

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)  
ББК 72:74.58  
М 34

Матеріали 96 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук 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.  
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.  
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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



зниження секреції індукбельною NO-синтазою надлишку NO та прозапальних і профіброгенних цитокінів. Зокрема, вміст у крові NO у O групі знизився на 24,9 % ( $p < 0,05$ ), а у хворих K групи зниження склало 7,9 % ( $p < 0,05$ ). Таким чином, запропонована комплексна терапія, що включала базисну компоненту та нуклеїнат, виявила вищу ефективність у досягненні протіоксидантного ефекту, що дало змогу знизити інтенсивність процесів перекисного окиснення ліпідів, які є ключовою ланкою патогенезу БА.

Протіоксидантний вплив нуклеїнату у O групі реалізувався досягненням мембраностабілізуючого ефекту, що ми оцінили за зростанням зниженої до лікування пероксидної резистентності еритроцитів у O групі у 1,7 рази ( $p < 0,05$ ) проти невірогідних змін у K групі ( $p > 0,05$ ). Підсилення потенціалу протіоксидантного захисту сприяло відновленню катехоламіндепонувальної функції еритроцитів, яка зросла після лікування у 1,9 рази ( $p < 0,05$ ), на відміну від групи K, де зростання склало 1,2 рази ( $p < 0,05$ ).

Комплексна терапія хворих на БА із персистуючим перебігом середньої тяжкості у фазі загострення, із додатковим включенням нуклеїнату, сприяла зниженню інтенсивності перекисного окиснення ліпідів, окиснювальної модифікації білків та нітрозитивного стресу, відновленню активності чинників протіоксидантного захисту та природної системи детоксикації (відновленого глутатіону).

Потужний протіоксидантний ефект під впливом протизапальної, стимулюючої мієлопоезу та антиоксидантної терапії нуклеїнатом, сприяв покращенню пружно-в'язкісних властивостей еритроцитів, зниженню їх готовності до пероксидних впливів, усуненню їх передчасного „постаріння” та дочасного лізису, а також покращення кисневотранспортувальної функції еритроцитів з усуненням наслідків гіпоксії у хворих із середньотяжким перебігом бронхіальної астми.

**Залявська О.В.**

### ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ КОМПОНЕНТІВ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА РЕАКТИВНИЙ АРТРИТ ТА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
Буковинський державний медичний університет*

Більшість лабораторних показників, що використовуються в діагностиці реактивних артритів (ReA), мають неспецифічний характер, відображаючи наявність і активність запального процесу. Великою інформативністю про перебіг патологічного процесу в уражених суглобах і про ступінь зниження інтенсивності даного процесу під впливом проведеного лікування володіють методики, які характеризують обмін специфічних компонентів сполучної тканини – колагену та протеогліканів. Порушення обмінних процесів у системі «протеоглікани-колаген», зміна ферментативних реакцій найчастіше передують багатьом ускладненням, у тому числі і порушенню функції нирок.

Отже, метою нашої роботи стало вивчення показників стану сполучної тканини в пацієнтів із коморбідним перебігом хронічного пієлонефриту та реактивного артриту. Для виконання мети ми обстежили 113 пацієнтів, яких розподілено на дві групи: перша група – хворі на ReA, активність I-III ст. ФНС I-III ст. ( $n=65$ ); друга група – хворі на ReA з коморбідним перебігом хронічного пієлонефриту (ХП) ( $n=48$ ). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (ПЗО). Середня тривалість захворювання обстежених пацієнтів складала  $24,4 \pm 4,7$  місяця. Середній вік пацієнтів складав  $32,5 \pm 1,2$  року. Зміни метаболізму вуглеводно-білкових компонентів позаклітинного матриксу визначали за вмістом у крові вільного оксипроліну (ВОП) за методикою С.С. Тетянець (1985), білковозв'язаного оксипроліну (БЗОП) за методом М.А. Осадчука (1979), гексуринових кислот (ГК) і гексозамінів (ГЗ) за методом О.Г. Архіпової (1988), серомукоїду (СМ), сіалових кислот (СК) за методом Л.А. Муравйової, Е.Ю. Волкова (1988), рівень колагенолітичної активності (КЛА) плазми за методом П.Н. Шараєва (1987). Стан протеолітичної активності плазми крові вивчали за визначенням інтенсивності лізису азоальбуміну (деградація низькомолекулярних білків), азоказеїну (протеоліз високомолекулярних білків), азоколу (колагеноліз) фірми «Simko Ltd.» (Україна) за методом К.Н. Веремеско (1988).

Під час загострення захворювання у групі хворих на ReA вміст у крові ВОП статистично вірогідно перевищував показник у контрольній групі в 1,3 рази ( $p < 0,05$ ), а в другій групі – майже в 1,5 рази ( $p < 0,05$ ). Водночас у осіб 1-ї та 2-ї груп спостерігалось вірогідне підвищення вмісту у крові БЗОП відповідно у 2,3 рази та в 2,5 рази порівняно з групою ПЗО ( $p < 0,05$ ).

Вміст ВОП показав сильну кореляційну залежність від ступеня активності запального процесу в суглобах між вмістом сіалових кислот  $r=0,704$  ( $p < 0,01$ ) та серомукоїду  $r=0,585$  ( $p < 0,01$ ) в обстежених осіб обох груп.

При вивченні вмісту ГА в осіб 1-ї та 2-ї груп визначалося статистично вірогідне зростання даного показника майже у 2,0 рази порівняно з контрольною групою ( $p < 0,05$ ). Також виявлялося вірогідне зменшення вмісту ГК у хворих 2-ї групи ( $p < 0,05$ ) порівняно з групою контролю, на відміну від 1-ї групи, де даний показник мав лише тенденцію до зниження.

В осіб 1-ї та 2-ї груп спостерігали достовірне зростання показників КЛА плазми крові в 1,4 рази та в 1,5 рази порівняно з показниками ПЗО ( $p < 0,05$ ). Зростала інтенсивність лізису низькомолекулярних білків у пацієнтів із ReA порівняно з групою контролю: в осіб першої групи – в 1,6 рази, другої – в 1,7 рази ( $p < 0,05$ ). Подібних змін зазнавала інтенсивність протеолітичної деструкції високомолекулярних протеїнів, яка була вищою за контроль відповідно в 1,8 рази в обох групах ( $p < 0,05$ ). Вірогідних міжгрупових змін зазначених показників не встановлено. При дослідженні колагенолітичної активності плазми крові встановлено достовірне підвищення лізису азоколу в 1-ї та 2-ї групі порівняно з контрольною групою в 1,8 рази та в 2,5 рази



відповідно ( $p < 0,05$ ), причому даний показник перевищував в 1,4 рази в другій групі порівняно з показниками в осіб першої досліджуваної групи ( $p < 0,05$ ).

У хворих на ReA із коморбідним ХП виявлено вплив супутнього ХП на підвищення ступеня активності реактивного артриту порівняно з ізольованим перебігом ReA за показниками запалення та реакції сполучної тканини: лейкоцитозу, підвищення швидкості осідання еритроцитів ( $p < 0,05$ ), вмісту в крові С-реактивного протеїну – майже у 2,0 рази ( $p < 0,05$ ), сіалових кислот – в 1,3 рази ( $p < 0,05$ ), серомукоїдів – в 1,6 рази ( $p < 0,05$ ), фібриногену – на 11,2 % ( $p < 0,05$ ), глобулінів – на 25,5 % ( $p < 0,05$ ), зниження вмісту в крові альбумінів на 19,6 % ( $p < 0,05$ ), ВОП – в 1,2 рази і ПАК за азоколом – в 1,4 рази ( $p < 0,05$ ). Отримані дані вказують на роль активної фази ХП у формуванні ступеня активності ReA.

Висновок. У хворих на реактивний артрит із коморбідним перебігом хронічного пієлонефриту спостерігається вірогідне підвищення вмісту в крові вільного та білковозв'язаного оксипроліну, показників колагенолітичної та протеолітичної активності плазми, що свідчить про одночасне підсилення синтезу та розпаду колагену на тлі активації колагенолізу. Встановлено достовірне підвищення гексозаміну та зменшення вмісту гексуринової кислоти вказує на підсилення синтезу глікопротеїнів на тлі зниження синтезу протеогліканів.

**Іванчук П.Р.**

### РЕЄСТР ІНФАРКТУ МІОКАРДА МАЛИХ МІСТ УКРАЇНИ: ЗАСТОСУВАННЯ СТРЕС-ЕХОКАРДІОГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ РІЗНИХ ФОРМ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
Буковинський державний медичний університет*

Ультразвукове дослідження - сучасний діагностичний метод, який широко застосовується в кардіології і дозволяє аналізувати в реальному часі структуру і функцію з високою роздільною здатністю. Аналізувалася регіонарна скоротливість міокарда (РФВ) у пацієнтів з різними формами ішемічної хвороби серця (ІХС) до та після проведення навантажувального тесту – антиортостатичного навантаження.

При аналізі змін параметрів РФВ ЛШ у групі хворих на стабільну стенокардію III функціональний клас в умовах проведення антиортостатичного навантаження було виявлено зменшення скоротливості у більшості сегментів, що вказує на виснаження компенсаторних можливостей у пацієнтів даної групи, та може свідчити про більшу специфічність та інформативність методу аналізу РФВ у порівнянні з звичайним визначенням ЗФВ (рис. 1).

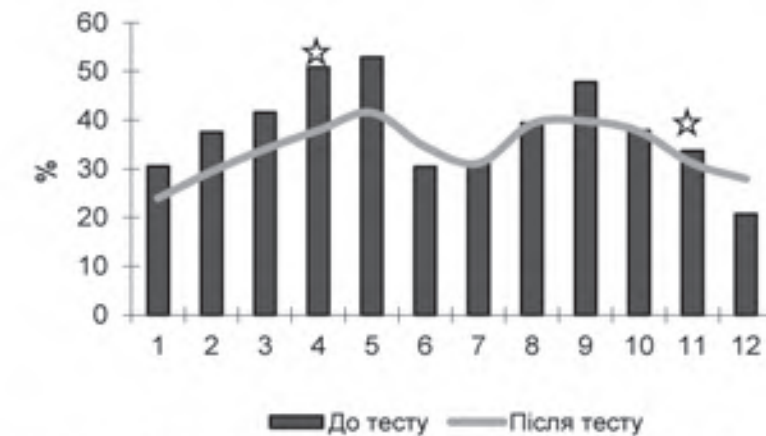


Рис. 1. Показники РФВ ЛШ у хворих на СС III ФК до та після навантаження (\* -  $p < 0,05$ )

У групі з перенесеним неQ інфарктом міокарда (ІМ) РФВ зменшувалась у більшості секторів, особливо у секторах, що відповідають міжшлуночковій перетинці (МШП), верхівці та нижній і середній третині передньобокової стінки ЛШ, які до проведення тесту мали практично „нормальні” значення РФВ та профіль кривої регіонарної скоротливості міокарда (рис. 2).