МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

М А Т Е Р І А Л И
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 – ї 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 – ї 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. Іващук 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 Тащук 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

У хворих на хронічний панкреатит із ІХС за ХСН хронічна запальна реакція, яка перебігає на місцевому і системному рівнях (за даними ІЛ-1 β, ФНП-α і sVCAM-1), формує морфологічні зміни у структурі підшлункової залози, міокарду і ендотелії судин, що може сприяти прогресуванню фіброзу і обтяжувати прогноз перебігу, особливо за наявності ХСН.

Гречко С.І.

ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕРГОМЕТРИЧНОЇ РОБОТИ СЕРЦЯ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУЖЕННЯ

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

Мета дослідження - об'єктивізація лікування та профілактики стенокардії напруги у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС).

Обстежено 116 пацієнти хворих, які були госпіталізовані у відділення гіпертонічної хвороби Чернівецького обласного клінічного кардіологічного диспансеру. Оцінювали функціональний стан міокарду ЛШ з визначенням регіонарної скоротливості міокарда у пацієнтів без прийому препаратів. Аналіз отриманих результатів ЕхоКГ обстеження проводили в групах залежно від встановленого діагнозу: хворі з діагнозом стабільної стенокардії напруження (СС) ІІІ функціонального класу з асоційованою артенріальною гіпертензєю склали І групу, ІІ групу склали пацієнти на стабільну стенокардію напруження без асоційованої артеріальної гіпертензії. Велоергометрична проба проводилась усім 54 хворим. Розрахункова потужність в групі обстежених пацієнтів складала 148,4±2,6 Вт, досягнута потужність - 124,6±1,7 Вт.

Реєстрація ЕхоКГ показників проводилася на секторальному ехокардіографі "Toshiba SAL 38 AS" (Японія) та "Interspec XL" фірми "BBC Medical Electronic AB" (США). Аналізуючи динаміку об'ємних показників пацієнти на СС розділені на дві групи: І - з проявами СН та ІІ – без таких. Зокрема, КСР, КДР, КСО, КДО, ТЗСЛШ та ТМШП достовірно не залежали у пацієнтів з явищами СН. Більш суттєво явища СН асоціювалася ММ ЛШ. Аналіз функціональної здатності міокарду показав достовірне збільшення маси міокарду ЛШ у пацієнтів з АГ при надходженні у стаціонар ($p<0,05$) та при проведенні діагностичного навантажувального тесту ($p<0,05$).

Обстежено 114 пацієнтів залізничників, робота яких пов'язана з безпекою руху поїздів, які знаходяться на диспансерному обліку з ГХ І-ІІ стадії (І група) , ІХС (ІІ група) та поєднанні ІХС та ГХ (ІІІ група). Середній вік у групах хворих становив відповідно (48,4±3,2), (52,7±2,9) та (56,6±3,1) років ($P<0,05$). Хворим проведено клінічне, лабораторне та інструментальне дослідження – ВЕМ на велоергометрі «Kettler» (Німеччина) з визначенням величини досягнутого навантаження, виконаної роботи та окремих ергометричних показників. Використовували метод безперервно зростаючого навантаження: початкову потужність ФН встановлювали на 35%, 50% і 75% належного максимального споживання кисню. Визначення хронотропної функції серця проводилось за допомогою визначення індексу хронотропного резерву (ІХР, %); стан інотропної функції серця при ФН визначався при обчисленні індексу інотропного резерву (І І Р, %); низький приріст І І Р вказує на зниження міокардіальних резервів; подвійний добуток (ПД) у стані спокою і на кожному етапі ФН, продуктивність роботи лівого шлуночка (ЛШ) – ПРЛШ. Зміни АТ систолічного в залежності від потужності ФН визначались при обчисленні коефіцієнту втрати резерву міокарда (КВРМ), обчислення серцевого навантажувального індексу (СНІ) на відповідній сходинці ФН, фізичні можливості обстежуваного з урахуванням антропометричних даних (маса тіла, зріст) визначались за допомогою максимального індексу витривалості (МІВ). Для перевірки статистичних гіпотез про рівність середніх значень показника в двох різних підгрупах використовували t-критерій Стьюдента.

Показники ЧСС у спокої в жодній групі достовірно не відрізнялись. ЧСС на висоті навантаження в І групі була достовірно вища, ніж в ІІІ групі (128,7±3,6 і 114,6±3,2 уд./хв., відповідно, $p<0,05$), що свідчить про значне зниження ПД в групі ІХС без та з супутньою ГХ. Показник порогового ПД був достовірно зниженим у ІІ і мінімальним у ІІІ групі (274,5+6,8, 208,6±12,4 ($p<0,05$) і 167,3±7,2 од., відповідно; $p<0,05$), що відповідає більшій потужності порогового навантаженні у пацієнтів без ІХС. Виявлене достовірно менший приріст значення ПД на ІІ ступені навантаження в групі ІХС+ГХ в порівнянні з групою ГХ - 134,0±7,6 і 164,9±13,4, відповідно, $p<0,05$). Аналогічна тенденція простежувалась і на інших ступенях навантаження. Між групами ІХС та ІХС з ГХ достовірної різниці значень ПД не визначалось. Аналізуючи динаміку об'ємних показників пацієнти на СС розділені на дві групи: І - з АГ та ІІ – без такої. Аналіз функціональної здатності міокарду показав достовірне збільшення маси міокарду (ММ) ЛШ у пацієнтів з АГ при надходженні у стаціонар ($p<0,05$) та при проведенні діагностичного навантажувального тесту ($p<0,05$). Визначення порівняльної характеристики індексу ММ ЛШ характеризується тенденцією до переваги даного показника у пацієнтів з АГ. Зниження рівня фракції викиду (ФВ) ЛШ в порівнянні з контролем було найвищим у І групі - на 48,4% ($p<0,05$) та ІІ групи – на 40,3% ($p<0,05$). Визначається достовірне збільшення маси міокарду ЛШ у пацієнтів з АГ – І група, в порівнянні з групою контролю при надходженні у стаціонар ($p<0,05$). Зниження рівня ФВ ЛШ в порівнянні з контролем було найвищим у групі з супутньою АГ – на 48,4% ($p<0,05$) та хворих з СН – на 40,3% ($p<0,05$). Аналіз функціональної здатності міокарду показав достовірне збільшення маси міокарду ЛШ у пацієнтів з АГ – І група, в порівнянні з групою контролю – ІІ група при надходженні у стаціонар ($p<0,05$) та при проведенні

діагностичного навантажувального тесту ($p<0,05$). Максимальним також було збільшення і кінцевого систолічного розміру (КСР) ЛШ у даної категорії хворих на 18,8% ($p<0,05$) у зіставленні з контрольною групою (ІІ). Показники КДР ЛШ були більшими у всіх групах в порівнянні з контролем і практично не відрізнялись між собою. Зниження рівня ФВ ЛШ в порівнянні з контролем було найвищим у групі з супутньою АГ – на 48,4% ($p<0,05$) та хворих з СН – на 40,3% ($p<0,05$). Відзначалось збільшення кінцевого діастолічного розміру (КДР) ЛШ з максимальним приростом на 12,0% ($p<0,05$) у пацієнтів з СС ІІ ФК та супутньою АГ.

Стан скоротливості ЛШ залежить від рівня ушкодження ЛШ, більш значний вплив на його функцію відіграє ішемізації стінки ЛШ, а не розміри некрозу у міокарді ЛШ. ЛП останнім включається у процеси ремоделювання та має здатність до збереження своєї функції при збереженні достатнього рівня скоротливості ЛШ.

Гулага О.І., Тащук В.К., Полянська О.С., Амеліна Т.М.

РОЛЬ АНТАГОНІСТІВ АЛЬДОСТЕРОНУ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА

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

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) з гострою серцевою недостатністю (ГСН) є загальною передумовою зростання смертності та захворюваності. Показники рівня натрійуретичного пептиду (ПНУП) та протеолітичної активності за азоколагеном можна використовувати як маркери прогресування серцевої недостатності та формування адекватної сполучної тканини в ураженому міокарді.

Метою нашого дослідження було виявлення маркерів прогресування ГСН за нейрогуморальними показниками та протеолітичною активністю плазми у хворих на ГІМ з ГСН.

Клінічний матеріал склав 121 хворий віком від 39 до 68 років, середній вік яких склав 51,5±3,94 роки. У всіх хворих діагностовано ГІМ з ГСН за Кілліпом І-ІІ. Досліджували рівень ПНУП та процеси протеолітичної активності за азоколагеном (лізисом високомолекулярних білків). Всіх пацієнтів було поділено на дві групи: до першої групи відносились пацієнти, що отримували терапію, що включала спіронолактон, до другої – хворі, яким окрім основної терапії, було додано еплеренон в дозі 25 мг впродовж 28 діб.

Нами виявлено, що до проведеного лікування рівень ПНУП був в 2,02 рази вищим, ніж у контролі (28,62±8,35 проти 57,87±9,95 пг/мл; $p<0,001$). Після проведеного лікування рівень ПНУП зменшувався, більше у другій групі (І група - з 56,97 ± 8,42 до 45,20±9,21 пг/мл; $p<0,001$, ІІ група – з 58,77±11,48 до 30,68±5,30 пг/мл; $p<0,001$). До лікування протеолітична активність за азоколагеном була майже в 1,5 рази нижчою, ніж у контролі (0,0097±0,0013 та 0,0096±0,0017 Е440/мл/год проти 0,03±0,001 Е440/мл/год; $p<0,01$). Після проведеного лікування протеоліз за азоколагеном в обох досліджуваних групах суттєво зростав (0,019±0,0024 проти 0,041±0,0060 Е440/мл/год; $p< 0,01$), однак більш виражено у другій групі, у лікування якої було включено антагоніст альдостерону еплеренон.

Таким чином, включення в комплексне лікування хворих на ГІМ з ГСН еплеренону призводить до нормалізації нейрогуморального балансу та процесів протеолітичної активності плазми крові, що впливає на процеси ремоделювання лівого шлуночка та клінічні прояви серцевої недостатності.

Дудка Т.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РОФЛУМІЛАСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

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

Необхідність удосконалення профілактики, діагностики та лікування пацієнтів з поєднаними хронічними захворюваннями (ПХЗ) пов'язана з тривалим перебігом, розвитком тяжких ускладнень та зниженням якості життя хворих, зниженням загальної та розумової працездатності і якості здоров`я, що підкреслює необхідність наукових розробок з цієї проблеми (О.М. Біловол, 2007 та співавт).

Глобальна ініціатива з діагностики, лікування та профілактики ХОЗЛ нещодавно включила рофлуміласт (Даксас®) (Р) – інгібітор фосфодіестерази-4 (ФДЕ-4) у якості нового терапевтичного засобу до рекомендацій щодо ведення пацієнтів із ХОЗЛ із тяжким перебігом та середньої тяжкості. Новий клас лікарських засобів – інгібітори ФДЕ-4 – є нестероїдними протизапальними засобами, які ефективно контролюють активність запального процесу при ХОЗЛ. Ми поставили за мету вивчити ефективність застосування рофлуміласту, у хворих на ХОЗЛ щодо впливу на клінічний перебіг захворювання, ланки патогенезу: інтенсивність оксидативного та нітрозитивного стресу, стан чинників протиоксидантного захисту (ПОЗ).

Обстежено 40 хворих на ХОЗЛ ІІ-ІІІ стадії, у фазі загострення та 20 практично здорових осіб (ПЗО). Хворі контрольної групи (2 група) отримували беродуал (по 2 дози 2 інгаляції на добу, 1 доза аерозолю містить: фенотеролу гідробромід 50 мкг, іпратропію бромід 21 мкг), за умов інфекційного загострення ХОЗЛ – антибактеріальну терапію цефалоспоринами упродовж 7 днів. І група (основна, 40 осіб) додатково отримувала рофлуміласт по 500 мкг 1 раз на добу.

Показники ФЗД у динаміці лікування у хворих на ХОЗЛ вказували на вищу ефективність запропонованої терапії. Зокрема, показник $ОФВ_1$ після лікування у хворих 1-ї групи зріс на 31,5% ($p<0,05$). Здатність гальмувати активність фактора росту фібробластів притаманна препарату Р, вказує на