

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



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

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

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.
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 Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



Пацієнтам із синдромом метеозалежності та домінуючими церебральними проявами метеозалежності (середній ступінь) окрім А-дістону додатково призначали вазавітал (екстракт гінґко білоба, пилко бджолиний, вітаміни С, В1, В12, В6, РР) збільшуючи ранкову та вечірню дозу до 2 капсул тривалістю два (особам до 55 річного віку) - чотири (старше 55-60 років) місяці в цей же період. Окремим особам у віці старше 70 років та початковими ознаками енцефалопатії, вазавітал призначали тривалістю до шести місяців з перервою перед наступним курсом 2 - 4 місяці. Такий підхід дозволив значно змягчити прояви метеозалежності у осіб до 55 річного віку, помірно покращити стан хворих з середнім ступенем залежності у осіб старше 60 років, а також зменшити симптоматику основних недуг. Застосування зазначених препаратів дозволило знизити дози базисних лікарських засобів ІХС та покращити якісні показники життя (працездатність, настрій, сон, психоемоційна активність).

Вітчизняні фітопрепарати А-дістон та Вазавітал є ефективними лікувально-профілактичними засобами корекції метеозалежності у пацієнтів з віковими атеросклеротичними ураженнями серця та головного мозку, а також сприятливо впливають на прояви ІХС, покращують якісні показники життя.

Волошин О.І., Доголіч О.І.

ВІКОВІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ТА КЛІНІКИ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Буковинський державний медичний університет

За останні 20 років значно зросла частота подагри і нині захворюваність на цю недугу перевищує захворюваність на ревматоїдний артрит та набуває все більшої медико-соціальної значущості. Однією із особливостей подагри на сучасному етапі є її прояви на тлі метаболічного синдрому.

Мета роботи: вивчити вікові аспекти перебігу та клініки у хворих на подагру на тлі метаболічного синдрому.

Спостереження проведені у 86 хворих на подагру у віці 30-78 років, з них чоловіків було 84 особи. Застосовані клінічні, лабораторно-біохімічні, інструментальні, рентгенологічні методи верифікації діагнозу.

Встановлено, що у 53 (61,63%) осіб подагра проявлялась на тлі метаболічного синдрому. Однак останнім у пацієнтів у віці до 45 років (20 пацієнтів) проявлявся переважно артеріальною гіпертензією І - ІІ ступеня, надмірною масою тіла, стеатогепатозом та інсулінорезистентністю і лише у 3 - цукровим діабетом другого типу, а також значною гіперурикемією ($488,7 \pm 5,16$ мкмоль/л). Подагра перебігала за типом епізодів гострого подагричного артрити, або з мінімальними рентгенологічними змінами кісток уражених суглобів, без тонусів.

У віці за 45, особливо 60 років спостерігався перебіг, переважно по типу хронічної тофусної подагри частіше, почастишали ураження колінних, ліктьових суглобів, рецидиви хвороби при все менш значущих провокуючих аліментарних огріхах та за дії мінімальних фізичних факторів. Метаболічний синдром мав також свої особливості: ожиріння І - ІІ ст., виявлялося у 2/3 хворих, артеріальна гіпертензія була ІІ ступеня, з роками частішали та наростали прояви ІХС, цукрового діабету у 19 (29,23%) з 65 хворих цієї вікової групи), рентгенологічно подагричне ураження суглобів поєднувалося з явищами остеоартрозу. За вікового нашарування остеоартрозу перебіг подагри набував торпідності, іноді виявлялись загострення подагри за вимушеного застосування активаторів метаболізму (АТФ, рибоксин), малих доз аспірину, діуретиків при ІХС. Тобто, більш значуща вираженість метаболічного синдрому набувала ознак явної коморбідності з подагрю та вимагала врахування взаємовпливу на ці хвороби медикаментозного характеру. Хоча ступінь гіперурикемії у цієї когорти хворих була меншою ($467,5 \pm 7,21$ мкмоль/л), але частота загострень подагри та проявах ІХС помітно наростали з явищами феномену взаємного обтяження перебігу.

Метаболічний синдром у хворих на подагру - часте явище, яке має свої відмінності у осіб зрілого віку (легші прояви) та у пацієнтів літнього та старечого віку (виразні прояви, сприяння частішим рецидивам та торпідності перебігу, ефект взаємного обтяження перебігу). Ці особливості слід враховувати при здійсненні комплексного лікування зазначених коморбідних процесів.

Волошина Л.О.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ОЖИРІННЯ ТА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Остеоартроз (ОА), як хронічне прогресуюче захворювання суглобів старшої вікової категорії населення є важливою медико-соціальною проблемою, яка тісно корелює з кардіоваскулярним ризиком (КВР) і має взаємобтяжуючий вплив. Відсутність повноцінної програми первинної та вторинної профілактики, в тому числі невчасне виявлення і корекція факторів ризику, ураження органів-мішеней призводять до прогресування атеросклеротичного ураження судин, ендотеліальної дисфункції та є однією з причин високої захворюваності і смертності від серцево-судинних ускладнень у хворих на ОА.

Мета: вивчити закономірність розвитку КВР у хворих на ОА залежно від маси тіла та метаболічного синдрому.



Під спостереженням перебувало 78 хворих на ОА у віці від 38 до 73 років. Співвідношення чоловіки:жінки у віці до 55 років складало 1:5, після 60 років - 1,1:2. Зважаючи на те, що одним з важливих факторів ризику ОА є ожиріння та метаболічний синдром, які мають прямий вплив на розвиток КВР у людини, нами при проведенні динамічних спостережень було встановлено, що ожиріння І ступеня спостерігалось у 26 хворих (33,3%), ІІ ступеня у 16 хворих (20,5%), ІІІ у 5 хворих (6,5%), надлишкова маса тіла у 31 хворих (39,7%). Метаболічний синдром (МС), згідно встановлених критеріїв, спостерігався у 38 хворих (48,72%); частота його зростала з віком хворих. Встановлено, що КВР та його рівні при ОА підвищувався при збільшенні ступеня ожиріння, а за наявності МС - у 100%.

Відмічено, що із зростанням ступеня ожиріння, віку хворих, погіршувалися результати лікування ОА на стаціонарному етапі та зростали частота, тривалість рецидивів, потреба у повторних госпіталізація та тривалішими ставали періоди вимушеного застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), як потенційних провокуючих кардіоваскулярні події факторів. Аналіз наукового матеріалу дозволив встановити закономірність: із зростанням віку осіб та давності, тяжкості перебігу ОА відмічається зростання частоти і вираженості МС, що має прямі патогенетичні зв'язки з розвитком КВР та вимагає додаткових лікувально-профілактичних заходів.

Отримані результати демонструють пряму залежність виникнення КВР від індекса маси тіла у хворих на ОА, у зв'язку з чим виникає необхідність пошуку нового підходу до лікування та профілактики такого контингенту хворих. Слід приділяти більше уваги пацієнтам з ОА, що мають підвищений ризик певних коморбідних станів: атеросклероз, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія в аспекті раціонального вибору НПЗП. Профілактичні заходи повинні бути направлені на мінімізацію факторів ризику разом з високим рівнем настороженості та постійним контролем таких пацієнтів.

Волошинська К.О.

ЛАБОРАТОРНІ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Буковинський державний медичний університет

Клімакс - фізіологічний період загальної вікової інволюції жіночого організму, який характеризується змінами функції кори головного мозку, гіпоталамуса, які регулюють циклічну і кількісну продукцію гонадотропних гормонів з поступовим припиненням овуляції, генеративної і гормонотворюючої функції яєчників. Порушення менструального циклу - одного з основних симптомів клімаксу - задовго передують віковій зміні функції гіпоталамуса, які заключаються в підвищенні збудливості його, зміні рівня артеріального тиску, збільшення маси тіла. Припинення менструальної, а в подальшому і гормонотворюючої функції яєчників є нормальним фізіологічним процесом, який настає в 45-55 років. Існують переконливі дані, що ожиріння може бути як незалежним фактором ризику, так і обтяжуючим моментом, який суттєво погіршує перебіг і прогноз артеріальної гіпертензії (АГ). За даними Фремінгемського дослідження, вірогідність розвитку АГ і всієї серцево-судинної патології у осіб з надлишковою масою тіла на 50% більше, ніж з нормальною вагою. Ступінь кардіоваскулярного ризику при ожирінні залежить від розподілу жирової тканини в організмі і є значно вищим при центральному, або «андроїдному» типі.

Ремодельовання серцево-судинної системи є незмінним атрибутом АГ, будучи, з одного боку, ускладненням АГ, а з другого-фактором її прогресування. Сьогодні, гіпертрофія міокарда лівого шлуночка (ГЛШ) розглядається як основний предиктор ранньої серцево-судинної захворюваності та смертності. Підтвердженням цьому слугують дані, які свідчать про те, що у пацієнтів, які страждають АГ і мають ГЛШ, ризик розвитку серцево-судинних подій достовірно вищий у порівнянні з пацієнтами без ГЛШ. Доведено, що ризик розвитку серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з АГ і ГЛШ в 2-6 разів вищий у порівнянні з пацієнтами, які мають нормальну масу міокарда лівого шлуночка (ММЛШ).

Мета дослідження - визначення основних показників ліпідограми та оцінка стану міокардіального резерву у жінок з метаболічним синдромом в клімактерії.

Під спостереженням знаходилось 44 пацієнтки з метаболічним синдромом віком від 48 до 65 років ($54 \pm 1,3$ роки) - основна група з індексом маси тіла (ІМТ), що перевищував 25 кг/м^2 ($29,5 \pm 1,4 \text{ кг/м}^2$) та окружністю талії (ОТ), що становила в середньому $90,8 \pm 2,0$ см і 10 пацієнток репродуктивного віку ($37,58 \pm 2,1$ років) без ознак абдомінального ожиріння: $\text{ІМТ} = 22,25 \pm 0,85 \text{ кг/м}^2$, $\text{ОТ} = 76,42 \pm 2,33$ см (група контролю). При оцінці ліпідного спектру крові були відібрані такі показники як рівень загального холестерину, ліпопротеїдів низької щільності та тригліцеридів. Ехокардіоскопія виконувалась у парастернальній та верхівковій позиціях в положенні хворого на лівому боці. Для аналізу були відібрані наступні показники: товщина міжшлуночкової перетинки (ТМШП) та задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ) в діастолі, величина лівого передсердя (ЛП) та інтегральний показник шкортливості міокарда.

Проаналізувавши основні показники ліпідограми у пацієнток обох груп, було встановлено підвищення вмісту загального холестерину ($6,32 \pm 1,8$ ммоль/л), ліпопротеїнів низької щільності ($4,02 \pm 2,3$ ммоль/л), тригліцеридів ($2,24 \pm 0,4$ ммоль/л) у жінок основної групи та нормальні показники вищезазначених маркерів у пацієнток групи контролю. При ехокардіографії у пацієнток основної групи ТМШП і ТЗСЛШ становили $1,3 \pm 0,5$ і $1,2 \pm 0,2$ см відповідно, а у жінок контрольної групи ці показники дорівнювали $0,75 \pm 0,1$ і $0,8 \pm 0,1$ см відповідно. Величина лівого передсердя у хворих основної групи