

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



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



запалення. Підвищена продукція цитокінів, спровокована зростанням рівня лептинемії, є причиною порушення метаболізму тиреоїдних гормонів на периферії, що має назву синдром нетиреоїдної патології. У таких пацієнтів знижується активність дейодинази I-го типу (D1), зростає активність дейодиназ II та III типів (D2, D3), призводячи до зниження сироваткового трийодтироніну (Т3) на тлі зростання тканинного Т3, що запускає нейроендокринні порушення, адже локальне зростання продукції Т3 в гіпофізі супроводжується пригніченням продукції тиреотропного гормону (ТТГ) за механізмом зворотного зв'язку та відповідно пригнічення продукції тироліберину (ТРГ) гіпоталамусом.

Метою нашого дослідження було з'ясувати особливості тиреоїдного гомеостазу у пацієнтів на тлі МС в залежності від рівня лептинемії.

Обстежено 48 хворих на цукровий діабет типу 2. Залежно від рівня лептинемії пацієнтів розподілено наступним чином: група I – рівень лептину менше 10 (28 осіб), група II – рівень лептину у межах 10–25 (20 осіб), група III – рівень лептину більше 25 (24 особи).

Нами виявлено вірогідне зниження рівня vT_3 у пацієнтів із групи III порівняно із групою I на 32% ($p < 0,05$). Рівень vT_4 виявився вірогідно нижчим у пацієнтів із групи I порівняно із групами II та III на 21,4% ($p < 0,05$) та 29,7% ($p < 0,05$) відповідно. Водночас концентрація ТТГ у пацієнтів була вірогідно нижчою у пацієнтів із групи III порівняно із групами I та II на 17,8% ($p < 0,05$) та 25,1% ($p < 0,05$) відповідно.

Отже, у пацієнтів із метаболічним синдромом відбувається порушення метаболізму тиреоїдних гормонів, що можуть бути розцінені як синдром нетиреоїдної патології.

Абрамова Н.О., Пашковська Н.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ТИРЕОЇДНОГО ОБМІНУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ В СИРОВАТЦІ ВЕНОЗНОЇ КРОВІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОЖИРІННЯМ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Важливою медико-соціальною проблемою сучасності є ожиріння, адже поширеність його стрімко зростає та вражає близько 30% дорослого населення планети. Для ожиріння характерним зростанням експресії цитокінів, що спричиняють ураження ендотелію. Гіперпродукція цитокінів є також причиною порушення периферичної конверсії тиреоїдних гормонів із розвитком синдрому «низького T_3 ». Тому важливим є вивчення залежності показників функціонального стану ендотелію та метаболізму тиреоїдних гормонів.

Мета дослідження – вивчити залежність тиреоїдного забезпечення організму від інтенсивності експресії судинного ендотеліального фактору росту у пацієнтів із ожирінням.

Обстежено 26 хворих з ожирінням та 12 практично здорових осіб. Ожиріння встановлювалось у разі зростання індексу маси тіла вище 30 kg/m^2 .

Рівні вільних трийодтироніну (vT_3) та тироксину (vT_4) визначали імуноферментним методом за допомогою наборів фірми «Вектор-Бест». Для оцінки порушення периферичної конверсії тиреоїдних гормонів визначався сумарний тиреоїдний індекс (СТІ) [Старкова Н.Т., 1991].

Рівень судинного ендотеліального фактору росту (VEGF) встановлювали імуноферментним методом за допомогою набору фірми «Вектор-Бест».

У осіб із ожирінням встановлено зниження vT_3 на 26,4%, зростання vT_4 на 17,8% та зниження співвідношення СТІ на 32,4% ($p < 0,05$). Виявлено зростання експресії VEGF на 38,4% на тлі ожиріння порівняно із контролем ($p < 0,05$).

Отримано негативні кореляційні зв'язки між експресією VEGF та vT_3 ($r = -0,378$, $p < 0,05$), СТІ ($r = -0,457$, $p < 0,05$).

Таким чином, у хворих із ожирінням порушується обмін тиреоїдних гормонів із розвитком синдрому «низького трийодтироніну». На тлі ожиріння порушується функціонування ендотелію із зростанням експресії судинного ендотеліального фактору росту. Показники метаболізму тиреоїдних гормонів залежать від рівня судинного ендотеліального фактору росту.

Ілюшина А.А.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ КИШЕЧНИКУ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

За оцінками більшості експертів, основним фактором у формуванні симптомокомплексу при МС є резистентність тканин до інсуліну, що призводить до компенсаторної гіперінсулінемії [Целуйко В.І. і др., 2002; Pershad Singh H.A., Kurtz T.W., 2004]. Порушення харчової поведінки, дисбаланс гормонів травного тракту, функціональний стан печінки, підшлункової залози, порушення мікробної екології товстої кишки – ключові патогенетичні фактори розвитку МС. В літературі МС частіше обговорюється з позиції захворювань серцево-судинної системи (відомий під назвою Х-синдром). Проте, стан органів травлення та їх роль у розвитку МС мало відомі клініцистам [Перова Н.В. і др., 2001].



Метою нашого дослідження було вивчити видовий склад та популяційний рівень порожнинної мікрофлори товстої кишки до та після корекції виявлених порушень кишечнику за умов метаболічного синдрому.

Обстежено 20 хворих (11 жінок та 9 чоловіків) на МС та 14 практично здорових осіб, що склали контрольну групу. Середній вік пацієнтів – (50,29±0,96) року. Середня тривалість АГ – (5,01±0,26) року. Середній індекс маси тіла – (32,92±0,38) kg/m^2 . Відношення ОТ/ОС – 0,93±0,01. 70,16% пацієнтів мали обтяжену спадковість щодо АГ, та 24,19% – щодо ЦД. Надлишкову масу тіла спостерігали у всіх пацієнтів, у тому числі власне надлишкову масу тіла – у 21,77% обстежених, ожиріння I-го ступеня – у 58,06%, ожиріння 2-го ступеня – у 12,90%, ожиріння 3-го ступеня – у 7,26%. Середній офісний систолічний АТ і діастолічний АТ – відповідно (157,03±0,79) та (92,17±0,32) мм рт. ст. Середня ЧСС – (75,02±0,69) за 1 хв. Всім пацієнтам проводили антропометричне вимірювання, загальноклінічні обстеження – біохімічний аналіз крові, глюкозо-толерантний тест, вимірювання АТ. Всім пацієнтам визначали зріст та масу тіла, розраховували індекс маси тіла (ІМТ). Крім загальноклінічного, лабораторного та інструментального обстеження всім хворим проведено мікробіологічне дослідження вмісту порожнини товстої кишки з встановленням видового та кількісного складу автохтонних облигатних і факультативних та алохтонних мікроорганізмів.

Ідентифікацію виділених культур проводили за морфологічними, тинкторіальними, культуральними та біохімічними властивостями. Виділення та ідентифікацію автохтонних облигатних анаеробних аспорогенних та спорогенних бактерій здійснювали в стаціонарному анаеростаті – «CO₂-incubator T-125» (шведська фірма ASSAB Medicin AB) за відомими методами. Екологічний стан мікробіоценозу порожнини товстої кишки оцінювали за індексом сталості (С%), показниками частоти виявлення (P_i), значущості (С), коефіцієнта кількісного домінування (ККД). Статистичну обробку результатів досліджень показників мікробіоценозу здійснювали загальноприйнятими методами варіаційної статистики із застосуванням критерію достовірності Стьюдента за спеціальними програмами.

Результати вивчення видового складу та популяційного рівня мікрофлори вмісту порожнини товстої кишки у хворих на МС свідчать про зниження популяційного рівня автохтонних облигатних біфідобактерій, лактобактерій, ентерококів. При цьому зростає популяційний рівень умовно патогенних бактероїдів, пептокока, пептострептококів, клостридій, стафілококів та дріжджоподібних грибів роду *Candida*. На цьому фоні відбувалася контамінація порожнини товстої кишки умовно патогенними превотелами та ентеробактеріями, які досягають високого популяційного рівня.

Аналіз змін видового складу та популяційного рівня мікрофлори порожнини товстої кишки надав можливість встановити, що у 14 хворих виявлений дисбактеріоз, а у 6 – дисбіоз. Дисбактеріозом I, II і III ступенів страждали по одному хворому, а дисбактеріоз IV ступеня верифікований у 11 (55%) хворих. Дисбіоз IV ступеня встановлений у 5 (26%) хворих та III ступеня – у одного хворого. Таким чином, дисбактеріоз та дисбіоз IV ступеня встановлений у 16 (80%) хворих, III ступеня – у 2 (10%) хворих, II ступеня – у 1 хворого, I ступеня – у 1 хворого.

Таким чином, МС супроводжується формуванням кишкового дисбактеріозу та дисбіозу IV ступеня у 80% хворих. Після двотижневого лікування МС дисбактеріоз та дисбіоз IV ступеня встановлений у 14 (70%) хворих, III ступеня – у 2 (10%) хворих, II ступеня – у 2 хворих (10%), I ступеня – у 2 хворих (10%). Отже, комплексна терапія хворих на МС із застосуванням лінексу сприяє позитивним змінам у видовому складі та популяційному рівні мікрофлори порожнини товстої кишки. Це пояснюється тим, що застосування лінексу збільшує роль у мікробіоценозі порожнини товстої кишки фізіологічно корисних мікроорганізмів, зокрема біфідобактерій, водночас знижуючи рівень патогенних та умовно патогенних ентеробактерій та протеїв. У результаті застосування лінексу у комплексному лікуванні хворих на МС останній нормалізував мікроекологію порожнини товстої кишки у 44,4% та покращував мікробіоценоз у 55,6% хворих. Дисбактеріоз I ступеня зареєстровано у 38,9% хворих, дисбактеріоз II ступеня – у 11,1% хворих та дисбактеріоз III ступеня – у 5,6% хворих.

Призначення лінексу протягом 14-15 днів у хворих на МС сприяє відновленню основних кількісних та якісних показників облигатних анаеробних і аеробних бактерій та зменшення умовно-патогенних та патогенних мікроорганізмів.

Каспрук Н.М.

АЛЕРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Питання алергії та цукрового діабету залишаються одними з найбільш актуальних в структурі поєднаної патології. Це зумовлено розповсюдженістю діабету (приріст поширеності діабету в світі, за даними міжнародної діабетичної федерації, за 2003–2013 роки склав +62,7%) і постійно зростаючою частотою алергічних реакцій у населення.

Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб та амбулаторних карт 127 пацієнтів на цукровий діабет з епізодами алергії (основна група) та 98 пацієнтів з аналогічними процесами без діабету. Давність захворювання діабетом була від 8 місяців до 20 років. Чоловіків було 78 (61,4%), жінок – 49 (38,6%) у віці 17 до 65 років. Інсулінзалежний діабет був діагностований у 104 хворих (81,9%) та інсулін незалежний – у 23 (18,1%):