

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



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук 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.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



активністю різних протеаз – з іншого та може бути раннім критерієм пошкодження тканин АФК. Втрата активності внутрішньоклітинних протеаз за дії на них АФК призводить до окислювального стресу і нагромадження в клітині окислених білків з віком, що може призводити до прогресування генералізованого атеросклерозу. Спостерігається активація плазмового протеолізу у всіх груп хворих за азоальбуміном, азоказеїном та азоколом. Отже відбувається активація протеолізу з максимальним підвищенням інтенсивності протеолітичної деградації високомолекулярних білків у хворих похилого віку на ХНХ ($4,55 \pm 0,08$ мл/год, група умовно здорових – $2,16 \pm 0,14$ мл/год, $p < 0,05$), за рахунок порушення синтетичної функції печінки, дисфункції ендотелію у осіб похилого віку, процесів атеросклерозу.

Таким чином, дослідження перекисного окиснення білків та протеолізу може служити додатковим прогностичним показником активності хронічного запального процесу в жовчному міхурі, дає можливість прогнозувати важкість поєданого перебігу ХНХ та ІХС у осіб похилого віку та призначити адекватне медикаментозне лікування.

Ферфецька К.В.

**ВПЛИВ ФІКСОВАНОЇ КОМБІНАЦІЇ СИМВАСТАТИНУ З ЕЗЕТИМІБОМ
НА ПОКАЗНИКИ ЗОВНІШНЬОСЕКРЕТОРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ
ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ,
ПОЄДНАНИЙ З ОЖИРІННЯМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2**

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Підшлункова залоза (ПЗ) – один із ключових органів травної системи. Відомо, клінічно виражена зовнішньосекреторна недостатність ПЗ (ЗНПЗ) розвивається у разі заміщення сполучною тканиною 90% ацинусів. Проте її перші ознаки, зокрема порушення нутритивного статусу, можуть виникати набагато раніше. Вміст панкреатичної ліпази в панкреатичному соці в десятки разів перевищує добову потребу, тому клінічні прояви мальдигестії, стеаторея і втрата ваги виникають лише в разі значного (>90%) зниження зовнішньосекреторної функції ПЗ.

До основних методів діагностики ЗНПЗ відносять панкреатичні функціональні тести: прямі (кількісне визначення стимульованої секретії ферментів і бікарбонатів), непрямі (секретинстимульована магнітно-резонансна холангіопанкреатографія та ІЗС-тригліцеридний дихальний тест), а також фекальні тести (кількісне визначення фекального жиру, панкреатичної еластази-1).

Метою дослідження було оцінити вплив фіксованої комбінації симвастатину з езетимібом на рівень фекальної еластази-1 у хворих на хронічний панкреатит, поєднаний з ожирінням та цукровим діабетом типу 2.

Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань було обстежено 95 хворих на хронічний панкреатит (ХП). Усіх обстежених було розподілено на 3 групи, репрезентативних за чисельністю, віком та статтю. I-у групу склали 27 хворих на ХП без супутньої патології, II-у групу – 28 хворих на ХП, поєднаний з ЦД типу 2, III-ю групу - 40 хворих на ХП, поєднаний з ожирінням та ЦД типу 2. У дослідження увійшли також 21 практично здорова особа (ПЗО). Пацієнти III-ї групи у відповідності до застосованого лікування, були розподілені на дві підгрупи: обстежені III А підгрупи отримували базову терапію (БТ) у поєднанні з симвастатином 20 мг у комбінації з езетимібом 10 мг по 1 табл. 1 раз на добу ввечері після прийому їжі, пацієнти III Б - БТ із застосуванням аторвастатину 20 мг. Курс лікування 2 місяці.

Статистична обробка отриманих даних за допомогою комп'ютерної програми Statistica for Windows версії 8.0. Враховувалися: середня арифметична величина (M), її помилка (m), критерій Ст'юдента (t).



Клінічні прояви ЗНПЗ частіше спостерігали у пацієнтів I-ї групи: панкреатичні проноси по 2-3 рази на добу – у 53,2 %, кашкоподібні випорожнення з жирним блиском із залишками неперетравленої їжі – у 59,6%, зниження маси тіла – у 21,3% хворих.

Основні клінічні прояви ЗНПЗ зникли до закінчення курсу лікування, окрім проявів гіповітамінозу у 5% пацієнтів III А групи, у 10% пацієнтів III Б групи та кашкоподібні випорожнення з жирним блиском і зниження маси тіла у 5% обстежених III Б групи, спостерігалось підвищення рівня рівня фекальної еластази-1 у хворих III А групи збільшився на 10,9% ($p < 0,05$), у хворих III Б групи – на 7 % ($p < 0,05$).

Основними клінічними проявами ЗНПЗ у обстежених хворих були панкреатичні проноси зниження маси тіла, кашкоподібні випорожнення з жирним блиском із залишками неперетравленої їжі, які частіше спостерігалися у хворих I-ї групи і супроводжувалися вірогідно нижчими рівнями фекальної еластази-1. Під впливом проведеного лікування основні клінічні прояви ЗНПЗ зникли переважно у всіх хворих, а рівень фекальної еластази-1 вірогідно збільшився на 10,9% у хворих III А групи та на 7 % у хворих III Б групи.

Хребтій Г.І.
ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ
КОМБІНОВАНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ
ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Метою дослідження було визначення інформативних клініко-інструментальних маркерів, які б дозволяли виділяти групи хворих з високою прогностичною ефективністю до того чи іншого варіанту комбінованої антигіпертензивної терапії.

Для проведення багатфакторного аналізу була задіяна статистична матриця, яка складалась із 84 різних клініко-інструментальних показників, отриманих при обстеженні 97 чоловіків, хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії з різною масою тіла.

Всі пацієнти отримували комбіновану антигіпертензивну (лізиноприл 10 мг 1 раз/добу, амлодіпін, 5 мг 1 раз/добу) та гіполіпідемічну (аторвастатин 10 мг 1 раз/добу) терапію.

Як вихідний параметр аналізу був застосований сумарний показник, який у балах характеризував прогностичну ефективність проведеної комбінованої терапії протягом 6 міс. лікування. Методика розрахунку показника розроблена власне нами. Величини динаміки показників протягом 6 міс. лікування, які взяті для розрахунку сумарного показника оцінки прогностичної ефективності, обчислювались як 25 перцентиль у разі негативної і як 75 перцентиль – у разі позитивної динаміки показника. Величина сумарного показника оцінки прогностичної ефективності складалась із суми балів, які визначались при повторному обстеженні через 6 міс. лікування. Теоретично мінімальна сума балів складала 0 і максимальна – 14 балів, середній сумарний бал прогностичної ефективності проведеної терапії для обстеженої когорти – $6,77 \pm 0,23$. Як незалежні предиктори розглядали клініко-інструментальні показники, які були отримані при вихідному обстеженні пацієнтів і які виявляли значущий зв'язок із вихідним параметром аналізу (сумарним показником) ($p < 0,05$). Інформативність аналізу оцінювалась за допомогою розрахунку коефіцієнту множинної регресії (коефіцієнту детермінації – R1), адекватність – за допомогою аналізу залишків (Residual Analysis) із розрахунком рівня значущості (p). Надалі за допомогою рівнянь лінійної регресії нами були розраховані критичні величини для кожного окремого незалежного предиктора. Для цього для вихідного параметру було взяті значення 9, що дорівнювало 75 перцентилю сумарного показника, який відображав прогностичну ефективність лікування. Значення критичної величини округлялось до цілої величини. При проведенні розрахунків, встановлено, що для холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ) критична величина складала ≤ 1 ммоль/л, індексу маси тіла (ІМТ) ≥ 30 кг/м²,