

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



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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 Кравченко О.В.

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.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



зміни нирок. Ранніми маркерами пошкодження клубочкового та каналцевого відділів нефрону є β_2 -мікроглобулінурія (β_2 -МГ), фібронектинурія та нітритурія.

В ході дослідження за мету ставили дослідити характер ураження нирок у хворих на РеА та хронічний пієлонефрит шляхом визначення рівнів β_2 -мікроглобуліну, фібронектину та нітритів в сечі.

У дослідженні взяли участь 52 особи, яких розподілено на дві групи: першу групу склали пацієнти з реактивним артритом, активністю I-III ст., ФНС I-III ст. із супутньою ХХН I-II ст.: пієлонефритом у фазі загострення (n=32); другу групу – пацієнти з ХХН I-II ст.: пієлонефритом у фазі загострення з сечовим синдромом (n=20). У осіб даної групи суглобовий синдром не спостерігався. Середній вік обстежених осіб склав 27,7±3,4 років. Середня тривалість захворювання 4,0±0,94 роки. Концентрацію нітритів у сечі (метаболітів оксиду азоту) вивчали з використанням редактора-відновлювача («Nitrate redactor»), що містить кадмій і мідь, а вимірювання проводили на спектрофотометрі («СФ-46», Росія). Для оцінки рівнів фібронектину і β_2 -мікроглобуліну в сечі – ридер «PR2100-Sanofi» (Франція).

При порівнянні результатів між клінічними групами сироваткові рівні креатиніну, сечовини та сечової кислоти не перевищували межі норми в жодному випадку, але спостерігалася вірогідна відмінність середніх значень при порівнянні між групами. Так, зростання креатиніну в крові встановлено у хворих I-ї групи порівняно з 2-ю групою (p<0,05). У хворих на РеА I-ї групи у 34,4 % (n=11) виявлено протеїнурію: рівень білка в сечі в середньому склав 0,23±0,023 г/добу. Лейкоцитурія виявлялася в 100 % осіб даної групи, з них у 78,1 % (n=25) осіб вона була незначною, а у 21,9% (n=7) – значна. Еритроцитурія виявлено в 15,6 % (n=5) осіб. У хворих 2-ї групи протеїнурію виявлено в 25,0 % (n=5). Рівень білка в сечі склав у середньому 0,28±0,08 г/добу, що перевищувало в 1,2 раза показник в I-ї групі. Лейкоцитурія виявлено у 100% осіб, з яких незначну – у 60,0 % (n=12), а у 40,0 % (n=8) – значну. Еритроцитурія проявлялася в 15,0 % (n=3) осіб. Відсутність яскраво вираженої лейкоцитурії не є показником відсутності запального процесу в нирках.

Встановлено вірогідне зростання параметрів фібронектинурії та нітритурії у хворих I-ї групи порівняно з 2-ю (p<0,05). Також спостерігалася максимальне підвищення β_2 -мікроглобулінурії у хворих I-ї групи. Від статі обстежених пацієнтів концентрації перерахованих сполук у сечі не залежали.

У хворих на реактивний артрит із коморбідним перебігом хронічного пієлонефриту діагностовано ураження нирок на рівні як каналцевого так і клубочково-судинного апарату, що проявлялося вірогідним зростанням параметрів фібронектинурії та нітритурії, більш вираженим сечовим синдромом.

Зуб Л.О., Попадюк І.М., Морля М.Ф.
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК
У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини
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 ХХН у даних пацієнтів.

Метою роботи було вивчити імунні фактори, які впливають на виникнення та прогресування ХХН у хворих з ІХС.

Було обстежено 48 хворих з ІХС стабільною стенокардією напруги СН I, ФКII (згідно класифікації NYHA), з наявністю ХХН I - III стадії (згідно класифікації ХХН прийнятої II з'їздом нефрологів України), 21 пацієнт без ХХН та 20 здорових осіб.

Крім загально клінічних методів обстеження всім пацієнтам визначили просклеротичний інтерлейкін ТФР-бета1 (трансформуючий фактор росту - бета1) 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-бета1 крові, у всіх досліджуваних хворих у порівнянні зі здоровими (p< 0,05). Необхідно відмітити значно вищий рівень ТФР-бета1 крові, у пацієнтів з поєднанням ХХН та ІХС (p<0,05) та підвищення даного цитокіну в сечі хворих з наявністю ХХН (p<0,05). В групі хворих з ІХС та з наявністю ХХН III показники ТФР-бета1 крові були найвищими та відрізнялися достовірно від рівнів даного цитокіну інших досліджуваних груп (p< 0,05), а вміст ТФР- бета1 сечі був значно вищий , ніж у пацієнтів з ІХС та ХХН III (p< 0,001).

Отже , у хворих з поєднанням ХХН та ІХС вміст просклеротичного ТФР- бета1 крові був значно вищим, ніж у контрольної групи пацієнтів, що не мали ХХН. У хворих з ІХС та ХХН III спостерігався найвищий рівень ТФР-бета1 крові та сечі, що може бути показником посилення процесів склерозування та спричинити швидке прогресування хвороби. ТФР-бета1 можна використовувати, як ранній маркер виявлення ХХН у хворих з ІХС та як фактор прогресування ХХН за наявності ІХС.



Іванчук П.Р.
ВИКОРИСТАННЯ ВЛАСНОГО ПРОГРАМНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЛЯ КІЛЬКІСНОЇ ОЦІНКИ ЗМІН
СЕГМЕНТА ST НА РУТИННІЙ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМІ

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

З метою розробки медичного програмного забезпечення для кількісної оцінки електрокардіограми з дослідженням змін сегмента ST і покращенням інформативності діагностики та прогнозування перебігу кардіальної патології з її клінічним впровадженням.

Обстежено 220 пацієнтів, що надійшли в обласний кардіологічний диспансер м. Чернівці в розподілі діагнозів серед обстежених пацієнтів діагностована стабільна стенокардія напруження (СтСт, n=105) з/без проявів аритмії (шлуночкова екстрасистолія), групу зіставлення склали хворі на гострий Q-інфаркт міокарда (ІМ, n=115) з/без проявів аритмії (шлуночкова екстрасистолія). Всім хворим проведено аналіз ЕКГ спокою при надходженні та на 10-й добі спостереження з її кількісним і якісним аналізом, оцінкою змін сегмента ST з використанням власно створеної програми для аналізу кривих швидкісної оцінки косовисхідної і косонисхідної депресії і елевачії сегмента ST. Критерієм включення в дослідження є зміни нахилу сегмента ST на ЕКГ у фазі реполяризації, звичної ЕКГ або за шлуночкової екстрасистолії. Аналіз фази реполяризації ЕКГ проводили використовуючи власно створену програму для кількісної оцінки нахилу сегмента ST (ST slope) з визначенням змін сегмента ST через 0,08 с після точки J, кута β° спрямування сегмента ST і висоти продовження спрямування нахилу сегмента ST (висота нахилу ST, mV) через 1 секунду реєстрації, що представлено власними результатами. При цьому запропоновано визначати також нахил сегмента ST екстрасистоли (ST slope) з визначенням його змін через 0,08 с після точки J, нахил кута β° спрямування сегмента ST і висоти продовження спрямування нахилу сегмента ST (висота нахилу ST, mV) через 1 с реєстрації для комплексу передчасного шлуночкового скорочення.

Залежно діагнозів СтСт і ІМ встановлена тенденція до переважання висоти нахилу сегмента ST через 1 с реєстрації для комплексу передчасного шлуночкового скорочення в пацієнтів з ІМ проти СтСт (1,75±0,11 проти 1,45±0,18 mV, p= 0,17), в той же час у пацієнтів з ІМ проти СтСт суттєво переважав кут γ° спрямування сегмента ST (35,60±2,55 проти 26,36±2,40°, p=0,011). Залежно від локалізації ІМ встановлене переважання нахилу сегмента ST (ST slope) і висоти продовження спрямування нахилу через 1 с реєстрації (mV) для заднього ІМ з аналогічною залежністю для кута β° спрямування сегмента ST залежно локалізації ІМ, зміни достовірні для відведень задньої стінки лівого шлуночка, як для висоти продовження спрямування ST (4,17±1,32 і 8,00±0,58 mV, p=0,013), так і кута β° (5,55±2,11 і 13,50±1,13°, p=0,01). Виявлені зміни потребують подальших досліджень, оскільки спроби якісно оцінити розмаїття варіантів проявів депресії і елевачії сегмента ST продовжують вивчатися в сучасних дослідженнях стосовно особливостей розподілу цих змін у спортсменів, при синдромі ранньої реполяризації, синдромі Бругада тощо.

Отже впровадження власної програми кількісної оцінки ЕКГ дозволяє оптимізувати і розширити діагностику ішемічних змін фази реполяризації та спрямування сегмента ST на ЕКГ. Кількісна оцінка фази реполяризації включає дослідження нахилу сегмента ST (ST slope) і висоти продовження спрямування нахилу сегмента ST (висота нахилу ST, mV) через 1 секунду реєстрації та кутів β° (нормального/ішемічного скорочення міокарда) і β° (комплексу передчасного шлуночкового скорочення) спрямування сегмента ST .

Ілашук Т.О., Ковалик О.В.
ЗМІНИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ЗА УМОВ ДІЇ СТРЕС-ФАКТОРІВ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ
СТЕНОКАРДІЄЮ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Зменшення тривалості життя населення України багато в чому обумовлено високою смертністю від хвороб системи кровообігу (ХСК). За статистичними даними, темпи зростання ХСК за попередні і останні роки збільшилися вдвічі (від 21 до 41%). Перші місця за показником захворюваності посідають артеріальна гіпертензія (АГ) та ішемічна хвороба серця (ІХС), приріст яких становив за останні 5 років відповідно 69,8 і 48,1%, поширеність АГ і ІХС зросла на 27,2 і 29,1%. З кінця 70-х років ХХ сторіччя предметом дебатів є гіпотеза, яка полягає в тому, що особи з підвищеною реакцією на стрес у вигляді значного підвищення артеріального тиску (АТ), збільшення ЧСС та інших серцево-судинних реакцій мають підвищений ризик розвитку хронічної АГ.

З метою вивчення змін фізіологічних параметрів АТ під впливом фізичних та психоемоційних навантажень в залежності від віку нами обстежено 225 пацієнтів (128 чоловіків та 97 жінок) зі стабільною стенокардією на тлі метаболічного синдрому зрілого та похилого віку. Динаміка АТ вивчалась за допомогою цілодобового моніторування АТ апаратом АВРМ – 04 (Угорщина). Пацієнти були розділені на три групи: I група – пацієнти зі значним підвищенням АТ переважно під впливом фізичного навантаження (113 (50%) хворих). II група – пацієнти зі значним підвищенням АТ переважно під впливом психоемоційного навантаження (76 (34%) хворих). III група - пацієнти, у яких АТ суттєво не змінювався під впливом фізичного чи психоемоційного навантаження (36 (16%) хворих).