

**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



цих продуктів – реакцій окисації, а також механізмів контролю, які ведуть до пригнічення їх утворення, – реакцій антиоксидації. Вивчення механізмів прогресування вищевказаної коморбідної патології є надзвичайно актуальною проблемою сьогодення.

Метою дослідження було вивчити особливості порушень окиснювально-відновних процесів у хворих з ураженням нирок з наявністю синдрому мальабсорбції.

Було досліджено 75 хворих з уратною та оксалатною нефропатіями з наявністю синдрому мальабсорбції та 20 здорових осіб. Хворих було розподілено на групи: I–синдром мальабсорбції без ураження нирок (20 осіб); II–синдром мальабсорбції з оксалатуриєю (22 особи); III–синдром мальабсорбції з ХХН-I ст. (19 осіб); IV–синдром мальабсорбції з ХХН- II ст. та нефродепозитами (14 осіб). Усім досліджуваним визначалися: глутатіон відновлений (Гл-SH), глутатіон-s-трансфераза (Гл-ST) і глутатіонпероксидаза (Гл-Px) крові, МДА крові, вміст альдегід- та кетондинітрофенілгідрозонів нейтрального (АКДФГ-Н) та основного характеру (АКДФГ-О).

Відмічали підвищення рівнів альдегід- та кетондинітрофенілгідрозонів нейтрального (I група-у 1,5 раза, а II група-у 2,4 раза порівняно з нормою) та основного характеру (I група-в 1,3 раза, а II група-у 2,1 раза відповідно). Вміст МДА у групах дослідження також вірогідно підвищувався порівняно з нормою, але у II групі був у 1,8 раза вищим у порівнянні з показниками I групи.

Аналіз результатів дослідження системи глутатіону показав, що вміст Гл-SH у крові зменшувався в усіх групах пацієнтів відносно показників практично здорових осіб відповідно ($p < 0,05$), причому за відсутності мальабсорбції його рівень був також вірогідно зниженим ($p < 0,05$). Рівень Гл-SH найбільше знижувався в пацієнтів з II групи – в 1,5 раза ($p < 0,05$), але у хворих I групи вміст Гл-SH також був значно зниженим – у 1,2 раза ($p < 0,05$) порівняно з нормою.

Таким чином, суттєвим фактором розвитку коморбідності у хворих з ураженням нирок з наявністю синдрому мальабсорбції є підвищення інтенсивності процесів вільнорадикального окиснення ліпідів та окиснювальної модифікації білків сироватки крові (переважно за рахунок АКДФГ-Н). Декомпенсація механізмів адаптації у таких пацієнтів відбувається внаслідок істотного зменшення рівнів показників антиоксидантного захисту.

Шумко Г.І.

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗМІН ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСУ У ОСІБ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Бронхіальна астма (БА) продовжує займати провідне місце в структурі захворюваності органів дихання у дорослих та дітей і тому залишається актуальною науковою проблемою як в Україні, так і в інших країнах. Відомо, що тонус бронхів контролюється вегетативною нервовою системою (ВНС). При цьому парасимпатичний контроль є домінуючим. Упродовж доби тонус симпатичного та парасимпатичного відділів ВНС закономірно змінюється. Не викликає сумнівів вагом роль порушення вегетативного гомеостазу в формуванні таких ключових ланок патогенезу БА, як запалення та гіперреактивність бронхів. Значне підвищення тонуусу вагуса і зниження симпатичної активності може призводити до бронхоспазму. Вивченню механізмів формування БА, особливостей її перебігу та прогресування присвячена значна кількість досліджень.

Мета дослідження – визначити вегетативний статус осіб, хворих на бронхіальну астму. Обстежено 25 хворих на бронхіальну астму та 10 хворих на гострий бронхіт з наявними факторами ризику розвитку бронхіальної астми, а також 10 практично здорових осіб. Всі хворі, залежно від діагнозу, були розподілені на три групи: I група (10 осіб) – хворі на БА з інтермітуючим перебігом, II група (15 осіб) – хворі на БА з персистоючим легким перебігом, III група (10 осіб) – хворі на гострий бронхіт з наявними факторами ризику



розвитку БА. Дослідження вихідного вегетативного тонусу проводили за допомогою опитувальника, розробленого Г.К. Ушаковим та модифікованого А.Д. Соловйовою. Вегетативний індекс Кердо (ІК) розраховували: $IK = (1 - \frac{ATD}{ЧСС}) * 100$, де АТД – величина діастолічного артеріального тиску, ЧСС – частота серцевих скорочень за 1 хв. Міжсистемні співвідношення розраховували за допомогою коефіцієнта Хільдебранта, тобто співвідношення числа серцевих скорочень до частоти дихання за 1 хв.

Аналіз результатів опитування вихідного вегетативного тонусу встановив наявність значних відмінностей між групами щодо переважання симпатичного чи парасимпатичного впливу ВНС. Серед хворих I групи відсоток парасимпатичного переважання становив 56 %, симпатичний вплив зафіксований у 44%. У II групі обстежених відмічався найбільший відсоток переважання тонусу парасимпатичної нервової системи – 65%, а симпатичний тонуc був у 35% хворих даної групи. В обстежених III групи переважання парасимпатичного вегетативного тонусу виявлено в 42%, а симпатичного – у 58% пацієнтів.

Розраховуючи вегетативний індекс Кердо у I групі обстежених виявлено зростання кількості парасимпатикотоній до 38,9%, зменшення симпатикотоній до 16,7% та ейтоній – до 44,4%. В обстежених II групи вегетативний індекс Кердо, порівняно з I, а особливо III групою обстежених зазнавав ще більших зрушень, а саме: значно зростала кількість парасимпатикотоній до 50%, знижувалася кількість симпатикотоній до 12,5% та ейтоній – до 37,5%. Особливо високий відсоток парасимпатикотоній спостерігався у пацієнтів II групи. Серед пацієнтів III групи виявлено 25% парасимпатикотоній, 19,4% - симпатикотоній та 55,6% - ейтоній.

Міжсистемні співвідношення розраховували за допомогою коефіцієнта Хільдебранта. У всіх групах обстежених хворих коефіцієнт становив у межах від 2,8 до 4,9, що свідчить про нормальні міжсистемні співвідношення незалежно від захворювання.

Отже, в осіб, хворих на бронхіальну астму, більш значно переважає тонуc парасимпатичної вегетативної нервової системи із зростанням тяжкості захворювання, що призводить до прогресування гіперреактивності бронхів, бронхоспазму та бронхообструкції і відіграє суттєву роль у прогресуванні бронхіальної астми.

СЕКЦІЯ 8

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ХІРУРГІЇ ТА ОФТАЛЬМОЛОГІЇ

Grynychuk A.F.

IMPROVED SANATION OF THE ABDOMINAL CAVITY IN PERITONITIS

Department of Surgery № 1

Higher State Educational Establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University»

Sanation of the abdominal cavity is one of the main priorities in the management of acute peritonitis. Intraoperative lavage of the abdominal cavity in some cases is not sufficient, consequently after surgery improved drainage systems, peritoneosorption, vacuum systems, as well as preplanned relaparotomy sanation of the abdominal cavity are used. However such measures do not always achieve the desired effect. Usage of the vacuum systems and rise of the preplanned relaparotomy sanitation quantity is connected with the increase of risk of appearing of intestinal fistulas and postoperative hernias.

We investigated 19 patients with total purulent peritonitis. All the patients underwent preplanned relaparotomy sanation of the abdominal cavity every 48 hours.

For the drainage of the abdominal cavity of 9 patients was used the developed drainage-sanation apparatus which consisted of 1 central tube 15 mm and 4-6 peripheral thin tubes 5 mm in diameter. The device was introduced into the abdominal cavity through the middle wound or through the additional counter-aperture that depended upon individual peculiarities of the situation. During the post-operative period in the intervals between relaparotomy into the disengaged tube ends the antiseptic (dekametoxin) was injected twice a day with the general quantity of 100-200 ml