

**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



наступні показники: експресія транскрипційного фактора Т-клітин сімейства T-box – T-box expressed in T-cells (T-bet), експресія транскрипційного фактора активації Т-лімфоцитів – Trans-acting T-cell-specific transcription factor 3 (GATA-3), експресія транскрипційного фактора регуляторних Т-лімфоцитів – Forkhead box P3 (Foxp3), співвідношення T-bet/GATA-3, експресія Толл-подібних рецепторів 2 та 4 – Toll-like receptor (TLR2 та TLR4) у тканині ендометрія, рівні IL-2, TNF- α , IL-4, IL-6, IL-10, IL-18 у сироватці крові, рівні IL-2, TNF- α , INF- γ , IL-4, IL-6, IL-10, TGF- β , IL-1 β , IL-12, IL-18 у перитонеальній рідині.

Встановлено, що клінічна ефективність лікування безпліддя у жінок, хворих на ендометріоз, найбільше залежить від ступеня змін експресії мРНК T-bet, GATA-3, Foxp3, TLR2, TLR4, рівнів IL-2 та IL-4. Зокрема, результативність консервативних підходів обернено пропорційна до ступеня змін експресії TLR2 та Foxp3 у тканині ендометрія та рівня IL-2 у сироватці крові (інформативність – 2,66, 1,81, 1,33 відповідно), а результативність використання ДРТ обернено пропорційна до ступеня змін експресії T-bet/GATA-3, GATA-3 у тканині ендометрія та рівня IL-4 у сироватці крові (інформативність – 2,23, 2,12, 1,26 відповідно). Низькі значення T-bet/GATA3 є предикторами поганої відповіді на стандартну терапію, тобто пацієнткам рекомендовано запліднення за допомогою ДРТ. Дані результати показують, що у жінок, хворих на ендометріоз, переважання експресії GATA-3 над T-bet, змінює нормальне співвідношення між двома транскрипційними програмами. Продемонстровані залежності, змістовно корелюють з імунопатогенезом ендометріозу, а особливості асоціації успішної природної вагітності лише з незначними відхиленнями є опосередкованим підтвердженням значення даних імунних факторів не лише у розвитку ендометріозу, а й спричиненого ним безпліддя. Очевидно, використання ДРТ долає ряд імунних перепон, що сприяє кращій результативності лікування порівняно зі стандартними підходами.

Таким чином, результативність лікування безпліддя у жінок, хворих на ендометріоз, обернено залежна від ступеню змін імунопатогенетичних показників, що доцільно використовувати для прогнозування найоптимальнішої персоналізованої тактики лікування.

Ляшук Р.П.

КОМОРБІДНІСТЬ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ І СИНДРОМУ АПНОЕ УВІ СНІ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Вищийдержавнийнавчальний заклад України

«Буквинськийдержавниймедичнийуніверситет»

Метаболічним синдромом (МС) називають комплекс клінічних та метаболічних порушень, котрі є чинниками підвищеного кардіоваскулярного ризику. До діагностичних критеріїв МС відносяться: абдомінальне ожиріння; підвищений артеріальний тиск; рівень глюкози в плазмі крові натще; підвищення рівня тригліцеридів; зниження рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності. У клінічній практиці настороженість у відношенні синдрому апное уві сні (САС) необхідно проявляти відносно пацієнтів із захворюваннями, за яких поширеність порушення сонного дихання досягає 30–50% (Писарук А.В., 2006; Свиряєв Ю.В., 2010): захворювання ЛОР-органів; ожиріння; артеріальна гіпертензія; порушення серцевого ритму; гостра та хронічна серцева недостатність; легеневе серце; метаболічний синдром; гіпоталамічний синдром; гіпотиреоз; порушення мозкового кровообігу та інші.

Терміном САС визначають епізоди повного припинення дихання уві сні, тривалістю більше 10 сек. Якщо такі епізоди повторюються багаторазово протягом години сну і супроводжуються іншими симптомами, діагностують САС (ЯшинаЛ.А., 2014).

Під нашим спостереженням знаходиться хворий Н., 59 років, який був доставлений до реанімаційного відділення лікарні швидкої медичної допомоги м.Чернівці. Хворий протягом 8-10 років хропить уві сні. Впродовж останніх двох місяців виникли епізоди зупинки дихання серед ночі, тривалістю 5-7 сек, наприкінці яких настає глибоке дихання, з'являється синюшність обличчя, тіло вкривається липким потом. Після обертання на бік заспокоювався. Вранці скаржився на головний біль, сонливість, дратівливість. Після



вживання алкоголю, напади зупинки дихання уві сні повторювалися кожні 10-15 хв. Проведена штучна вентиляція легень. У зв'язку з підозрою на цукровий діабет пацієнт переведений до Чернівецького обласного ендокринологічного центру.

Об'єктивно. Зріст 170 см, маса тіла 102 кг, ІМТ – 35,1 кг/м², окружність талії – 110 см. Серцева діяльність ритмічна, 76/хв. Межі серцевої тупості розширені в поперек, тони ослаблені, акцент II тону над аортою. АТ – 170/100 мм рт. ст. Щитоподібна залоза не збільшена. Печінка не пальпується. ЕКГ: ритм синусовий, ЧСС – 74/хв, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка серця. Електроенцефалографія: помірні зміни біоелектричної активності мозку. Консультації: ЛОР-лікаря – хронічний фарингіт; офтальмолога – ретинопатія змішаного генезу.

Лабораторні дослідження. Клінічні аналізи крові та сечі без змін. Глюкоза крові – 9,2–11,5 ммоль/л, сечі – 1,2 ммоль/л, С-пептид крові – 3,2 нг/мл, холестерин ліпопротеїди високої щільності – 0,8 ммоль/л, тригліцериди – 2,4 ммоль/л. *Діагноз:* цукровий діабет типу 2 середньої тяжкості, артеріальна гіпертензія; ожиріння II ступеня, атерогенна дисліпідемія; синдром апное уві сні.

Пацієнт додержується низькокалорійної дієти, збільшив фізичні навантаження, отримує метформін, гіпотензивні засоби. За шість місяців схуд на 13 кг. У положенні на боці не хропить, епізоди апное уві сні рідкісні. Діагноз САС у 80% пацієнтів не виявлений. Стандартом діагностики САС є полісомнографія – під час сну фіксуються дані електроенцефалограми, електроокулограми, електроміограми підборіддя, електрокардіограми, повітряний дихальний потік, торакоабдомінальні рухи, положення тіла, капнометрія, пульсоксиметрія.

Для профілактики САС хворим зі звичним храпом рекомендується спати на боці, з піднятим положенням голови, не вживати снодійні препарати, алкоголь, не курити, схуднути, забезпечити вільне носове дихання. Найбільш поширеним методом лікування тяжких форм САС є CPAP (Constrict Positive Airway Pressure), за допомогою якого дихальні шляхи «роздувають» під час сну.

Таким чином, комплексне лікування метаболічного синдрому сприяло усуненню клінічних проявів синдрому апное уві сні.

Marchuk Yu.F.

CORRELATION PECULIARITIES OF BILE HOMEOSTASIS IN PATIENTS WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS COMBINED WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

*Department of Clinical Immunology, Allergology and Endocrinology
Higher State Educational Establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University»*

In order to improve the early diagnostics of cholelithiasis in patients with chronic acalculous cholecystitis combined with diabetes mellitus type 2 (DM), individual parameters are usually not sufficient. In this case, it is necessary to use the system of approach both in diagnostics and correction of the detected changes. Therefore, we decided to establish and analyze the correlation between the serum and biochemical parameters of bile in individuals of all groups for the evaluation of biochemical connections in a system of lipid homeostasis with comorbid pathology.

The aim of our study was to determine the peculiarities of disorders of bile homeostasis in patients with chronic non-stone cholecystitis, combined with diabetes mellitus type 2. The following research methods were used: clinical, biochemical, instrumental, micro and macroscopic, statistical.

A detailed clinical examination was carried out in 30 patients with chronic acalculous cholecystitis combined with diabetes mellitus type 2 (group 1 in the main group), 25 patients with diabetes mellitus type 2 (group 2), 10 patients with chronic acalculous cholecystitis (group 3) and 20 practically healthy individuals.

In patients of the 1st group, the ratio of bile acids/cholesterol (BA/CH) was significantly lower compared with patients with group 2 ($p < 0,05$). It was found that in the patients of the 1st