

**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



системи про- та антиоксидантного захисту у хворих на ХДЗП із порушенням тиреоїдного гомеостазу залишаються поза увагою науковців.

Метою роботи було з'ясувати особливості показників про- та антиоксидантної систем плазми крові хворих на ХДЗП із порушенням тиреоїдного забезпечення організму.

Обстежено 82 хворих на ХДЗП та 20 практично здорових осіб, що склали контрольну групу. Інтенсивність ПОЛ оцінювали за вмістом у крові малонового альдегіду та за рівнем окисної модифікації білків. Стан протирадикального захисту оцінювали за вмістом в крові церулоплазміну, активністю каталази та показниками глутатіонзалежної системи детоксикації – відновленого глутатіону, глутатіонпероксидази та глутатіонредуктази, а також за загальною антиоксидантною активністю плазми крові.

Проведеними дослідженнями встановлено вірогідне зростання в плазмі рівня малонового альдегіду (на 30,78%,  $p < 0,001$ ) та ступеня окисної модифікації білків (на 45,4%,  $p < 0,001$ ) в обстежених хворих порівняно з контролем. В ході аналізу показників антиоксидантної системи плазми крові в основній групі відмічене помітне зростання рівня церулоплазміну (на 68,7% ( $p < 0,001$ )) та пригнічення активності каталази (у 1,3 раза, ( $p < 0,001$ )), глутатіонпероксидази (32,4%,  $p < 0,001$ ) та глутатіонредуктази (47,1%,  $p < 0,001$ ), на тлі зниження рівня відновленого глутатіону (на 55,5%,  $p < 0,001$ ). Про виснаження захисних механізмів організму також свідчило вірогідне зниження показника загальної антиоксидантної активності крові (на 7,1%,  $p < 0,01$ ).

Отже, у хворих на хронічні дифузні захворювання печінки із порушенням тиреоїдного гомеостазу виникають зміни з боку про- та антиоксидантної систем плазми крові, що супроводжуються інтенсифікацією процесів пероксидації на тлі розбалансування системи протирадикального захисту.

**Чурсіна Т.Я.**

#### **ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ТА ОКРЕМІ ПОКАЗНИКИ ВИЖИВАННЯ, ВИЗНАЧЕНІ ЗА SEATTLE HEART FAILURE MODEL, ЗА РІЗНИХ ПАТЕРНІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

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

В ході дослідження за мету ставили дослідити функціональний стан нирок та окремі показники виживання, визначені за допомогою шкали Seattle Heart Failure Model (SHFM), у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) та ішемічною хворобою серця (ІХС) за різних патернів ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ).

Обстежено 116 чоловіків, серед яких у 110 пацієнтів була АГ, а також її поєднаний перебіг з ІХС, а в 6 хворих – ізольована ІХС. Середній вік досліджуваних пацієнтів склав (медіана [верхній і нижній квартилі]) 60 (53-67) років. Клінічними формами ІХС, ознаки якої спостерігались в 79 (68,1%) обстежених пацієнтів (73 випадки констеляції з АГ та 6 – ізольованої ІХС), були наступні: стабільна стенокардія напруження І ФК – 3 пацієнтів, ІІ ФК – 35, ІІІ ФК – 12; дифузний кардіосклероз – 13, постінфарктний – 16 хворих. Клінічні ознаки СН спостерігались у 29 пацієнтів (25,0%): І стадії – 2 хворих (ФК ІІ), ІІ А – 8 (ФК ІІ – 3, ФК ІІІ – 5), ІІ Б – 19 (в усіх пацієнтів – ФК ІІІ). Функціональний стан нирок оцінювали за розрахунковою швидкістю клубочкової фільтрації (рШКФ), визначеною за формулою СКД-ЕРІ. За допомогою програми-калькулятора SHFM проводили розрахунок окремих показників виживання: імовірність 5-річного виживання ( $B_5$ ), смерті впродовж 5-ти років ( $C_5$ ) та середня очікувана тривалість життя (СОТЖ). Ехокардіографія з визначенням типу ремоделювання ЛШ, його систолічної і діастолічної функції була виконана у 102 пацієнтів. Серед них у 98 (96,1%) пацієнтів була гіпертрофія ЛШ. Зазначена когорта зі 102 пацієнтів була стратифікована на 4 патерни, які враховували наявність функціональних змін ЛШ за його ремоделювання та клінічну маніфестацію СН: патерн 1 ( $P_1$ ) (ремоделювання ЛШ без дисфункції,  $n=27$  (26,5 %) – контрольна, середній вік 50 (47–52) років); патерн 2 ( $P_2$ ) (ремоделювання ЛШ з його дисфункцією без клінічних ознак СН,  $n=50$  (49,0 %), 61 (58–67) рік); патерн 3 ( $P_3$ ) (ремоделювання ЛШ з клінічно маніфестованою СН І–ІІ А ст., ФК ІІ–ІІІ,  $n=8$  (7,8 %), 62 (60–69) роки); патерн 4 ( $P_4$ ) (ремоделювання ЛШ з СН ІІ Б ст., ФК ІІІ,  $n=17$  (16,7 %), 66 (59–72) років). Середні значення показників представлені як  $Me (Q_1-Q_3)$ , де  $Me$  – медіана,  $Q_1$  та  $Q_3$  – верхній та нижній квартилі, відповідно. Для порівняння кількісних ознак використовували непараметричний дисперсійний аналіз за Kruskal-Wallis. Кореляційний аналіз проводився за методом непараметричного кореляційного аналізу з визначенням коефіцієнту рангової кореляції Спірмена ( $r$ ). Рівень статистичної значущості був  $p < 0,05$  (з урахуванням поправки Бонфероні для множинних порівнянь).

Величина рШКФ у  $P_4$  була меншою за таку в  $P_1$ : 69,4 (60,2-84,5) мл/хв/1,73 м<sup>2</sup> проти 87,1 (83,5-95,2) мл/хв/1,73 м<sup>2</sup>, відповідно;  $p=0,006$ . Окрім того,  $P_4$ , порівняно з  $P_1$ , характеризувався гіршими показниками виживання за SHFM:  $B_5 - 47$  (33-60) % проти 87 (85-99) %, відповідно,  $p < 0,001$ ;  $C_5 - 53$  (37-68) % проти 13 (11-15) %, відповідно,  $p < 0,001$ ; СОТЖ – 5,4 (4,0-7,0) років проти 14,3 (13,2-15,6) років,  $p < 0,001$ . При проведенні кореляційного аналізу спостерігались статистично значущі ( $p < 0,001$ ) кореляційні зв'язки рШКФ та параметрів виживання за SHFM у континуумі патернів ремоделювання ЛШ:  $B_5$  ( $r=0,46$ );  $M_5$  ( $r=-0,47$ ); СОТЖ ( $r=0,45$ ).

Прогресування СН на тлі ремоделювання ЛШ у хворих на АГ, а також за її поєднаного перебігу з ІХС, асоціюється з погіршенням параметрів виживання, визначених за SHFM, що корелює зі зниженням швидкості клубочкової фільтрації.



#### **Швець Н.В. ЛІПІДНИЙ СПЕКТР КРОВІ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ, ПЕРВИННУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЗА ЇХ ПОЄДНАННЯ**

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

Надлишкова маса тіла і пов'язані з нею патологічні стани (патологія серцево-судинної ендокринної систем, ураження опорно-рухового апарату тощо), існуючи паралельно і часто обтяжуючи перебіг один одного, посідають чільне місце у структурі захворюваності населення у всіх розвинутих регіонах світу. Артеріальна гіпертензія є лідером захворюваності і ускладнень серед серцево-судинних захворювань; остеоартроз посідає чільну позицію у структурі ревматологічної патології упродовж останніх десятиліть. Зазначені нозології співіснують у значного відсотка пацієнтів; така закономірність пояснюється асоціацією із подібними чинниками ризику, спільними ланками патогенезу, а також здатністю до взаємообтяження за рахунок небажаної дії ряду застосовуваних медикаментозних засобів (нестероїдні протизапальні препарати тощо).

Взаємодія факторів генезу захворювання, модифікація метаболізму під впливом лікування супутньої нозології не може бути визначена як звичайна сумачія біохімічних та фізіологічних явищ, які лежать в основі прогресування кожного захворювання окремо. Розробка стратегії лікування поєднаної патології – артеріальної гіпертензії та остеоартрозу – повинна базуватися на глибокому та всебічному дослідженні контингенту із мікст-патологією, і має враховувати значну кількість факторів.

Метою дослідження було вивчення ліпідного спектру крові у хворих з артеріальною гіпертензією, остеоартрозом та їх поєднанням, а також оцінка з урахуванням індексу маси тіла.

Обстежено 40 пацієнтів з верифікованими діагнозами первинної артеріальної гіпертензії та остеоартрозу, які не отримували ліпідознижуючої терапії за останні півроку і довше. Хворі розподілені на групи, в залежності від поєднання захворювань та маси тіла: 1-2 групи – хворі з остеоартрозом із звичайним і підвищеним індексом маси тіла; 3 група – хворі з артеріальною гіпертензією, 4-5-а: поєднана патологія зі звичайним і підвищеним індексом маси тіла. Біохімічний аналіз крові та дослідження ліпідного спектру виконане в Обласному діагностичному центрі м. Чернівців. Досліджено вміст загального холестерину, ліпопротеїдів високої та низької щільності, тригліцеридів крові.

Виявлено відмінності вмісту всіх видів ліпідів та ліпопротеїнів у хворих із ізольованими нозологіями та у поєднанні. Так, найвищий вміст загального холестерину виявлено у хворих із остеоартрозом та артеріальною гіпертензією ( $6,16 \pm 1,06$ ; за артеріальної гіпертензії –  $4,58 \pm 0,38$ ; за остеоартрозу –  $5,35 \pm 0,07$ ). Подібну тенденцію виявлено щодо вмісту ліпопротеїдів низької щільності. Вміст тригліцеридів був найвищим у хворих із артеріальною гіпертензією ( $1,57 \pm 0,23$  мкмоль/л), найменшим – за ізольованого остеоартрозу ( $0,89 \pm 0,33$  мкмоль/л), і усередненим за поєднання патологій. Чіткої залежності від індексу маси тіла не виявлено у зв'язку із малою кількістю спостережень.

Таким чином, у пацієнтів із ізольованою та мікст-патологією серцево-судинної системи та опорно-рухового апарату ліпідні спектри крові мають певні відмінності, що повинне бути враховане при визначенні для них лікувальної тактики.

**Шумко Г.І.**

#### **ВИКОРИСТАННЯ ЛАЗЕРОТЕРАПІЇ ТА ФАКОВІТУ В ЛІКУВАННІ 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) залишається актуальною науковою проблемою в Україні та продовжує займати одне із провідних місць в структурі захворюваності органів дихання. Нині є велика кількість досліджень присвячених різним аспектам бронхіальної астми, але досить багато питань розвитку та прогресування даного захворювання залишаються не зовсім вивченими. Досить фрагментарне вивчення імунітокінового профілю в молодих осіб хворих на бронхіальну астму порівняно з хворими з підвищеним ризиком формування даного захворювання. Потребують подальшого вивчення та вдосконалення методів комплексної корекції змін, зокрема імунітокінового профілю в лікуванні молодих осіб, хворих на бронхіальну астму.

Метою дослідження є оптимізація, з урахуванням визначених патогенетичних факторів, диференційованого лікування хворих на бронхіальну астму, шляхом адекватного підбору комплексу терапевтичних заходів.

Обстежено 68 хворих на бронхіальну астму та гострий бронхіт на фоні частих гострих респіраторних вірусних інфекцій, а також 10 практично здорових осіб.

Для проведення порівняльного аналізу отриманих даних всі хворі, залежно від діагнозу, були поділені на три групи: I група (22 осіб) – хворі на гострий бронхіт, II група (23 особи) – хворі на бронхіальну астму з інтермітуючим перебігом, III група (23 особи) – хворі на бронхіальну астму з персистувальним легким перебігом. Імуноітокіновий профіль визначали за допомогою набору реагентів “ProCon IL-1β” ТзОВ “Протеїновий контур”, Росія; набору реагентів альфа-ФНП-ІФА-Бест ЗАО “Вектор-Бест”, Росія, набору реагентів ТзОВ “Хема-Медіка”, Росія для визначення загального імуноглобуліну Е. Залежно від проведеної