

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



МАТЕРІАЛИ

101 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

10, 12, 17 лютого 2020 року

Чернівці – 2020

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2020. – 488 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Іващук О.І.,
доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професор Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-843-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2020



Особливостями порушень рівноваги між показниками плазмового протеолізу у хворих на ХНХ із супровідною БА є збільшення інтенсивності лізису низько- та високомолекулярних білків та активація колагенолітичної активності крові. Отримані дані вказують на те, що незбалансоване зростання інтенсивності протеолізу за умов ймовірного зниження експресії його інгібіторів у хворих на БА призводить до прогресуючої деструкції клітинних мембран альвеолоцитів, епітелію слизових оболонок як бронхів, так і ЖМ, прискорення їх апоптозу та розвитку десквамації, атрофічних змін, метаплазії тощо.

Зуб Л. О.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХНН У ХВОРИХ З ІХС

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Кардіоренальний синдром звертає велику увагу нефрологів та кардіологів у зв'язку з необхідністю вивчення ранніх чинників виявлення ХНН у даних пацієнтів.

Метою роботи було вивчити імунні фактори, які впливають на виникнення та прогресування ХНН у хворих з ІХС. Було обстежено 48 хворих з ІХС стабільною стенокардією напруги СН I, ФКII (згідно NYHA-класифікації), з наявністю ХНН I-III стадії (згідно класифікації ХНН прийнятої II з'їздом нефрологів України), 21 пацієнт без ХНН та 20 здорових осіб. Крім загально клінічних методів обстеження всім пацієнтам визначили просклеротичний інтерлейкін ТФР-β1 (трансформуючий фактор росту-β1) крові та сечі. Статична обробка отриманих здійснювалась за допомогою програми «Bio Stat» та «Excel 5,0» з визначенням стандартних відхилень середньої величини, похибки за критерієм Стьюдента. Дослідження виконанні з дотриманням основних положень GCP (1996 р.). Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицини (від 04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень з участю людини (1964–2013 рр.), наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009р. та № 616 від 03.08.2012 р. в яких людина виступає об'єктом дослідження.

Результати досліджень виявили вірогідне підвищення рівня ТФР-β1 крові, у всіх досліджуваних хворих у порівнянні зі здоровими ($p < 0,05$). Необхідно відмітити значно вищий рівень ТФР-β1 крові, у пацієнтів з поєднанням ХНН та ІХС ($p < 0,05$) та підвищення даного цитокіну в сечі хворих з наявністю ХНН ($p < 0,05$). В групі хворих з ІХС та з наявністю ХНН III показники ТФР-β1 крові були найвищими та відрізнялися достовірно від рівнів даного цитокіну інших досліджуваних груп ($p < 0,05$), а вміст ТФР-β1 сечі був значно вищий, ніж у пацієнтів з ІХС та ХНН III ($p < 0,001$).

Таким чином, у хворих з поєднанням ХНН та ІХС вміст просклеротичного ТФР-β1 крові був значно вищим, ніж у контрольній групі пацієнтів, що не мали ХНН. У хворих з ІХС та ХНН III спостерігався найвищий рівень ТФР-β1 крові та сечі, що може бути показником посилення процесів склерозування та спричинити швидке прогресування хвороби. ТФР-β1 можна використовувати, як ранній маркер виявлення ХНН у хворих з ІХС та як фактор прогресування ХНН за наявності ІХС.

Каньовська Л.В.

ОВЕРЛАП СИНДРОМ В КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Актуальність проблеми поєднання симптомів бронхіальної астми (БА) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) – Астма - ХОЗЛ перехреста (АХП) зумовлена підвищенням ризику розвитку загострень, більш швидким зниженням функції легень, нижчим рівнем якості життя та вищим рівнем смертності в цій групі хворих. За даними літератури, частка таких пацієнтів становить від 15 до 55%, У пацієнтів з клінічними



ознаками ХОЗЛ і БА слід очікувати значного збільшення соціально-економічного тягара, обумовленого обмеженням життєдіяльності і працездатності внаслідок накладення симптомів двох захворювань і їх взаємне обтяження. Причому, якщо ХОЗЛ є проблемою другої половини життя (хворіють люди старше 35 років), то БА, як правило, маніфестує в дитячому віці і зберігається протягом усього життя. За даними дослідників криві ризику розвитку БА і ХОЗЛ протягом життя перетинаються після 60- річного віку, але вже після 40 років у хворих на бронхіальну астму в 12,5 разів підвищується ризик приєднання симптомів ХОЗЛ з розвитком клінічної картини, характерної для АХП.

Хоча не існує загальноприйнятого визначення для СПАХ, від початку визначено, як симптом підвищеної мінливості повітряного потоку в поєднанні з неповністю зворотною обструкцією дихальних шляхів ХОЗЛ. Основними критеріями діагностики вважають: виражений позитивний бронходилатаційний тест (збільшення ОФВ₁ > 15% і > 400 мл); еозинофілія мокроти та підвищення FeNO > 50 ppb; попередні симптоми астми (починаючи з 40 років). Додаткові: підвищення загального IgE; атопія наявна або в анамнезі; позитивний бронходилатаційний тест, як мінімум при двох різних дослідженнях (збільшення ОФВ₁ > 12% і > 200 мл); ПШВ типова для астми. Для встановлення діагнозу у пацієнтів повинно бути два великих критерія, або один великий та два додаткових.

Метою лікування СПАХ повинно бути попередження або зменшення симптомів і порушень та зниження ризиків, у тому числі загострень, зменшення порушення функції легень і побічних ефектів від медикаментозного лікування. Таким чином, при СПАХ стартовою терапією можна вважати комбінацію ІГКС і пролонгованого бронхолітика.

Квасницька О.Б.

ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСНИХ БІОРЕГУЛЯЦІЙНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ СИНДРОМІ ЦИТОЛІЗУ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Синдром цитолізу найбільш частий синдром, який зустрічається у пацієнтів із захворюваннями печінки і є однією з частих причин звернення пацієнта до гастроентеролога. Проведення диференційної діагностики доцільно поєднувати з проведенням патогенетичної терапії, яка спрямована на зниження активності запального процесу в печінці та регрес симптоматики.

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність препарату Гепар композитум, як засоба патогенетичної терапії при хронічних гепатитах різної етіології. Гепар композитум відноситься до сучасних комплексних біорегуляційних препаратів. Вибір препарату обумовлений певними перевагами біорегуляційних препаратів над стандартними алопатичними засобами: вони не викликають алергічних реакцій та побічних дій, які характерні для звичайних медикаментів, здійснюють достатньо швидкий клінічний ефект, практично не мають протипоказань, особливо ефективні при хронічних захворюваннях. Механізми дії комплексних біорегуляційних препаратів (регуляція, ініціація, детоксикація) вигідно відрізняються від дії традиційних алопатичних засобів, а цілісний підхід при лікуванні пацієнтів реалізується на практиці за принципом «лікувати не хворобу, а хворого».

Було обстежено 32 хворих, які вперше звернулись до гастроентеролога із синдромом цитолізу (збільшення рівня АлАТ в 1,5-2,5 рази) нез'ясованої етіології. Вік пацієнтів від 31 до 46 років з тривалістю захворювання 1-2 роки. Всім пацієнтам було виконано загальноклінічні, біохімічні, вірусологічні обстеження, а також діагностика паразитарних, аутоімунних, холестатичних захворювань, медикаментозних уражень печінки (МУП), алкогольної та неалкогольної жирової хвороби печінки (АХП та НАЖХП). У 18 пацієнтів за даними УЗД був виявлений стеатоз печінки. Фібросканування печінки з визначенням стадії фіброзу (F) в кПа та стеатозу печінки проведено на апараті FibroScan. 3 пацієнтам. Тест