

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук 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.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



за формулою MDRD. Вивчення взаємозв'язків отриманих даних проведено із застосуванням кореляційного аналізу Пірсона. Проведене дослідження виконане у відповідності з етичними нормами Хельсинської декларації перегляду 2008 року.

Виявлено прямий кореляційний зв'язок між ШКФ та клінічною стадією РА ( $r=0,37$ ) ( $p<0,05$ ), ШКФ та активністю РА ( $r=0,43$ ) ( $p<0,05$ ), ШКФ та функціональним класом РА ( $r=0,31$ ) ( $p<0,05$ ). При дослідженні ШКФ та супутньої серцево-судинної патології у хворих на РА виявлено прямо пропорційний зв'язок ( $r=0,54$ ) ( $p<0,05$ ).

Таким чином, усі хворі на РА повинні бути обстежені на наявність патології нирок. Прогресування РА збільшує ризик виникнення хронічної хвороби нирок. Наявність супутньої серцево-судинної патології прискорює розвиток ХХН у пацієнтів з РА.

**Кушнір Л.Д.**

#### **ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА СТУПЕНЯ НАСИЧЕНОСТІ КРОВІ КИСНЕМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНИМИ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИМИ УРАЖЕННЯМИ ШЛУНКУ**

*Кафедра внутрішньої медицини*

*Буковинський державний медичний університет*

За даними ВООЗ ерозивно-виразкові ураження шлунка та дванадцятипалої кишки (ЕВУШДПК), а також хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) - одні з найбільш розповсюджених хронічних захворювань травного каналу та органів дихання. За даними світової статистики, від 5 до 7,5% населення страждає поєднанням цих патологій. В Україні поширеність ХОЗЛ складає до 30%, а пептичної виразки - до 13%. Виразкові ураження шлунка та ДПК відмічали у кожного другого хворого на ХОЗЛ. Так, у 15-20% хворих на ЕВУШДПК та у 13-17% хворих на ХОЗЛ виникають різні ускладнення, що при поєднанні даних нозологій можуть суттєво погіршити стан хворих.

Мета роботи: визначити особливості показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) та ступеня насичення крові киснем у хворих з ЕВУШДПК в поєднанні з ХОЗЛ.

Обстежено 25 (чоловіків - 15, жінок - 10) хворих на ХОЗЛ (1-а група); 21 (чоловіків - 14, жінок - 7) хворих на ХОЗЛ із супутніми ЕВУШДПК (2-а група). Контрольну групу склали 15 (чоловіків - 9 та жінок - 6) практично здорових осіб (ПЗО) (3-я група), рандомізованих із хворими за віком і статтю, в яких на момент обстеження не було жодних гострих та хронічних захворювань.

При дослідженні деяких показників ФЗД встановлено, що у хворих з ХОЗЛ, спостерігається зниження ЖЄЛ на 45,38% ( $p<0,05$ ) та при ХОЗЛ із супутніми ЕВУШДПК на 58,74% ( $p<0,05$ ) від значень ПЗО. У хворих на ХОЗЛ зазначений показник був нижчим на 42,72% ( $p<0,05$ ) та на 52,19% ( $p<0,05$ ) відповідно до значень ПЗО. В 1-й групі при ХОЗЛ із ЕВУШДПК показник ЖЄЛ був вірогідно нижчим на 14,42% ( $p<0,05$ ) від відповідних значень 2-ї групи, що свідчить про обтяження уражень хворих на ХОЗЛ із супутніми ЕВУШДПК.

При дослідженні  $ОФV_1$  встановлено, що цей показник знижувався на 44,39% ( $p<0,05$ ) та на 68,80% ( $p<0,05$ ) відповідно у хворих на ХОЗЛ та з супутніми ЕВУШДПК у порівнянні з показниками ПЗО. У хворих на ХОЗЛ спостерігалось вірогідне ( $p<0,05$ ) зниження  $ОФV_1$  на 42,89% та 62,53% відповідно до стадії захворювання. В групі хворих на ХОЗЛ з супутніми ЕВУШДПК  $ОФV_1$  був на 17,30% ( $p<0,05$ ) нижче за відповідні значення хворих на ХОЗЛ без супутньої патології.

У хворих 1-ї групи рівень  $СаO_2$  при ХОЗЛ був нижчим на 6,28% ( $p<0,05$ ), а при ЕВУШДПК - на 15,25% ( $p<0,05$ ), тоді як в 2-й групі зазначений показник знижувався на 3,79% та 13,42% відповідно ( $p<0,05$ ).

У хворих з поєднаною патологією зростання обструкції бронхіального дерева призводить до суттєвого порушення морфо-функціональних властивостей еритроцитів та прогресуючого зниження насичення киснем гемоглобіну артеріальної крові.

Отже, у хворих на ХОЗЛ із супутніми ЕВУШДПК виникає істотніше зниження показників ЖЄЛ (14,42% ( $p<0,05$ )),  $ФЖЄЛ$  (12,90% ( $p<0,05$ )) та  $ОФV_1$  (17,30% ( $p<0,05$ )) порівняно з показниками хворих на ХОЗЛ, що свідчить про поглиблення мікроциркуляторних розладів, порушення перфузійних процесів в легенях під впливом прогресуючої гіпоксії. У більшості хворих на ХОЗЛ (97,48% ( $p<0,05$ )) визначається зниження насичення крові киснем, що підтверджується результатами пульсоксиметричного дослідження.

**Лукашевич І.В.**

#### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНИХ ФІТОПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ НА УРОЛІТІАЗ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Буковинський державний медичний університет*

Метою дослідження було покращення результатів комплексного лікування хворих на уролітіаз шляхом застосування фітопрепарату «Тринефрон-Здоров'я».

Обстежено 25 хворих з ультразвуковими ознаками сечокислого діатезу чи сечо-кам'яної хвороби. Вік пацієнтів коливався від 57 до 78 років з давністю захворювання від 15 до 37 років. Всі хворі приймали препарат «Тринефрон-Здоров'я» по 50 крапель 3 рази на добу впродовж 1 місяця. Критерії ефективності: клінічні, лабораторно-біохімічні (сеча - динаміка змін сечового осаду).

Встановлено, що у всіх хворих відмічено почастішання сечовиділення (кількісно і якісно), помутніння сечі, а також помірне прискорення регресу больового синдрому. З 7-10 дня частота сечовиділення наближається



до нормальної, пацієнти відмічали наростання прозорості сечі з епізодами її помутніння, зменшення неприємних відчуттів у попереку. Важливо, що симптоми супутніх холецисто-гепатопатій, синдрому подразнення кишечника теж мали до регресу. Через 2 тижні від початку застосування «Тринефрон-Здоров'я» всі пацієнти відмітили суттєве зменшення (80% всіх хворих) або повну відсутність (20% всіх хворих) суб'єктивних клінічних проявів сечо-кислого діатезу та позитивну динаміку змін сечового осаду. Зазначені явища можна пояснити чинниками складових «Тринефрон-Здоров'я»: екстракти коріння любистку лікарського, трави золототисячника, листя розмарину лікарського. Їх спільна дія зумовлює діуретичну, літолitiчну, спазмолitiчну, вазодилатиційну, протизапальну, антисептичну, антиоксидантну та загально зміцнювальну дії. Всі хворі оцінили переносимість препарату як відмінну та добру.

Таким чином, «Тринефрон-Здоров'я» - цінний доповнюючий комплексне лікування хворих на уролітіаз фітопрепарат, що сприятливо впливає на всі ниркові прояви хвороби, а також зменшує симптоматику частих у цих пацієнтів уражень системи травлення.

**Малкович Н.М.**

#### **ДИНАМІКА ВІДПОВІДІ НА ІНГАЛЯЦІЮ БРОНХОДИЛЯТОРІВ У ПАЦІЄНТІВ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Буковинський державний медичний університет*

Бронходилатиційна проба (БДП) на сьогоднішній день є методом, що дозволяє не тільки визначити тип бронхіальної обструкції (зворотній, незворотній, частково зворотній), але й зрозуміти механізм розвитку бронхообструктивного синдрому. Сучасна доктрина проведення спірометричного дослідження передбачає обов'язкове проведення БДП всім пацієнтам, що мають певні респіраторні скарги (кашель, задишка) для діагностики типу бронхіальної обструкції у пацієнтів зі зниженням показників, що характеризують бронхіальну прохідність, а також для виявлення прихованої бронхіальної обструкції у пацієнтів з нормальними вихідними показниками.

Наявність кількох варіантів реалізації стійкої та варіативної бронхіальної обструкції, що можуть розвиватися у одного і того ж пацієнта в залежності від періоду захворювання (ремісія, загострення), змін еластичності та фібротизації легеневої тканини при тривалому перебігу бронхообструктивного захворювання, заставляють в багатьох випадках констатувати наявність комбінації кількох нозологічних одиниць, що характеризуються наявністю провідного бронхообструктивного синдрому, особливо у пацієнтів з тяжким перебігом захворювання. Найчастіше диференційна діагностика проводиться між наявністю бронхіальної астми (БА) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Спірометричне дослідження, безперечно, дозволяє вирішити висунуту діагностичну дилему, але не завжди клінічна картина захворювання корелює з результатами згаданого дослідження та параметрами БДП, зокрема.

Метою дослідження було покращення діагностики механізму бронхіальної обструкції шляхом вивчення динаміки відповіді на інгаляцію бронходилатиатора у пацієнтів з наявністю бронхообструктивного синдрому.

Нами було проаналізовано результати 335 спірометричних досліджень, зареєстрованих до та після інгаляції бронходилатиатора 35 пацієнтів, що в період з 2005-2014 р.р. знаходились під спостереженням лікарями-пульмонологами КМУ «МКЛ № 3» м. Чернівці. Результати спірометричних досліджень були використані з архівної бази даних діагностичного комплексу «Кардіо+», програма «Пульмомент».

В дослідження були відібрані спірограми пацієнтів з постійним рівнем об'єму форсованого видиху за 1 сек ( $ОФV_1$ )  $\geq 50\%$ . Вивчались динаміка  $ОФV_1$  до інгаляції бронходилатиатора та обсяг зміни  $ОФV_1$  після інгаляції 200 мкг салбутамолу. Слід зазначити, що спірометричні дослідження проводились у пацієнтів в період загострення БА або ХОЗЛ наприкінці стаціонарного лікування.

Всі спірограми були розподілені на 2 групи відповідно до рівня відповіді на інгаляцію салбутамолу: у 26 пацієнтів (група А) була розпізнана стійка бронхіальна обструкція, відповідно приріст  $ОФV_1$  склав  $95,56 \pm 4,3$  мл, у 9 (група В) досліджуваних була виявлена значна додатна динаміка  $ОФV_1$  ( $385,85 \pm 55,4$  мл) з наявністю частково або повністю зворотної бронхіальної обструкції.

У 18 (69,2%) пацієнтів групи А впродовж 10 років не спостерігалось суттєвої динаміки приросту  $ОФV_1$  в БДП, у 5 (19,2%) хворих виявлена парадоксальна реакція на інгаляцію бронходилатиатора, що характеризувалась від'ємною динамікою  $ОФV_1$ . При цьому переважно зменшувалась прохідність дрібних периферійних бронхів, що можна пояснити прогресуючим зменшенням еластичності легеневої тканини з розвитком експіраторного колабування дрібних бронхів. Водночас, у 3 досліджених (11,5%) була визначена значна додатна динаміка  $ОФV_1$  при проведенні БДП, що вказувало на переважання бронхоспазму в генезі бронхіальної обструкції.

У 5 пацієнтів групи В (55,6%) розвинулась стійка бронхіальна обструкція з незначною додатною динамікою  $ОФV_1$ , що пояснювалось, на нашу думку, фібротизацією стінки бронхів, гіперплазією м'язової тканини на рівні периферійних бронхів, значною перебудовою архітектоники легеневої тканини.

Таким чином, результати БДП дозволяють у більшості випадків зрозуміти сутність патогенетичних механізмів бронхіальної обструкції, що розвиваються у пацієнтів, що страждають на БА та ХОЗЛ.