

**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



Виражений і стійкий терапевтичний ефект у хворих на ХГ токсичного генезу з проявами ренальної дисфункції може бути досягнутий при проведенні відповідної патогенетичної терапії тривалістю не менше ніж 3 тижні з використанням антиоксидантів, дезінтоксикаційної терапії, препаратів, які покращують функцію еритроцитів та ендотелію.

**Кулачек В.Т., Зуб Л.О.**

### ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВИЯВЛЕННЯ ТУБУЛО-ІНТЕРСТИЦІАЛЬНОГО ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

*Кафедра внутрішньої медицини*

*Буковинський державний медичний університет*

У хворих на ревматоїдний артрит (РА) частим і тяжким серед інших системних проявів є ураження нирок, яке посідає особливе місце у зв'язку із значним впливом на прогноз і підходи до терапії. За даними літератури ниркову патологію виявляють у 20–60% пацієнтів з ревматоїдним артритом. Важлива роль для в'ясування механізмів розвитку, прогресування хронічної хвороби нирок (ХХН), а також функціонального стану проксимального відділу нефрону відводиться інформативному тесту на визначення  $\beta_2$ -мікроглобулінуриї та його вмісту в крові.

Мета нашого дослідження – дослідити вміст  $\beta_2$ -мікроглобуліну в крові і сечі хворих на РА в залежності від стадії хронічної хвороби нирок.

Обстежено 124 хворих на ревматоїдний артрит II-III ступеня активності. Вік обстежуваних коливався від 17 до 62 років (середній вік –  $48 \pm 5,0$  років). У 98 хворих на РА було верифіковано ревматоїдну нефропатію. Хворих було розподілено на чотири групи: I - хворі на РА без патології нирок ( $n=26$ ), II - хворі на РА з ХХН I стадії ( $n=34$ ), III - хворі на РА з наявністю ХХН II стадії ( $n=39$ ), IV- хворі на РА з наявністю ХХН III стадії ( $n=25$ ). Контрольну групу становили 20 здорових осіб.

Результати проведених досліджень показали, що у хворих на РА вміст  $\beta_2$ -мікроглобуліну в крові відповідав межах норми і становив  $1,31 \pm 0,01$  мкг/мл. У хворих на РА з ХХН I стадії рівень  $\beta_2$ -мікроглобуліну сироватки істотно не відрізнявся ні по відношенню до групи контролю, ні хворих на РА без ураження нирок  $1,38 \pm 0,02$  мкг/мл. Вміст  $\beta_2$ -мікроглобуліну сироватки у хворих на РА з наявністю ХХН II  $1,45 \pm 0,01$  мкг/мл. При дослідженні вмісту  $\beta_2$ -мікроглобуліну сироватки у хворих на РА з ХХН III рівень  $\beta_2$ -мікроглобуліну був значно вищим у порівнянні з контрольною групою і становив  $3,48 \pm 0,01$  мкг/мл ( $p < 0,05$ ), а також був вірогідно вищим за показники хворих на РА з ХХН I стадії та ХХН II стадії ( $p < 0,05$ ). При обстеженні хворих на РА виявлено, що вміст  $\beta_2$ -мікроглобуліну в сечі відповідав межах норми і становив  $0,20 \pm 0,01$  мкг/мл. У хворих на РА з ХХН I рівень  $\beta_2$ -мікроглобуліну сечі також не відрізнявся по відношенню до групи контролю, ні хворих на РА без ураження нирок, становив  $0,26 \pm 0,01$  мкг/мл. Вміст  $\beta_2$ -мікроглобуліну сечі у хворих на ревматоїдний артрит з ХХН III був найвищим і був вірогідно підвищений у порівнянні з контрольною групою і становив  $2,03 \pm 0,01$  мкг/мл ( $p < 0,001$ ), групою хворих на РА без уражень нирок та показниками груп хворих на РА з ХХН I та ХХН II ( $p < 0,05$ ). У сечі групи хворих на РА з ХХН II також відмічалось вірогідне підвищення показників  $\beta_2$ -мікроглобуліну і становило  $1,36 \pm 0,01$  мкг/мл. Ретельне обстеження показало, що більшу частину цієї групи склали хворі на інтерстиціальний нефрит. Тому збільшення вмісту  $\beta_2$ -мікроглобуліну сечі даних груп можна пояснити з залученням стромі нирок в патологічний процес як при амілоїдозі нирок, так і при інтерстиціальному нефриті.

Отже, у хворих на РА відмічається вірогідне зростання вмісту  $\beta_2$ -мікроглобуліну відповідно до стадії ХХН. Найбільш виражене зростання  $\beta_2$ -мікроглобуліну крові відмічено у хворих на РА з ХХН III стадії.

**Кушнір Л.Д.**

### РЕЗУЛЬТАТИ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА СТУПЕНЯ НАСИЧЕНОСТІ КРОВІ КИСНЕМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНЬОЮ ВИРАЗКОВОЮ ХОРОБОЮ ШЛУНКУ ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

*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 ОФВ<sub>1</sub> 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 ОФВ<sub>1</sub> на 42,89% та 62,53% відповідно до стадії захворювання. В групі хворих на ХОЗЛ з супутніми ЕВУШДПК ОФВ<sub>1</sub> був на 17,30% ( $p < 0,05$ ) нижче за відповідні значення хворих на ХОЗЛ без супутньої патології.

У хворих 1-ї групи рівень SaO<sub>2</sub> 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. У хворих на ХОЗЛ із супутніми ЕВУШДПК виникає істотніше зниження показників ЖЄЛ (14,42% ( $p < 0,05$ )), ФЖЄЛ (12,90% ( $p < 0,05$ )) та ОФВ<sub>1</sub> (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.

**Малишевська І.В.**

### ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН МІОКАРДА У ПАЦІЄНТІВ ЗІ САБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ, ПОЄДНАНОЮ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Буковинський державний медичний університет*

Метою нашої дослідження стало вивчення толерантності до фізичного навантаження у пацієнтів зі стабільною стенокардією (СС) на тлі метаболічного синдрому (МС).

Для досягнення поставленої мети нами обстежено 92 пацієнта (72 хворих основної групи та 20 – контрольної групи) із стабільною стенокардією II функціонального класу. Критерій включення в основну групу: наявність супутнього МС. Для постановки діагнозу МС використовували критерії відповідно до рекомендацій Міжнародної федерації з вивчення цукрового діабету (2007 р.). Серед обстежених пацієнтів було 57,7% чоловіків та 42,3% жінок. Середній вік хворих становив  $56,2 \pm 0,8$  років (від 34 до 75 років). Обстежені пацієнти в цілому по групі характеризувались тривалістю попередньої історії ІХС у середньому  $38,4 \pm 3,8$  місяців.

Всім пацієнтам при поступленні було проведено велоергометрію (ВЕМ). Проба була позитивною у 68 (73,9%) хворих, негативною – у 6 (6,5%). Проба була неінформативною (не вдалося довести до діагностичних критеріїв через значне підвищення АТ) у 18 (19,6%) пацієнтів. Порогове навантаження становило в середньому  $82,26 \pm 3,69$  Вт, відсоток досягнутого навантаження до розрахункового –  $63,76 \pm 3,54\%$ . Кількісні показники ішемії, які розраховувались у разі виникнення під час навантаження депресії сегмента ST становили у середньому: сумарне зміщення сегмента ST (EST) –  $7,11 \pm 0,56$  мм, кількість відведень з ознаками ішемії (NST) –  $6,12 \pm 0,39$ , середнє зміщення сегмента ST (AST) –  $1,39 \pm 0,14$  мм.

Міжгрупове співставлення основних показників ВЕМ показало, що порогове навантаження було вірогідно нижчим у пацієнтів зі СС та МС порівняно з хворими на СС:  $72,15 \pm 3,92$  Вт проти  $86,32 \pm 4,02$  Вт,  $p < 0,05$ . Аналогічна тенденція спостерігалась і для показника відсотка досягнутого навантаження до розрахункового, який був вірогідно нижчим у пацієнтів основної групи ( $54,75 \pm 3,41\%$ ) у порівнянні з групою контролю ( $72,94 \pm 3,89\%$ ,  $p < 0,01$ ).

Нами проаналізовано показники величини зони ішемії, які виявлено при проведенні ВЕМ у пацієнтів зі СС з та без МС. Виявлено, що величина показника EST була достовірно більшою у пацієнтів зі СС та супутнім МС ( $8,43 \pm 0,87$  мм) у порівнянні з хворими з ізольованою СС ( $6,12 \pm 0,41$  мм,  $p < 0,05$ ). Значення NST було також достовірно більшим у пацієнтів основної групи у порівнянні з контрольною ( $8,13 \pm 0,42$  відведень проти  $4,94 \pm 0,31$  відведень,  $p < 0,01$ ). Показник AST, по аналогії з попередніми показниками, був достовірно більшим у хворих на СС та МС ( $1,54 \pm 0,13$  мм) порівняно з таким у пацієнтів з ізольованою СС ( $1,26 \pm 0,08$  мм,  $p < 0,05$ ).

Загальна тривалість навантаження до появи ангінозного болю (хв.) була вірогідно більшою в групі з ізольованою СС у порівнянні зі СС та МС, аналогічна тенденція спостерігалась і для показника тривалості навантаження до появи депресії сегмента ST  $\geq 1$  мм (хв.), показник досягнутої максимальної