

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



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.
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 Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



дорівнювала $4,2 \pm 0,15$ см, а у жінок групи контролю $3,5 \pm 0,2$ см. ($p < 0,05$). При оцінці інтегрального показника скоротливості міокарда у пацієнок обох груп відхилення від норми знайдено не було і у жінок основної групи вона становила $62 \pm 2\%$, а у жінок групи контролю $65 \pm 2\%$.

У жінок з ожирінням і порушенням ліпідного спектру крові в перименопаузі спостерігається найбільш виражене абдомінальне ожиріння, яке при артеріальній гіпертензії сприяє формуванню гіпертрофії лівого шлуночка, що значно збільшує ризик серцево-судинних ускладнень і смертності і визначає тактику щодо профілактичних заходів.

Гайдич Л.І., Плеш І.А.

ФУНКЦІОНАЛЬНА СТРУКТУРА АРТЕРІАЛЬНИХ, ВЕНОЗНИХ ТА МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ СУДИН У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІЙНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІІ СТАДІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ЦИРКАДІАННОГО РИТМУ АТ НА ФОНІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинський державний медичний університет*

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) продовжують займати провідне місце в структурі смертності громадян України ($65,2\%$) та залишаються найбільш актуальною проблемою в усьому світі. Модифікація коригованих факторів ризику та корекція функції органів-мішеней у хворих на есенційну гіпертензію (ЕГ) ІІ ст. залишаються однією з перспектив у сфері науково-дослідницької діяльності. Безумовно, зниження високого артеріального тиску (АТ) є провідним механізмом попередження розвитку ускладнень та смерті у пацієнтів, та визначає якість контролю.

Важливого прогностичного та діагностичного значення в перебігу ЕГ ІІ ст. поряд із функціональною оцінкою артеріальних судин набувають венозні судини та мікроциркуляторне русло. Питання як пов'язані пошкодження артеріальної та венозної систем та які зміни при цьому відбуваються в системі мікроциркуляції у хворих на ЕГ ІІ ст. і як змінюється тонус венозних судин у пацієнтів з різним добовим профілем АТ є дуже цікавим та маловивченим.

Метою нашого дослідження було встановити та діагностично оцінити гемодинамічні зміни артеріальних, венозних, мікроциркуляторних судин у хворих на ЕГ ІІ ст. з різним добовим профілем АТ на фоні антигіпертензивної терапії препаратів І лінії.

Нами обстежені 92 хворих на ЕГ ІІ ст. (згідно класифікації ВООЗ, 2010). Середній вік хворих становив $52,38 \pm 4,14$ роки. Усім хворим здійснювалось добове моніторування АТ (ДМАТ) на апаратному комплексі "Solvaig" (Україна) з встановленням належності до однієї з груп "dipper" (D), "non dipper" (ND) та "night picker" (NP). Крім цього, проводили порівняльну характеристику величин ангіотензіореографії (АТРБГ) верхньої кінцівки з визначенням тисків замикання та відмикання артерій (ТЗА, ТВА) та вен (ТЗВ, ТВВ) (патент на корисну модель № UA 34831 A 15.03.2001р.), визначали центральний венозний тиск (ЦВТ) за традиційною методикою у нашій модифікації (рац.пропозиція № 42/03, затверджена Буковинським державним медичним університетом) та провели комп'ютерну капіляроскопію нігтьового ложа (ККСНЛ) верхніх кінцівок за допомогою цифрового оптичного капіляроскопа «Мікропоток» «MSX M7X camera».

За варіантами добового індексу (ДІ) розподіл пацієнтів склав: D -35, ND - 45, NP - 11 осіб, що у відсотковому співвідношенні від загальної кількості становить 39%, 49% та 12% відповідно. Середні значення АТ до проведення ДМАТу у пацієнтів на ЕГ ІІ ст. становили САТ $149 \pm 2,9$, ДАТ $93 \pm 1,9$ (мм.рт.ст.).

Про прогресування патологічних розладів гемодинаміки у пацієнтів на ЕГ ІІ ст. свідчить оцінка компресійно-декомпресійної проби на кінцівках з визначенням величин тисків на замикання та відмикання артерій і вен. Нами виявлено, що ТЗВ був у 2-2,5 разів вищим у хворих на ЕГ ІІ ст., ніж у нормотензивних осіб та мав наступні значення: $18,0 \pm 3,1$ мм H₂O у загальній групі; $12,6 \pm 2,2$ - у пацієнтів з групи D; $20,6 \pm 3,5$ мм H₂O у пацієнтів з групи ND; $21,3 \pm 4,0$ - у пацієнтів з групи NP. ТЗА характеризувався наступними показниками : у загальній групі пацієнтів на ЕГ ІІ ст.: $142,7 \pm 6,1$, у пацієнтів з групи D - $140,8 \pm 4,3$; у пацієнтів з групи ND - $142,9 \pm 6,8$; у пацієнтів з групи NP - $144,4 \pm 9,7$ мм H₂O. ТВА та ТВВ мали такі показники : у загальній групі пацієнтів на ЕГ ІІ ст.: $130,0 \pm 8,5$; $46,3 \pm 2,4$; у пацієнтів з групи D - $132,1 \pm 4,6$; $49,2 \pm 2,7$; у пацієнтів з групи ND - $131,3 \pm 6,9$; $43,6 \pm 2,2$; у пацієнтів з групи NP - $128,9 \pm 5,3$; $42,1 \pm 1,4$ мм H₂O відповідно.

Привертає до себе увагу і досліджуваний нами показник ЦВТ у пацієнтів на ЕГ ІІ ст., який суттєво залежав від ДІ. За отриманими даними, у всіх групах, середні величини були вищими від норми (N - 60-120 мм.H₂O) та становили у пацієнтів з групи D - $145,08$; ND - $145,92$, NP - $160,6$ (мм.H₂O).

Оскільки систему мікроциркуляції характеризує висока реактивність у відповідь на зміни гомеостазу і зовнішні чинники, нами проведений аналіз комп'ютерної капіляроскопії нігтьового ложа (ККСНЛ) верхніх кінцівок та з'ясувалось, що в 98 % обстежених пацієнтів діагностували зміни капілярної сітки різного ступеня, які теж залежали від ДІ та характеризувались змінами форми капіляра, гемодинамічними змінами в мікросудинах, де артеріо-венулярна рівновага зміщена у бік венулярної, особливо у пацієнтів з із низьким та від'ємним добовим профілем АТ - ND та NP.

Як відомо, перерозподіл об'єму циркулюючої крові значно впливає на підвищення ЦВТ. У досліджуваних нами пацієнтів зміни показників ККСНЛ та рівень ЦВТ були у зростаючій залежності у групах з низьким та від'ємним добовим індексом.



Аналіз лікувальної тактики показав, що пацієнти з циркадіанною структурою АТ D до проведення ДМАТу приймали препарати першої лінії з перевагою наступних груп: інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) - 48%, блокатори β-адренорецепторів (β-АБ) - 19%, антагоністи кальцієвих каналів (АКК) - 9%, блокатори рецепторів ангіотензину ІІ (БРА ІІ) - 7%, діуретики в комбінації з іншими препаратами першої лінії - 17%. У пацієнтів з циркадіанною структурою АТ - ND у лікувальній тактиці переважали такі групи препаратів: іАПФ - 43%, β-АБ - 13%, АКК - 6%, БРА ІІ - 4%, діуретики в комбінації з іншими препаратами першої лінії - 34%. Пацієнти з циркадіанною структурою АТ NP до проведення ДМАТу приймали препарати з перевагою наступних груп: іАПФ - 46 %, β-АБ - 4%, АКК - 5 %, БРА ІІ - 8%, діуретики в комбінації з іншими препаратами першої лінії - 37%.

Середні добові значення АТ після проведення ДМАТу у пацієнтів на ЕГ ІІ ст. з різною циркадіанною структурою АТ склав: D - САТ - $140,57 \pm 4,72$; ДАТ - $80,03 \pm 3,04$; ND - САТ - $143,71 \pm 6,28$, ДАТ $80,80 \pm 3,62$; NP - САТ - $146,78 \pm 3,88$, ДАТ $81,44 \pm 1,91$ мм.рт.ст.

У пацієнтів на ЕГ ІІ ст. присутні гемодинамічні зміни артеріальних, венозних та мікроциркуляторних судин. У осіб з низьким та від'ємним ДІ зміни показників системи мікроциркуляції та венозної ланки реєструвались у зростаючій залежності. Аналіз лікувальної тактики показав, що у всіх групах пацієнтів на ЕГ ІІ ст. переважали інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту та комбіновані діуретики.

Гайдуков В.А.

ВИКОРИСТАННЯ ОМАНУ ВИСОКОГО В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІВЧНИХ ГАСТРОДУОДЕНІТІВ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинський державний медичний університет*

Обстежено 62 хворих на хронічний гастродуоденіт (ХГД) у поєднанні з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ) на безмедикаментозному фоні. Застосовували оман високий (ОВ) у вигляді спиртової (70%) настойки (1:4) виготовленої згідно фармакопейних вимог по 60 крапель на 100 мл теплої дистильованої води.

Встановлено, що настоянка ОВ володіє стимулюючим ефектом щодо процесу кислото утворення шлунка за умови збереження функції обкладкових клітин. У 46 досліджуваних застосування відповідної дози настоянки ОВ призводило до стимуляції шлункового кислотоутворення. У 14-16 пацієнтів не було відмічено подібні реакції, що пов'язано з наявністю атрофічних змін слизової оболонки шлунка (гістамінорезистентною) гіпохлоргідрією. Застосування препаратів ОВ викликало статистично достовірний зсув рН у кислу зону на рівні тіла шлунка при початковій нормаацидності та помірно і різко зниженій інтенсивності кислото утворення. Найбільш значний кислото стимулюючий ефект спостерігали у хворих з селективною гіпоацидністю, менший - з абсолютною і субтотальною.

Аналіз отриманих даних вказує на необхідність диференційованого підходу до часу призначення. ОВ: при гіпоацидності - за 40 хв. до їди, при нормаацидності - за 20 хв. до їди, при гіперацидності - за 10 хв. Аналізуючи вплив ОВ на моторно-евакуаторну функцію жовчного міхура визначено такі типи реакцій: 1) слабкий, холекінетичний ефект - у 43 хворих (коефіцієнт спостереження 10 - 15%); 2) холекінетичний ефект середнього ступеня виразності - 10 пацієнтів (КС 16-30%); 3) виражений холекінетичний ефект - 9-14 хворих (КС - 31-55%).

Гаразлюк О.І., Гаразлюк І.В.

ДІАБЕТИЧНА НЕФРОПАТІЯ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ

*Кафедра внутрішньої медицини
Буковинський державний медичний університет*

Цукровий діабет (ЦД) - одне з найпоширеніших захворювань людини, яке набуває масштабу "глобальної епідемії". За різними даними ним страждають 180 - 250 млн. людей на планеті. Очікується, що в найближчі декілька років число таких пацієнтів в Європі становитиме 32 млн. чоловік. За даними 2012 року захворюваність в Україні становила 23-24 випадки на 100 тисяч населення. Раннє виявлення та адекватне лікування цукрового діабету передбачає, в першу чергу, попередження виникнення ускладнень, в тому числі, і діабетичної нефропатії.

Діабетична нефропатія (ДН) - найбільш небезпечне ураженням нирок при цукровому діабеті, і багато в чому визначає прогноз захворювання в цілому. ДН виявляється у 40-45% пацієнтів як з інсулінозалежним, так і з інсулінонезалежним цукровим діабетом. Частота розвитку діабетичної нефропатії у хворих з тривалою захворюваністю до 10 років складає близько 5-6%, до 20 років - 20-25%, до 30 років - 35-40%, до 40 років - 45%. Тому останніми роками значну увагу приділяють можливості медикаментозного впливу на сповільнення розвитку ДН.

Проаналізовано захворюваність та поширеність ДН у Чернівецькій області та співставлені отримані дані з аналогічними показниками в Україні і світі. Виявлено порівняно нижчі показники поширеності І-ІІ стадій хронічної хвороби нирок (ХХН): діабетичної нефропатії, порівняно з даними по Україні та вищі показники поширеності V стадії ХХН. Виявлені дані можуть свідчити про низьке



виявлення початкових стадій ДН. Запропоновано шляхи вирішення існуючих проблем та перспективні методи діагностики, профілактики і лікування ДН.

Гінгуляк О.М.

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ТА РОЛЬ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ У ОСІБ ІЗ СУБКЛІНІЧНИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Буковинський державний медичний університет*

Згідно з останніми аналітично-статистичними даними, близько 53% населення України мають серцево-судинні захворювання, які є лідерами серед причин смертності (Коваленко В.М., Корнацький В.М., 2010).

На сьогодні основна причина розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) - атеросклероз – розцінюється як одна із форм хронічного запалення, в основі якого лежить порушення холестеринного обміну. ІХС виникає у чоловіків за відсутності явних факторів ризику, як правило у віці старше 55 років по не завжди відомим причинам її виникнення можливе і у більш ранньому віці. Дослідженнями останніх років, безперечно, доведено, що запалення є одним із основних патогенетичних механізмів атеросклерозу, починаючи з перших проявів ушкодження стінки судини і закінчуючи розривом атеросклеротичної бляшки та виникненням гострого коронарного синдрому. Тому вивчення атерогенезу за допомогою дослідження комплексу інтима-медіа дасть можливість виявляти хворих на субклінічному етапі атеросклерозу, а застосування різних методів терапії (метаболічних, гіполіпідімічних) об'єктивізує, який терапевтичний підхід є більш ефективним у лікуванні та профілактиці раннього атеросклерозу, що дасть можливість попередити розвиток важких судинних захворювань серцево-судинної системи та центральної нервової системи.

Основною метою власної роботи є визначення ранніх ознак ендотеліальної дисфункції та збільшення товщини комплексу інтима-медіа (ТКІМ) сонних артерій і об'єктивізація рівня маркерів запалення у осіб із субклінічним атеросклерозом, вплив лікування. При цьому були використані наступні методи дослідження: детальний збір скарг та анамнезу, ретельне об'єктивне обстеження, лабораторні, біохімічні, інструментальні методи дослідження. Експерти Європейського товариства з гіпертензії та Європейського товариства кардіологів у 2003 р. визначили як оптимальні значення ТКІМ < 0,9 мм; збільшенням вважають ТКІМ від 0,9 мм до 1,3 мм, а критерієм атеросклеротичної бляшки – ТКІМ ≥ 1,3 мм.

Було обстежено 45 осіб молодого віку чоловічої статі із явищами субклінічного атеросклерозу, на початку звернення і після проведеного лікування через 3 місяці. За допомогою кольорового дуплексного сканування (КДС) обстежено ТКІМ внутрішньої правої та лівої сонної артерії (ВСА). До лікування гіполіпідімічними препаратами ТКІМ складала - <0,9 мм, що діагностовано для правої ВСА у 26,7% випадків серед обстежених пацієнтів, 0,9-1,3 мм - у 33,3% обстежених, > 1,3 мм у 40% хворих. За оцінки лівої ВСА дані показники були наступні: ТКІМ - <0,9 мм у 26,7%, 0,9-1,3 мм - 4,6,7%, > 1,3 мм у 26,7% обстежених. Після проведеного лікування, яке тривало 3 місяці отримали наступні показники: ТКІМ - <0,9 мм по правій ВСА у 43,5%, 0,9-1,3 мм у 30,4%, > 1,3 мм у 26,1%. Дослідження лівої ВСА відповідно : 56,5%, 26,1% та 17,3%, що свідчить про позитивний вплив лікування та вказує на зростання кількості пацієнтів з нормальним КІМ (<0,9мм), і значним зменшення потовщення КІМ.

Застосування антиатеросклеротичної терапії на стадії субклінічного атеросклерозу, який діагностується за допомогою кольорового дуплексного сканування з оцінкою ТКІМ дає можливість знизити рівень коронарної та церебральної патології, а використання гіполіпідімічної терапії суттєво зменшує ознаки атеросклерозу.

Глубоченко О.В.

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Серед групи ревматичних хвороб остеоартроз являє найбільш актуальну проблему в загальнотерапевтичній практиці у зв'язку зі значною поширеністю даної нозології, особливо в старших вікових групах. Згідно статистичних даних розповсюдження його становить 3432,7 на 100 тис населення. Остеоартроз відноситься до захворювань з високим рівнем коморбідності, яка обмежує можливості лікування. В останні роки достатньо велика увага надається допоміжним альтернативним методам лікування ревматичних захворювань, у тому числі і фітотерапії. Застосування на фоні базисної терапії препаратів цієї групи дозволяє покращити загальні результати лікування, зменшити вираженість і частоту побічних дій основної терапії, а в перервах між медикаментозними курсами підтримує досягнуті позитивні результати лікування.

Корінь мартинії запашної (*Naragophytum procumbens*) є основою протизапальних, знеболювальних препаратів, які застосовуються для лікування дегенеративних змін рухового апарату. Екстракт із кореня рослини містить іридоїдні глікозиди, в тому числі гарпагозид, гарпагід і прокумбін, які



зумовлюють протизапальну, знеболювальну, антимікробну дію, знижують рівень холестерину в крові. Гіркі речовини, які містяться у *Naragophytum procumbens*, стимулюють виділення шлункового соку і жовчі.

Досліджено 15 хворих на первинний остеоартроз, вік яких склав від 45 до 70 років, а тривалість хвороби - від 5 до 15 років. У семи хворих діагностовано супутній діагноз - хронічний некаменевий холецистит у стадії помірного загострення, у п'ятьох – ішемічна хвороба серця. Хворих з I і II рентгенологічною стадією остеоартрозу (по Келлгрену) було 10 чоловік, з III стадією - 5. Реактивний синовіт відзначався у шести пацієнтів. Серед спостережуваних переважали хворі з ураженням колінних суглобів - 4 хворих, з поєднаним ураженням колінних і кульшових суглобів - 5 хворих, з поліостеоартрозом 6 пацієнтів. Базисна терапія пацієнтів була призначена згідно з клінічними протоколами МОЗ України і включала в себе нестероїдні протизапальні препарати (мелоксікам), хондропротектори (переважно терафлекс). Додатково у хворих основної групи призначали препарат «Ревмафіт», основою якого є екстракт із кореня мартинії запашної, по 2 капсули 2 рази на день після їжі протягом 14 днів стаціонарного лікування та протягом місяця на амбулаторному етапі. Контрольну групу склали 12 хворих, репрезентативних по всім основним показникам пацієнтів основної групи. Контрольна група отримувала стандартну базисну терапію без призначення фітопрепарату. Оцінювались наступні критерії (до, через 2 тижні, через 1 місяць лікування): біль у спокої (мм за візуальною аналоговою шкалою - ВАШ); біль при русі (мм за ВАШ); біль в проекції уражених суглобів при пальпації (індекс Річчі); об'єм рухів у суглобах; ознаки синовіту (в балах); тривалість вранішньої скутості. У результаті проведеного лікування на стаціонарному етапі у всіх хворих спостерігалась позитивна динаміка клінічних симптомів, кращий терапевтичний ефект був у хворих основної групи, а саме: по шкалі ВАШ достовірно зменшився біль в спокої (38,2±7,8 мм проти 22,85±5,2 мм); біль при русі (59,0±4,3мм проти 42,4±4,7мм). Ознаки слабковираженого реактивного синовіту зникли у трьох хворих (з трьох) і в двох з помірно вираженим (з трьох пацієнтів). При аналізі параметру «біль в уражених суглобах при пальпації» (індекс Річчі) в основній групі відсоткове зменшення складало 56,5% порівняно із контролем 51,4%. У 13 із 14 хворих значно зменшилась ранкова скутість. У хворих основної групи спостерігалась більш виражена позитивна динаміка ліквідації патологічних змін лабораторних показників (швидкості зсідання еритроцитів, лейкоцитозу, рівня С-реактивного білка, серомукоїду, фібриногену, тощо). Сполучення основного лікування і ад'ювантного дозволило у одинадцяти хворих знизити середньодобову дозу нестероїдних протизапальних препаратів порівняно із контролем. Продовження застосування препарату на амбулаторному етапі до місяця сприяло подальшому закріпленню лікувального ефекту, дозволило подовжити тривалість ремісії.

Результати лікування засвідчили, що у хворих основної групи з супутнім хронічним некаменевим холециститом на 5-6 день лікування зникали і зменшувались прояви супутніх уражень біліарної зони (больового, диспепсичних синдромів), порівняно з контрольною групою. Крім того властивість *Naragophytum procumbens* знижувати рівень підвищеного холестерину мало позитивний ефект у хворих на остеоартроз із супутньою ішемічною хворобою серця.

Таким чином, ад'ювантне застосування препарату «Ревмафіт» в комбінації з основною терапією дозволило покращити клінічну ефективність лікування у хворих на первинний остеоартроз в умовах коморбідності, позитивно вплинуло ближні і віддалені результати лікування.

Гонцарюк Д.О., Федів О.І.

ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ: РОЛЬ ЦИТОКІНОВОЇ ЛАНКИ У КОМОРБІДНОСТІ ПЕРЕБІГУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ЗА СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Роботами Кендзерської Т.Б. (2002), Заздравного А.А. (2001), Боднарчука А.Н. (2005) була показана роль цитокінової ланки у розвитку і обтяженні перебігу хронічного панкреатиту (ХП) за ІХС залежно функціонального класу стабільної і нестабільної стенокардії. Але не відображена роль стану показників ФНП-α, ІЛ-1β, адгезивних молекул VCAM у запуску імунної відповіді на запалення у хворих за коморбідного перебігу хронічного панкреатиту із ІХС за хронічної серцевої недостатності ХСН.

Мета роботи: дослідити показники вмісту в сироватці крові ІЛ-1β, ФНП-α, VCAM у хворих на ХП за коморбідності з ІХС у поєднанні з ХСН і визначити їхню значимість у клінічному перебігу таких хвороб.

Вміст ФНП-альфа, визначали за допомогою реагентів набору реактивів «ИФА-TNF-alpha» виробництва «Цитокін» (Санкт-Петербург), ІЛ-1β за допомогою тест – системи ООО «Протеинновий контур» (Санкт-Петербург), вміст молекул адгезії sVCAM-1 визначали імуноферментним методом, використовуючи тест-систему компанії «eBioscience» (США).

У хворих на ХП із ІХС за ХСН (39 хв.) показники ІЛ-1 β, ФНП-α і sVCAM-1 були вірогідно (p<0,01) підвищеними порівняно із такими у групі практично здорових осіб (10 осіб), що може засвідчувати перебіг хронічної запальної реакції на місцевому рівні (ІЛ-1 β) в клітинах підшлункової залози, міокарду і судинах (показники sVCAM-1 підтверджують паралельний розвиток ендотеліальної дисфункції), а також прогресування хронічної генералізованої запальної реакції, яка обтяжує клінічний перебіг цих захворювань.