

**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



Нами було обстежено 30 хворих на пептичну виразку (ПВ), поєднану з ЦД, 11 хворих на ПВ, 11 хворих на ЦД та 10 практично здорових осіб (ПЗО).

Встановлено, що у хворих на ПВ достовірно вищий ( $p < 0,05$ ) рівень ІЛ-8, ніж у ПЗО ( $25,10 \pm 1,26$  пг/мл) та у хворих на ЦД, проте достовірно нижчий ( $p < 0,05$ ), ніж у хворих на ПВ, поєднану з ЦД. ІЛ-8 – фактор, рівень якого, у хворих на ПВ, залежить не тільки від наявності Нр-інфекції, але й від супутніх захворювань, а саме ЦД. Тому підвищення ІЛ-8 у крові пацієнтів з ПВ може бути одним із факторів розвитку та прогресування ЦД. І навпаки, якщо у хворих на ЦД підвищується рівень ІЛ-8, можна думати про інфікування такого хворого Нр, яка теж стимулює утворення цього хемокіну.

**Павлюкович Н.Д.**

### **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ З СУПУТНЬОЮ АНЕМІЄЮ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ**

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

Відповідно до результатів Фремінгемського дослідження, анемічний синдром (АС) значно ускладнює перебіг хронічної серцевої недостатності (СН) при ішемічній хворобі серця (ІХС). Аналіз дослідження SOLVD показав, що рівень гематокриту є незалежним чинником смертності хворих з ІХС. D.S. Silverberg та співавтори за даними 28 проспективних досліджень хворих з ІХС та СН прийшли до висновку, що анемія є незалежним предиктором смертності цих хворих. У пацієнтів з ІХС та АС зниження рівня гемоглобіну на кожні 10 г/л підвищує ризик смерті на 13% [Silverberg D.S., Wexler D., Sheps D et al., 2011].

У зв'язку з цим метою дослідження стало визначення впливу АС та цукрового діабету (ЦД) 2-го типу на якість життя хворих на ІХС літнього та старечого віку. Групу порівняння склали 12 пацієнтів з ІХС без супутніх ЦД та анемії в анамнезі та на момент обстеження. Обстежені хворі були співставимі за статтю та віком. Якість життя визначали за опитувальником Mezzich J., Cohen M., Ruizperez N. et al, 1999. За певними шкалами по десятибальній системі визначали якість життя пацієнта на момент опитування шляхом відмітки на будь-якій з десяти позицій на рядку для кожного з вказаних пунктів. Після цього вираховували середню кількість балів по кожній з позицій у групах обстежуваних.

Рівень фізичного благополуччя найвищим був у хворих контрольної групи ( $6,2 \pm 0,56$  балів), переважаючи над таким у пацієнтів з ІХС та ЦД у 1,72 рази ( $3,6 \pm 0,25$  балів,  $p < 0,05$ ), при ІХС та АС – в 1,37 рази ( $4,5 \pm 0,48$  балів,  $p < 0,05$ ), а при ІХС, ЦД та АС – у 2,82 рази ( $2,2 \pm 0,11$  балів,  $p < 0,05$ ). Значення показника психологічного та емоційного благополуччя у пацієнтів групи контролю було на 54% вищим, ніж при поєднаному перебігу ІХС та ЦД, на 57% переважало такий показник у хворих на ІХС та супутню анемію, а найнижчим його значення було у хворих III групи –  $2,1 \pm 0,25$  балів, що статистично вірогідно відрізнялось від пацієнтів групи контролю ( $p < 0,05$ ) та інших обстежуваних груп ( $p < 0,05$ ). Найнижчий рівень самообслуговування та незалежності дій був зафіксований у групі хворих на ІХС, цукровий діабет та анемію ( $4,1 \pm 0,14$  балів), вірогідно відрізняючись від такого у обстежуваних із ІХС та АС ( $6,3 \pm 1,11$  балів,  $p < 0,05$ ), ІХС та ЦД ( $5,9 \pm 0,81$  балів,  $p < 0,05$ ), а також від контрольної групи ( $9,4 \pm 0,62$  балів,  $p < 0,05$ ).

Показник працездатності був вищим у пацієнтів усіх дослідних груп, ніж у обстежених контрольної групи. Так у хворих на ІХС та ЦД значення даного показника склало  $4,2 \pm 0,31$  балів ( $p > 0,05$  проти групи контролю), а у пацієнтів з ІХС та АС і у хворих на поєднаний перебіг ІХС, ЦД 2-го типу та анемію різниця між аналогічними показниками у групі контролю носила статистично вірогідний характер ( $2,5 \pm 0,60$  балів та  $3,8 \pm 0,09$  балів проти  $5,4 \pm 1,08$  балів відповідно,  $p < 0,05$ ). Рівень міжособистісної взаємодії та соціо-емоційної підтримки статистично вірогідно нижчим був у порівнянні з контрольною групою відмічався лише у групі хворих на ІХС, ЦД 2-го типу та анемію. Нижчі значення цього показника у решті групах обстежуваних були статистично невірогідними у порівнянні з хворими на ІХС.

Рівень громадської та службової підтримки був у 1,39 рази вищим у хворих контрольної групи ( $8,6 \pm 0,65$  балів), ніж у хворих з ІХС та цукровим діабетом ( $6,2 \pm 0,61$  балів), однак статистично вірогідної різниці між показниками нами знайдено не було ( $p > 0,05$ ). У пацієнтів з ІХС та анемією даний показник також був статистично невірогідно нижчим, ніж у групі контролю ( $6,4 \pm 1,03$  балів,  $p > 0,05$ ). У групі хворих на ІХС, ЦД 2-го типу та АС рівень громадської та службової підтримки склав  $4,6 \pm 0,32$  балів, статистично вірогідно відрізняючись від хворих групи контролю ( $p < 0,05$ ). Показник особистісної реалізації був вірогідно вищим у хворих контрольної групи ( $7,4 \pm 0,64$  балів), ніж у хворих з ІХС та ЦД 2-го типу ( $4,2 \pm 0,19$  балів),  $p < 0,05$ . При поєднаному перебігу ІХС та АС ми спостерігали зниження даного показника до  $5,67 \pm 0,52$  балів, хоча статистично вірогідною у порівнянні з групою контролю різниця не була ( $p > 0,05$ ). Найнижчим рівень особистісної реалізації був виявлений нами при опитуванні хворих на ІХС, ЦД 2-го типу та анемію ( $2,8 \pm 0,40$  балів,  $p < 0,05$  при порівнянні з контрольною групою та групою пацієнтів з ІХС та АС). Показник духовної реалізації був практично однаковим в усіх групах обстежуваних.

У порівнянні з групою контролю загальне сприйняття якості життя у хворих з супутнім ЦД було вірогідно нижчим на 21%, при поєднаному перебігу ІХС та анемії – на 23%, а у пацієнтів з ІХС, ЦД 2-го типу та АС – на 42% ( $p < 0,05$  у всіх випадках). Також статистично вірогідно відрізнялось загальне сприйняття якості



життя у хворих на ІХС, ЦД та анемію у порівнянні з групою хворих на ІХС та ЦД ( $p < 0,05$ ) та групою пацієнтів з ІХС та АС ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, у хворих на ІХС старшого віку з супутніми ЦД 2-го типу та анемією має місце істотне погіршення якості життя в цілому, а також показників фізичного та психологічного благополуччя, самообслуговування, працездатності, особистісної реалізації. Проведений кореляційний аналіз засвідчив залежність якості життя від ступеня анемізації обстежених хворих. У хворих на ІХС із супутньою анемією встановлено прямі кореляційні зв'язки між вмістом гемоглобіну та показниками якості життя, які у більшості випадків були статистично вірогідними. Найбільш суттєвою кореляційна залежність визначена між рівнем гемоглобіну та фізичним благополуччям ( $r = 0,47$ ,  $p < 0,05$ ), психологічним/емоційним благополуччям ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,05$ ), самообслуговуванням та незалежністю дій ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,05$ ), працездатністю ( $r = 0,64$ ,  $p < 0,05$ ) та загальним сприйняттям якості життя ( $0,48$ ,  $p < 0,05$ ). Негативний вплив анемії на показники якості життя хворих на ІХС та у випадку ускладнення ІХС ще й цукровим діабетом 2-го типу, на нашу думку, вказує на доцільність корекції АС у даній категорії пацієнтів.

**Паліброда Н.М.**

### **ЗАСТОСУВАННЯ ІТОПРИДУ ГІДРОХЛОРИДУ ТА АЛЬФА-ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

*Кафедра внутрішньої медицини  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Основні складові каскаду метаболічних порушень або метаболічного синдрому (МС) - абдомінальне ожиріння, гіперліпідемія, тканинна інсулінорезистентність, артеріальна гіпертензія тісно пов'язані з функціональним станом органів травлення. За даними літератури, синдром диспепсії на тлі порушення моторики травного каналу, зустрічається у 70-80% хворих з МС та значно погіршує якість життя таких пацієнтів.

Метою дослідження було вивчити шляхи корекції порушень моторної функції травного каналу у пацієнтів з метаболічним синдромом.

Обстежено 22 хворих з МС та порушеннями моторики травного каналу. Шкала вираженості симптомів вимірювалася в балах від 0 до 3. Хворі були розділені на дві групи по 11 осіб: 1 група (основна) на тлі базисної терапії отримувала ітоприду гідрохлориду по 50 мг 3 р/добу та 600 мг альфа-ліпоєвої кислоти на добу, 2 група (контрольна) - домперидон по 10 мг 3 р/добу впродовж 4 тижнів. Вираховували середнє значення вираженості симптому в групі (вираженість кожного симптому в балах у кожного пацієнта додавали та ділили на число пацієнтів у групі). Використовували сучасні клінічні, біохімічні, ендоскопічні, рентгенологічні методи дослідження.

Позитивна динаміка відзначалась на 2–3-й день лікування у 54,5% хворих 1 групи, у 36,4% 2 групи ( $p < 0,05$ ). Через 2 тижні від початку лікування загальна ефективність в групах, що означало істотне або помірне поліпшення, склала для 1 групи 68,3% проти 57,9% в 2 групі ( $p < 0,05$ ). Через 4 тижні ефективність, що включає зникнення або значне зниження інтенсивності диспепсичних розладів, склала 81,8% для 1 групи проти 63,6% для 2 групи ( $p < 0,05$ ). Застосування комплексної терапії у хворих основної групи мало більш суттєвий вплив на стан ОМБ, порівняно з контрольною групою хворих: показник АКДНФГ нейтрального характеру зменшився на 30,2%, АКДНФГ основного характеру – на 29,8% у динаміці лікування ( $p < 0,05$ ). В контрольній групі дані показники змінилися незначущо ( $p > 0,05$ ). Позитивний антиоксидантний вплив запропонованого лікування у пацієнтів основної групи призвів до покращення морфо-функціональних властивостей еритроцитів, зокрема до збільшення індексу деформабельності еритроцитів на 21,1% у динаміці лікування ( $p < 0,05$ ) за відсутності достовірної динаміки показників у контрольній групі. В основній групі ітоприду гідрохлориду не виявлено небажаних побічних реакцій. У 2 пацієнтів, які приймали домперидон, виявили подовження інтервалу QT.

Отже, застосування комбінації ітоприду гідрохлориду та альфа-ліпоєвої кислоти на тлі базисної терапії метаболічного синдрому призводить до покращання моторно-евакуаторної функції травного каналу та позитивної динаміки клінічної картини у пацієнтів з МС. Такий вплив зазначеного лікування обумовлений зменшенням оксидативного стресу, покращанням мікроциркуляції, поряд з потужною прокінетичною дією ітоприду гідрохлориду. Зазначена комбінація лікарських засобів є більш ефективною, ніж використання домперидону у пацієнтів з порушенням моторно-евакуаторної функції травного каналу на тлі метаболічного синдрому.

**Петринич О.А., Білецький С.В., Казанцева Т.В.**

### **МОЖЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ІНСУЛЬТУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ S-АМЛОДИПІНУ ТА ЙОГО КОМБІНАЦІЇ З ЛІЗИНОПРИЛОМ**

*Кафедра сімейної медицини  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Артеріальна гіпертензія (АГ) є найбільш важливим і розповсюдженим у популяції фактором ризику розвитку інсульту. Ризик виникнення останнього корелює як з величиною систолічного, так і діастолічного артеріального тиску (АТ). Ця залежність має прямий, неперервний характер, незалежний від впливу інших