

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



сформовано 2 групи пацієнтів. Контрольна група (К) (60 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день для усунення проявів МС, есенціале Н по 1 капсулі 3 рази на день (як гепатопротекторний препарат), аторвастатин (аторкор) по 10 мг 1 раз на день (як гіполіпідемічний середник) та еналаприлу малеат по 10 мг на добу під контролем АТ упродовж 30 днів. Основна група (О) (60 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день, гепадиф (Г) по 1 капсулі 3 рази в день (як гепатопротекторний препарат), езетіміб (Е) по 10 мг 1 раз на день (як гіполіпідемічний середник) та фозиноприл (Ф) по 10 мг на добу для контролю АТ упродовж 30 днів.

Призначене лікування призвело до зниження ступеня показника глікемії (ПГ) із нормалізацією показників у О групі: усунуто явища спленомегалії у 100% хворих проти 40% у К групі, Дв.в. зменшився на 24,0% ($p < 0,05$) проти 13,5% у К групі ($p < 0,05$), КІ знизився на 39,0% ($p < 0,05$) проти 15,0% ($p < 0,05$). Позитивним був вплив комплексу засобів із включенням Г і на тромбоцитарну ланку гемостазу: в О групі кількість тромбоцитів зросла в 1,9 рази ($p < 0,05$), у К групі – у 1,2 рази ($p < 0,05$). Стимуляція тромбоцитопоезу в О групі, на нашу думку, виникла внаслідок впливу карнітину та вітамінів групи В анаболічної дії, що входять до складу Г.

Отже, лікувальний комплекс із включенням препаратів гепадифу, фозиноприлу та езетіміб, підібраний із врахуванням патогенетичного підходу, вплинув позитивно на тромбоцитарну ланку гемостазу та більшість складових поргальної гіпертензії у хворих на НАСГ із ГХ, що підлягли зворотному розвитку .

Новиченко С.Д.
ДОПЛЕРОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА
ПОРУШЕНЬ НИРКОВОГО КРОВООБІГУ У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК І-ІІ СТАДІЇ
З НАЯВНІСТЮ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Кафедра фармакології

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Відомо, що артеріальна гіпертензія (АГ) ускладнює перебіг хронічної хвороби нирок (ХХН), що прискорює прогресування самої ХХН та появу незворотніх змін як з боку судин, так і з боку ниркової паренхіми в цілому. За наявності ХХН патологічний процес взаємообтяжується, а при тривалому хронічному запаленні прискорюються процеси проліферації та зміни з боку судин нирок та ниркової паренхіми, що в подальшому призводять до фіброзу та склерозування з розвитком хронічної ниркової недостатності. За умови нормального функціонування ниркових судин, у відповідь на збільшення об'ємної швидкості кровотоку судини розширюються, зберігаючи нормальне співвідношення «об'єм крові – просвіт судини». При збільшенні об'ємної швидкості кровотоку виникає деформація ендотелію судинної стінки з подальшими патологічними змінами аж до розвитку склерозу. На розвиток таких змін визначний вплив має тривала АГ.

Метою роботи було дослідити порушення ниркового кровообігу у хворих на хронічну хворобу нирок І-ІІ стадії (пієлонефрит, гломерулонефрит, діабетична нефропатія).

Було проведено 131 комплексне ультразвукове дослідження із застосуванням ультразвукового дуплексного кольорового сканування нирок. У дослідженні приймали участь 47 хворих на хронічний пієлонефрит (ХПН), 48 хворих на діабетичну нефропатію ІV стадії (ДН), 36 хворих на гломерулонефрит (ХГН). Кожну групу склали 2 підгрупи – з артеріальною гіпертензією (АГ) та без АГ. Обстежено також 20 здорових осіб. Усім пацієнтам проводили кольорове дуплексне сканування нирок. Дослідження проводилось в триплексному режимі (В - режим, кольорове дуплексне картування, спектральний аналіз доплерівського зсуву частот), вимірювали пікову систолічну швидкість (Vs), кінцеву діастолічну (Vd), усереднену за часом максимальну швидкість кровотоку (TAMX), розраховували об'ємну швидкість кровотоку (Vvol) та індекс резистентності (IR). У хворих



на хронічну хворобу нирок (ХХН) I-II ст. з АГ II ст. виявлено збіднення внутрішньониркового кровотоку, що характеризується зниженням максимальної систолічної (Vs), мінімальної діастолічної швидкості кровотоку (Vd), а також зменшенням показників усередненої за часом максимальної швидкості кровотоку (TAMX) і об'ємної швидкості кровотоку (Vvol) та підвищення індексу резистентності (IR). Досліджувані показники судинного кровотоку нирки корелювали з основними факторами прогресування ХХН – швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ) та добовою протеїнурією.

Отже, у хворих на ХХН I-II стадії (ХПН, ХГН, ДН) з наявністю АГ II ступеня виявлено збіднення внутрішньониркового кровотоку, що найбільше проявилось на рівні a.interlobaris та характеризується зниженням Vs, Vd, TAMX і Vvol та підвищенням IR ($p < 0,05$) при візуалізації проекції нирки за допомогою кольорового дуплексного зображення. У хворих на ДН відмічено найнижчі показники ниркового кровотоку ($p < 0,001$) та найвищий рівень IR порівняно з нормою ($p < 0,001$). Виявлено тісний зв'язок між показниками ниркового кровотоку на рівні a.interlobaris та основними факторами прогресування ХХН (ШКФ і добовою протеїнурією), що проявилось наявністю сильних прямих кореляційних зв'язків між ШКФ та Vs ($R = 0,83$) ($p < 0,05$); з Vd ($R = 0,72$), з Vvol ($R = 0,87$) та зворотніх між добовою протеїнурією та Vs ($R = -0,65$) ($p < 0,05$); з Vd ($R = -0,62$), з Vvol ($R = -0,79$). У пацієнтів з ХХН I-II ст. (ХГН) без АГ виявлено підвищення кровонаповнення судин нирок, що найбільше проявилось на рівні a.interlobaris та характеризувалося вірогідним зростанням показників Vs, Vd, TAMX, Vvol і зниженням IR ($p < 0,05$).

Olinyk O.Yu.

EVALUATION OF PAIN SYNDROME COMPONENTS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

*Department of Internal Medicine and Infectious Diseases
Higher state educational establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University»*

Diseases of the musculoskeletal system are the most common causes of disability in the modern world. The prevalence of these diseases increases with an alarming rate. The main syndrome of chronic diseases of the joints (osteoarthritis, rheumatoid arthritis, seronegative spondyloarthritis, gout) is pain.

The aim of the study was to determine the prevalence of pain syndrome and to establish the features of pain in patients with rheumatoid arthritis.

The study involved 25 patients with a reliable diagnosis of RA (criteria EULAR / ACR'2010). All patients were examined and treated at the Chernivtsi Regional Clinical Hospital, the rheumatologic department. Among patients with RA predominated women - 17 (68%) and there were 8 (32%) men. The average age ranged from 29 to 63 years, $41,2 \pm 8,4$ years. In order to establish the stage of the RA, they were determined by O. Steinbroker (1941). The algo-functional index of Leken was determined by the method of polling the patient about the nature of the pain syndrome (time of occurrence, maximum walking distance without pain, duration of morning stiffness of joints, difficulties in self-care); answers were evaluated in points. Visual-analog scale of pain (VAS) - a 10-centimeter scale, in which 10 corresponds to the maximum severity of pain syndrome, 0 - no pain. The gradation of pain syndrome was the following: 2 points (or 2 cm) - moderate pain, 4 points - average pain, 6 points - severe pain, 8 points - very severe pain, 10 points - maximum pain.

The II-III radiologic stage and the average and high activity of the process according to DAS28 ($3,95 \pm 2,02$ points) dominated in patients with RA. Regarding pain syndrome patients noted a feeling of heaviness in the limbs, numbness, periodically sharp "shooting" pain, pain in touching the joint, especially under synovitis. The intensity of the pain syndrome in the examined patients with RA was 7.2 ± 1.3 points according to VAS.

A distinctive feature of pain syndrome in RA is a poor perception of pain, even with its insignificant severity. Pain in the early stages of RA is not intense, but permanent, is amplified in