

**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



**Мандрик О.Є.**

**ПАТОГЕНЕТИЧНІ ВІДМІННОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ІІ СТАДІЇ ТА ВИСОКИМ РІВНЕМ ТРИГЛІЦЕРИДІВ.**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
Буковинський державний медичний університет*

Метою дослідження було з'ясування клінічних та патогенетичних особливостей перебігу НАСГ, за коморбідності із ГХ ІІ стадії у порівнянні з ізольованим перебігом НАСГ та вищим, ніж у популяції, рівнем тригліцеридів.

Обстежено 120 хворих на НАСГ: з яких 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із ожирінням І ступеня (І група), 60 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ ІІ стадії та ожирінням І ступеня (2 група). Для визначення залежності перебігу НАСГ від активності цитолітичного синдрому кожна група була поділена на 2 підгрупи пацієнтів: 1а – НАСГ м'якої активності, 1в – НАСГ помірної активності, 2а – НАСГ із ГХ м'якої активності, 2в – НАСГ із ГХ помірної активності, які були рандомізовані за віком, статтю, ступенем ожиріння та активністю цитолітичного синдрому. Середній вік пацієнтів склав 43,2±5,31 років, чоловіків було 50, жінок 70 осіб.

Аналізуючи показники рівня тригліцеридів обстежених хворих у 1а та 1в групах вміст ТГ був вищий від показника у ПЗО відповідно у 2,2 та 2,0 рази ( $p<0,05$ ), а також і від показника у 2а та 2в групах, де перевищення склало 1,9 та 1,7 рази ( $p<0,05$ ) у порівнянні з ПЗО. Слід зазначити, що показники вмісту у крові ТГ та ЛПНГ у щільній взаємозалежності корелюють із показником інтенсивності стеатозу (ІС) (Стеатотест) – відповідно  $r=0,75$  ( $p<0,05$ ),  $r=0,69$  ( $p<0,05$ ). Так, ІС у хворих 1а та 1в груп – перевищували показник у ПЗО відповідно у 2,9 та 2,5 рази ( $p<0,05$ ), у той час, як у 2а та 2в групах – інтенсивність стеатозу була дещо нижчою і склала 2,3 та 1,9 рази ( $p<0,05$ ) у порівнянні з ПЗО.

Таким чином, за умови коморбідного перебігу НАСГ із ГХ та ожирінням встановлено вищу інтенсивність гіпер- та дисліпідемії за рахунок зростання у сироватці крові триацилгліцеролів та показника інтенсивності стеатозу печінки (за даними СтеатоТесту – у межах S1-S2) ( $p<0,05$ ), ніж при ізольованому перебігу НАСГ.

**Микитюк О.П.**

**ІМУНОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ КРОВІ ХВОРИХ НА РЕЗИСТЕНТНИЙ ДО БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Буковинський державний медичний університет*

Ревматоїдний артрит (РА) - мультифакторальне аутоімунне захворювання, при котрому відбувається втягнення сполучної тканини в хронічний запальний процес. У процесі лікування імунологічні профілі організму зазнають значних змін; проте, у ряді випадків, перебіг РА залишається резистентним до дії золотого стандарту - метотрексату чи інших базових засобів. Такий контингент хворих потребує особливої уваги і можливо - призначення дороговартісної біологічної терапії, яка має чітку і вузьку імунологічну спрямованість. Проте, особливості імунологічного профілю у хворих на резистентні форми РА висвітлені недостатньо.

Метою було дослідження експресії молекулярних рецепторів імунологічної системи - CD<sup>3+</sup>, CD<sup>4+</sup>, CD<sup>8+</sup>, CD<sup>19+</sup>, а також вмісту CD<sup>3+</sup>-NK-клітин у хворих на резистентні форми РА, та співставлення їх з клінічною активністю захворювання.

Обстежено 21 хворого на РА, тривалість хвороби – від 4 до 12 років. Співвідношення жінки:чоловіки склало 10:1. Вік – 31-49 років. Всі хворі мали діагноз РА, підтверджений критеріями АРА; вони отримували базисне лікування у вигляді монотерапії метотрексатом у дозі 7,5 – 10 мг/тиждень або у поєднанні із малими дозами глюкокортикоїдів (до 10 мг /добу за преднізолоном) упродовж 3 місяців до обстеження. Усі перебували у стані загострення хвороби – вміст С-реактивного білка понад 5 нмоль/л, наявність не менше 5 припухлих/болючих суглобів за 28-суглобовою шкалою. CD<sup>3+</sup>, CD<sup>4+</sup>, CD<sup>8+</sup>, CD<sup>19+</sup> маркери, а також вміст CD<sup>3+</sup>-NK-клітин визначали за допомогою імуноцитохімічних методик.

Нами встановлено, що у всіх обстежених мало місце підвищення вмісту CD<sup>3+</sup>-NK-клітин (12,03 при нормі 4 од/л); У третини хворих визначали зростання вмісту CD<sup>19+</sup> маркерів крові (у 1,5 рази), у 20% - ізольоване підвищення вмісту CD<sup>4+</sup> (на 10%) та ще у 20% - незначне зростання вмісту CD<sup>3+</sup>-позитивних клітин. Чіткої залежності вмісту від рівня СРБ чи симптоматики не встановлено. Вміст CD<sup>8+</sup>-позитивних клітин у всіх обстежених залишався в межах норми, незважаючи на ряд літературних даних, які відмічають можливість зниження цього показника.

Отримані результати можуть бути корисними при побудові баз даних пацієнтів та оцінці можливості і доцільності проведення біотерапії певними засобами.



**Мікулець Л.В.**

**ХАРАКТЕРНІ ЗМІНИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ І ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Буковинський державний медичний університет*

Захворювання серцево-судинної системи (ССС) є причиною смерті 40–50% пацієнтів із ревматоїдним артритом (РА). У багатьох випадках причиною є артеріальна гіпертензія (АГ), яка часто є супутницею РА. Одним із механізмів виникнення АГ є прийом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), які здатні затримувати натрій і воду в циркуляторному руслі, пошкоджувати нирки, а також знижувати ефективність гіпотензивної терапії.

Мета дослідження - вивчити особливості показників порушень варіабельності ритму серця (ВРС) і добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) за даними 24-годинних записів електрокардіограми у хворих на РА в період загострення.

У дослідження залучено 43 хворих на РА. Дослідження проведено з дотриманням основних положень GCP ICH і Гельсінської декларації з біомедичних досліджень. Діагноз верифіковано згідно критеріїв, запропонованих АРА (1987), наказу МОЗ України №676 від 12.10.2006 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ревматологія». І ступінь активності запального процесу виявлено у 17 хворих, ІІ – у 18, ІІІ – у 8. У 7 (16%) осіб констатовано І рентгенологічну стадію РА, у 25 (58%) – ІІ, у 11 (26%) – ІІІ стадію. Середній вік хворих становив 35±14 років. Контрольна група (21 особа) репрезентативна за віком і статтю. Обстеження хворих, крім рутинних методів, включало холтеровське моніторування електрокардіограми (ХМ ЕКГ) з визначенням параметрів ВРС і добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ). Дане дослідження проводило за допомогою комбінованого кардіомонітора «Кардіотехніка-4000АД», виробництва фірми «Инкарт» (Росія). Функціональний стан ВНС досліджували методом кардіоінтервалографії з оцінкою статистичних (SDNNi, pNN50, rMSSD) і спектральних (VLF, LF, HF) показників ВРС. При статистичному аналізі даних застосовували пакет програм STATISTIKA 6.0 з використанням стандартних методів обробки інформації.

При опитуванні тільки у 20,8% хворих були скарги на підвищення артеріального тиску. Однак при ДМАТ виявлено, що систолічний АТ (денний) (САТд) у хворих на РА і в контрольній групі достовірно не відрізнявся, і становив 111,5±13,99 і 110,5±4,95 мм рт.ст. відповідно. При порівнянні діастолічного АТ (денний) і середнього АТ (денний) вони в 1,2 і 1,1 рази були вищими у хворих на РА ніж в групі контролю. Аналізуючи показники тиску вночі (САТ, ДАТ і середній АТ) вони були в 1,1, 1,3 і 1,2 рази (відповідно) вищими ніж в групі контролю. При проведенні структурного аналізу порушень добового ритму АТ виявлено переважання патологічного “nondipper”, спостерігається трансформація АГ в парадоксальну нічну гіпертензію: “dipper” - 20,9%, “nondipper” – 53,5%, “nightpeaker” - 20,9%, “overdipper” – 4,7%. У хворих на РА показники ВРС значно нижчі, ніж у пацієнтів контрольної групи. Показники часового аналізу (SDNNi, rMSSD, pNN50), що відображають загальну ВРС, були також вірогідно нижчими у хворих на РА. Параметри спектрального аналізу ВРС (VLF, LF, HF) також достовірно нижчі у хворих на РА, ніж у пацієнтів контрольної групи ( $p<0,05$ ). Параметри ВРС, які характеризують парасимпатичний відділ вегетативної нервової системи (ВНС), достовірно знижені у хворих на РА, що свідчить про послаблення активності парасимпатичного відділу ВНС і зниження «захисту» серця від виникнення життєво небезпечних аритмій. При аналізі показників ВРС впродовж доби виявлено, що, у порівнянні з групою контролю, у хворих на РА вони нижчі й також мали значно менші коливання. Оцінюючи параметри ВРС окремо за денний і нічний час, як і за всю добу, у хворих з РА відмінності виражались достовірно нижчими значеннями ( $p<0,05$ ), у порівнянні з пацієнтами контрольної групи.

Хворим на РА необхідно проводити ДМАТ, тому що дані отримані при цьому відрізняються від казуального вимірювання АТ. Для хворих на РА характерні порушення варіабельності САТ і ДАТ, відсутність адекватного зниження АТ в нічні години. У хворих на ревматоїдний артрит спостерігається достовірне зменшення ( $p<0,05$ ) добових, денних і нічних показників варіабельності ритму серця, що може вказувати на знижену чутливість серця до регуляторних впливів.

**Москалюк І.І., Федів О.І., Москалюк В.І.\***

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ У ХВОРИХ НА ТОКСИЧНІ ФОРМИ ЗОБУ ТА МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ**

*Кафедра внутрішньої медицини  
Кафедра хірургії\**

*Буковинський державний медичний університет*

Зростання рівня захворюваності на токсичні форми зоба і, як наслідок, кількості випадків тимчасової та стійкої непрацездатності, свідчать про медико-соціальну значущість цієї проблеми (Караченцев Ю.І. та ін.; 2009, Паньків В.І., 2012). Крім того, ефективність лікування таких хворих залишається недостатньо високою (Тронько М.Д., 2009).

Метою роботи було покращити результати лікування хворих на токсичні форми зоба із синдромом подразненого кишечника шляхом дослідження механізмів його розвитку, розробки методів діагностики та патогенетично обґрунтованого лікування.