про наявність певних факторів ризику розвитку нефропатії із субклінічним порушенням екскреторної функції нирок у пацієнтів з ГХ (таб. 1). Вищі рівні креатиніну і відповідно нижчий рівень ШКФ спостерігались у пацієнтів з вищим рівнем САТ і ДАТ, що відповідав 3 ступеню АГ, у хворих віком 50 років і більше, при тривалості перебігу ГХ більше 10 років, а також у тих, які на момент участі в дослідженні не отримували базисної антигіпертензивної терапії.

Також було відзначено, що показник ШКФ за СКД-EPI є більш об'єктивним та чутливим до ранньої ниркової дисфункції, ніж ізольована оцінка рівня сироваткового креатиніну, який, як відомо, залежить від багатьох факторів.

Таблиця 1

Результати визначення рівня сироваткового креатиніну та розрахунку ШКФ у пацієнтів з монопатологією ГХ в залежності від наявності певних факторів, що впливають на розвиток нефропатії

Показник/ Фактори ризику	Сироватковий креатинін	ШКФ за СКД-EPI
2 ступінь АГ	88,4±6,16	93,77±13,78
3 ступінь АГ	90,41±21,9	82,74±22,72
Вік хворого менше 50 років	87,97±14,52	99,01±14,33
Вік хворого більше 50 років	91,25±23,18	76,52±21,24
Тривалість ГХ менше 10 років	85,89±19,14	96,9±22,92
Тривалість ГХ більше 10 років	92,92±21,24	76,06±17,02
Наявність базисної терапії ГХ	75,2±13,29	101,69±10,5
Відсутність базисної терапії ГХ	102,3±16,48	70,25±17,81

Визначення рівня сироваткового креатиніну та розрахунок ШКФ за СКД-EPI у пацієнтів з ХОЗЛ показав прямий корелятивний зв'язок погіршення функції нирок зі ступенем бронхіальної обструкції, віком хворого, тривалістю куріння більше 15 років, показником індексу пачко-років більше 20 та високою частотою загострень ХОЗЛ (таб. 2).

Таблиця 2

Результати визначення рівня сироваткового креатиніну та розрахунку ШКФ у пацієнтів з монопатологією ХОЗЛ в залежності від наявності певних факторів, що впливають на розвиток нефропатії

Показник/ Фактори ризику	Сироватковий креатинін	ШКФ за СКД-EPI
Стадія II за GOLD	81,44±11,99	99,59±12,04
Стадія III за GOLD	102,53±21,58	74,48±17,2
Вік хворого менше 50 років	88,47±16,95	93,76±15,41
Вік хворого більше 50 років	95,5±23,28	80,31±21,29
Тривалість куріння менше 15 років	68,4±11,61	102,33±10,67
Тривалість куріння більше 15 років	96,15±18,5	84,34±16,81
Індекс пачко-років менше 20	77,14±10,67	104,12±8,37
Індекс пачко-років більше 20	106,51±13,93	70,9±11,39
Кількість загострень 2 і менше за останній рік	76,53±11,15	99,92±15,32
Кількість загострень 3 і більше за останній рік	107,44±14,2	74,15±13,69

SECTION 19.

MEDICAL SCIENCES AND PUBLIC HEALTH

У пацієнтів, що мали коморбідний перебіг ГХ та ХОЗЛ показник сироваткового рівня креатиніну дорівнював $99,23 \pm 14,65$, а ШКФ в середньому складала $69,5 \pm 12,35$, що є нижчим за результати, отримані в групах хворих з монопатологією, і свідчить про більш виражене ушкодження нирок у поліморбідних пацієнтів. Залежність ступеня зниження ниркової екскреції в цій групі також корелювала з тривалістю перебігу ГХ та ХОЗЛ, середнім рівнем САТ, ступенем бронхообструкції, стажом куріння та індексом пачко-років та наявністю або відсутністю антигіпертензивної терапії.

Висновки. В ході дослідження було виявлено, що рівні сироваткового креатиніну є достовірно вищими, а швидкість клубочкової фільтрації відповідно нижчою у пацієнтів з ГХ, які мають стабільно високі показники АТ за САТ і ДАТ, що відповідають АГ 3 ступеня, тривало хворіють на ГХ, а також у тих хворих, що не отримують регулярної базисної антигіпертензивної терапії. Ознаки субклінічного ураження нирок спостерігалися у пацієнтів з ХОЗЛ III стадії за GOLD, що відповідає значному ступеню бронхообструкції, з частими загостреннями, з великою тривалістю стажу куріння та високим показником індексу пачко-років. Сумація даних факторів ризику нефропатії у коморбідних пацієнтів призводила до більш значущого зниження ренальної функції. Виявлення та модифікація перелічених факторів ризику, впровадження раннього скринінгу на доклінічних стадіях нефропатії, а також рутинне застосування стратегій нефропротекції, на нашу думку, суттєво зменшить швидкість прогресування порушення ниркової функції в цих групах пацієнтів, що матиме глобальний вплив на якість та тривалість життя, інвалідизацію за смертність хворих з ураженням нирок.