

**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



визначення показника ВМШ є результирующим відносно впливів наявних гіпертрофії лівого шлуночка, артеріальної гіпертензії, стабільної стенокардії та серцевої недостатності.

Сенюк Б.П., Лукашевич І.В.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ “ХОЛІВЕР” ПРИ ЛІКУВАННЯ ПРОЯВІВ СЛАДЖ-ФЕНОМЕНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ В ПОЄДНАННІ З СЕЧОКИСЛИМ ДІАТЕЗОМ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Буковинський державний медичний університет

Метою дослідження було вивчення частоти зустрічальності УЗД-явищ сечокиислового діатезу у хворих на хронічний холецистит із сладж-феноменом, дослідити можливі етіопатогенетичні ланки такого поєднання та розробити шляхи їх корекції за допомогою препарату рослинного походження “Холівер” (“Hau Giang Pharmaceutical Joint-Stock Company-HG Pharm.”, В’єтнам)

Для характеристики морфо-функціонального стану ГБС та нирок проводили програмне ультразвукографічне дослідження 36 хворим на хронічний некаменевий холецистит з явищами сладж-феномену та без нього віком від 41 до 73 років з анамнезом захворювання від 5 до 17 років. Домінуючий контингент – жінки (63%). Ехографічно оцінювали розміри, контури, структуру зазначених органів. Ультрасонографічне дослідження здійснювали натше, через 10-12 годин після останнього прийому їжі за загальноприйнятою методикою. Крім того, всім хворим були проведені біохімічний аналіз крові, загальноклінічний аналіз сечі та аналіз сечі за Нечипоренко.

При обстеженні було виявлено, що у 19 хворих мали місце явища сладж-феномену від ¼ до ½ об’єму жовчного міхура на фоні помірного збільшення його об’єму та товщини і щільності стінки, ущільнення внутрішньопечінкових жовчних протоків при нормальних розмірах та ехо-структурі печінкової паренхіми, наявність мікролітів високої щільності в чашково-мискових системах нирок, ущільнення чашково-мискового комплексу Із 17 хворих на хронічний холецистит без проявів сладж-феномену мікроліти в нирках виявлені лише у 6, що ставить під сумнів наявність патогенетичної залежності між цими явищами.

Клінічний перебіг патології у пацієнтів вирізнявся схильністю до торпідного перебігу, знижувалась якість життя пацієнтів, була меншою ефективність гепатопротекторно-жовчогінної терапії, яка потребувала побільш тривалого застосування, рівень креатиніну, сечової кислоти, сечовини коливався в межах нормальних значень, але з тенденцією до верхньої межі норми, помірно підвищувалась активність лужної фосфатази, ГГТП, достовірно підвищувався рівень холестерину та тригліцеридів.

Програма оздоровлення досліджуваного контингенту хворих включала в себе корекцію харчового режиму в часі, нормалізацію балансу складових частин їжі з акцентом на збільшення рідинного компоненту до 2,5-3 л/добу, харчову корекцію функції кишечника за рахунок збільшення пектинового компоненту їжі, рослинних олій та молочно-кислих продуктів, дозоване фізичне навантаження (ходьба, біг, дихальна гімнастика, помірна фізична праця), жовчогінно-гепатопротекторну терапію рослинними препаратами (зокрема препаратом “Холівер”) впродовж 1 - 1,5 міс. з переходом на урофітолітичні препарати впродовж 3 - 9 міс.

Таким чином, хронічний холецистит з явищами сладж-феномену та сечокислий діатез – часте поєднання патологічних станів, особливо у людей зрілого віку; вираженість і частота їх продовжують зростати з віком. Одним з важливих причин їх виникнення є суттєві порушення хроноритмів та якості харчування, особливо нехтування рідинним, фруктовим-овочевим, пектиновим компонентами їжі, рослинними оліями, гіподинамія. Одним з ефективних шляхів підвищення ефективності реабілітації хворих є поєднання гепатопротекторно-жовчогінної терапії на тлі дієтичної корекції харчування в часовому та якісному аспектах з підвищеним рідинним навантаженням

Сішівська І.О.

ЗАГАЛЬНИЙ КОАГУЛЯЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ КРОВІ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНАНОЇ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Важливе значення в збереженні тканинного гомеостазу, забезпеченні трофіки, фізіологічної регенерації та захисту слизової оболонки має мікроциркуляція слизової оболонки шлунка (СОШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК), у зв’язку з чим її порушення є суттєвим патогенетичним фактором виникнення та прогресування виразкової хвороби (ВХ) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), особливо у поєднанні з метаболічним синдромом. У період загострення захворювання розлади мікроциркуляції носять генералізований характер, залежать від активності, тривалості і важкості патологічного процесу, наявності супровідної патології і можуть бути зумовлені змінами реологічних та коагуляційних властивостей крові. Враховуючи взаємообумовленість і координацію фізіологічних процесів у організмі людини, вивчення співвідношення між змінами в метаболічній та гемокоагуляційній ланках гомеостазу при ВХ є актуальним і дає змогу по-новому підійти до розробки питань патогенезу виразкової хвороби шлунка (ВХШ) та ДПК із метаболічним синдромом (МС).



Мета дослідження: оцінити систему гемостазу при поєднаній ВХШ та ДПК і МС шляхом вивчення змін часу рекальцифікації плазми крові (ЧРП), протромбінового часу (ПЧ), тромбінового часу (ТЧ) та активованого парціального тромбoplastинового часу (АПТЧ).

Обстежено 65 осіб, з них: 20 осіб з ВХШ та ДПК, 30 осіб з ВХШ та ДПК, поєднаною з МС і 15 практично здорових осіб. Кров для проведення біохімічних досліджень у хворих брали з ліктьової вени вранці натше, після 12-15 годинного голодування. Відповідно до досліджень складені групи: 20 осіб з ВХШ ДПК (група №1), 30 осіб з ВХШ та ДПК, поєднаною з МС (група №2) і 15 практично здорових осіб (група №3).

Виявлено зниження коагуляційного потенціалу у всіх групах хворих. Зокрема, у групі №2 ЧРП знижений на 6,96%, ПЧ – на 15,22%, ТЧ – на 20,62%, АПТЧ – на 15,44% у порівнянні з групою №1, і відповідно на 16,02%, на 37,78%, на 26,99% та на 27,83% у порівнянні з практично здоровими особами.

Зниження часу рекальцифікації плазми крові (на 6,96% (p<0,05)), протромбінового (на 15,22% (p<0,05)), тромбінового (на 20,62% (p<0,05)) та активованого парціального тромбoplastинового часу (на 15,44% (p<0,05)) свідчить про порушення компенсаторних можливостей організму та є важливим чинником прогресування захворювання.

Сливка Н.О., Плеш І.А., Борейко Л.Д., Гайдуков В.А.

ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ПЕЧІНКОВОГО КРОВОПЛИНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АЛКОГОЛЬНИЙ ГЕПАТИТ ПІД ВПЛИВОМ ЕНДОТЕЛІОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

Буковинський державний медичний університет

Проблема розвитку та прогресування хронічних дифузних захворювань печінки у теперішній час є однією із найбільш важливих у сучасній гастроентерології, має загальномедичне та соціальне значення. Актуальність проблеми обумовлена збільшенням кількості хворих зі вказаною патологією, особливо серед осіб працездатного віку. Хронічний алкогольний гепатит (ХАГ) за поширеністю займає друге місце після вірусних гепатитів. Тому актуальним є пошук нових терапевтичних засобів лікування даної патології.

Метою нашого дослідження було вивчення стану показників печінкового кровоплину у хворих на ХАГ у динаміці ендотеліопротекторної терапії (глутоксим).

Усього було обстежено 90 хворих на ХАГ, що були розподілені на дві дослідні групи (по 45 осіб кожна) залежно від типу отримуваного лікування: 1-а група на фоні базисного лікування отримувала глутоксим у дозі 30 мг/добу доведенокравельно упродовж 10-ти днів; 2-га група, контрольна, отримувала тільки базисне лікування. Проводилось визначення доплерографічних показників печінкового кровоплину із використанням ультразвукової та доплерографічної діагностичної системи “EnVisor HD” (Philips, USA) із конвексним датчиком 3,5 МГц до та після лікування.

Аналіз отриманих даних показав, що через 1 міс. після лікування у 1-й групі спостерігалась тенденція до зниження d BB, зростання Vmax BB, але різниця цих показників не досягала рівня статистичної значимості (p>0,05). У 2-й групі через 7 днів лікування спостерігалось достовірне зниження KI (із 0,18±0,1 до 0,10±0,2) (p<0,05). Також відмічалась тенденція до зменшення d BB (із 14,6±2,3 до 14,1±1,2) та d CB (11,8±2,7 до 11,5±1,6), зростання Vmax BB (із 11,9±1,8 см/с до 12,5±2,1 см/с), але різниця цих показників не досягала рівня статистичної значимості (p>0,05). Через 1 міс. після лікування у пацієнтів 2-ї групи достовірно знижувались KI, зростала Vmax BB (до 15,2±1,8 см/с) у порівнянні із показниками до лікування; а KI (0,07±0,03), d BB та d CB наближались до верхньої межі норми.

У пацієнтів контрольної групи через 7 днів після лікування показники печінкової гемодинаміки змінювались не значно, хоча і спостерігалась загальна тенденція до їх покращення. Через 1 міс після лікування у цій групі зареєстровано достовірне зростання лише Vmax BB та зниження KI, хоча нормалізація цих показників була нижчою у порівнянні із основною групою (p<0,05).

Узагальнення даних аналізу показників печінкового кровоплину у обстежених груп хворих у динаміці лікування виявило позитивні зміни, що сягали свого максимуму наприкінці 1-го місяці лікування та утримували досягнені значення навіть по проходженню 6 міс. від часу лікування, що свідчить про виражену терапевтичну ефективність запропонованої нами схеми лікування із включенням глутоксиму.

Значне покращення доплерографічних показників печінкового кровотоку, зареєстроване у пацієнтів після застосування глутоксиму відкриває нові перспективи своєчасної, патогенетично обґрунтованої медикаментозної терапії ХАГ.

Ступницька Г.Я.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ДІЄТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ФІЗИЧНИХ ВПРАВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПОЄДНАНЕ ІЗ АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Останнім часом особлива увага приділяється хронічному обструктивному захворюванню легень (ХОЗЛ) у поєднанні з метаболічним синдромом (МС), одним із компонентів якого є абдомінальне ожиріння. Частота такого поєднання становить від 21% до 53%. Ожиріння ускладнює ведення хворих на



ХОЗЛ: зменшується резервний об'єм видиху та функціональна залишкова ємність легень; підвищується споживання інгаляційних препаратів; підсилюється задишка; збільшується слабкість; знижується якість життя хворих; зменшується сила допустимого фізичного навантаження. Встановлена наявність явища «парадоксу ожиріння» (“obesity paradox”), що проявляється зниженням відносного ризику смертності при надмірній масі тіла у хворих із вираженою обструкцією GOLD III, IV за відомого підвищення кардіоваскулярного ризику та смертності у хворих із МС, цукровим діабетом II типу, ожирінням.

Сучасні міжнародні рекомендації щодо легеневої реабілітації хворих із ХОЗЛ включають аеробні фізичні вправи для покращення толерантності до фізичного навантаження та якості життя пацієнтів. Деякі дослідження щодо ефективності коротко- та довгострокових реабілітаційних програм продемонстрували вірогідну ефективність покращення якості життя пацієнтів, задишку, фізичну толерантність, силу м'язів та складу тіла. Нещодавно було підтверджено, що поєднання харчового раціону із фізичними вправами є більш ефективним у збільшенні м'язової маси, м'язової сили та якості життя пацієнтів.

Мета роботи - вивчити ефективність використання короткострокового курсу дієтичної підтримки із фізичними вправами у хворих на ХОЗЛ із ожирінням.

Обстежено 35 пацієнтів на ХОЗЛ II та III стадію захворювання із супутнім абдомінальним ожирінням, з яких 15 (основна група) отримували 12-тижневий курс дієтичної підтримки (збільшення споживання білка, виключення із раціону насичених жирів, збільшення омега-3 поліненасичених жирних кислот) та фізичні навантаження (дихальна гімнастика, хода, біг, плавання в залежності від вираженості задишки). Структуру тіла (маса тіла, індекс маси тіла (ІМТ), відсоток жирової маси, м'язова маса, рівень вісцерального жиру, кісткова маса, відсоток рідини в організмі) вивчали за допомогою портативного апарату для біоімпедансного аналізу BC-601 (TANITA, Японія). Параметри функції зовнішнього дихання (ФЗД) визначали за допомогою комп'ютерного спірографа “BTL-08 Spiro Pro” (Великобританія). Тип ожиріння визначали за співвідношенням окружності талії (ОТ) до окружності стегон (ОС) та рівнем вісцерального жиру (біоімпедансометрія). За наявності абдомінального ожиріння ОТ/ОС перевищував 1,0 (у чоловіків) та 0,8 (у жінок), а рівень вісцерального жиру був більшим за 12. Тест із 6-хвилинною ходою проводився згідно із стандартним протоколом (P. Ennght, D.L. Sherill, 1998).

При використанні 12-тижневого курсу дієтичної підтримки та фізичних вправ у хворих на ХОЗЛ поєднане із ожирінням відмічалось зниження ваги тіла на $11 \pm 0,05$ кг, ІМТ на $2,4 \pm 0,1$. М'язова маса після курсу лікування складала $54,8 \pm 0,3$ і вірогідно була вищою на 10,8% ніж у контрольній групі ($p < 0,05$). Відсоток жирової маси в основній групі знизився на 3,74%. У хворих контрольної групи навпаки відмічалась тенденція до зростання відсотку жирової маси. Рівень вісцерального жиру за даними біоімпедансного аналізу у хворих на ХОЗЛ поєднане із абдомінальним ожирінням при використанні дієтичної підтримки та фізичного навантаження вірогідно знижувався на 2,62 ($p < 0,05$). Із показників ФЗД у хворих основної групи вірогідних змін зазнавала форсована життєва ємність легень, яка складала після лікування $65,8 \pm 0,12$. За тестом із 6-хвилинною ходою відстань пройдена хворими, які отримували дієтичну підтримку із фізичними навантаженнями зросла на 25% і складала $265,8 \pm 0,23$ м.

Включення у комплексне лікування хворих на ХОЗЛ із ожирінням нутритивної підтримки та фізичних навантажень призводить до збільшення м'язової маси, зниження ваги тіла, ІМТ, рівня жирової маси, вісцерального жиру, покращання показників ФЗД та толерантності до фізичного навантаження.

Танас О.В., Хухліна О.С., Раца В.В.*

ОСОБЛИВОСТІ КОЛИВАННЯ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СИСТОЛІЧНОГО АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПРИ КОМОРБІДНІЙ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ З ДЕФОРМУЮЧИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

*Кафедра внутрішньої медицини**

Буковинський державний медичний університет

Артеріальна гіпертензія є найбільш поширеним захворюванням в світі і за даними епідеміологічних досліджень досягає 26%. В Україні на артеріальну гіпертензію страждають майже 13 млн. людей. В останні роки все більше уваги приділяється поєднанню ревматичних захворювань і серцево-судинної патології. За даними різних досліджень частота поєднання артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих деформуючим остеоартрозом (ДО) становить 50-80%.

Метою нашого дослідження було вивчення варіабельності систолічного артеріального тиску у пацієнтів з ізольованою артеріальною гіпертензією (АГ) та у хворих АГ коморбідною з деформуючим остеоартрозом (ДО).

Було обстежено 30 хворих, серед яких 15 пацієнтів (1-ша група) ДО та АГ, 15 хворих на АГ (2-га група) без ДО. Рівень артеріального тиску вивчали шляхом проведення добового моніторингу артеріального тиску апаратом SDM 23 «ІКС-ТЕХНО» (Україна). Оцінювали середні добові показники артеріального тиску (АТ) в обох групах та варіабельність денного систолічного АТ (САТ).

Природна варіабельність АТ змінюється впродовж доби і залежить від зовнішніх і внутрішніх факторів, у тому числі фізичного навантаження, стресових механізмів. Як відомо, межевою величиною для варіабельності денного САТ є 15 мм. рт. ст. Встановлено, що у хворих (2-ої групи) на ізольовану АГ без ОА вона коливається в цих межах, то у пацієнтів з ОА перевищувала допустимий рівень. Збільшення варіабельності АТ призводить до розвитку серцево-судинних ускладнень і підвищення смертності хворих.



Так, у досліджуваних групах спостерігали варіабельність денного САТ: у хворих з ОА вона була достовірно вищою ($p < 0,05$). Слід також відзначити залежність варіабельності САТ у цих пацієнтів від вираженості больового синдрому. У хворих із ОА, у яких сума всіх балів суглобового синдрому (больового, запального й обмеження рухів у суглобі) була більше 7 балів, середня варіабельність денного САТ становила $17,6 \pm 0,8$ мм рт. ст. і достовірно ($p < 0,01$) перевищувала середню варіабельність денного САТ ($12,1 \pm 0,5$ мм рт. ст.) у хворих із індексом суглобового синдрому менше 4. Під час визначення ступеня кореляційної залежності між величиною варіабельності денного САТ і сумарним індексом вираженості больового синдрому ОА виявлена наявність між ними вірогідного кореляційного зв'язку помірної сили ($r = 0,514$; $p < 0,05$).

Результати вивчення варіабельності САТ свідчать, що хронічний біль, який виникає при суглобовому синдромі при ОА можна розглядати як стресорний механізм впливу на організм людини, який призводить до підвищення варіабельності денного САТ та значно погіршує перебіг АГ.

Ташук В.К., Іванчук П.Р.

ВПРОВАДЖЕННЯ ЦИФРОВОЇ ОБРОБКИ РЕЗУЛЬТАТІВ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ В КАРДІОЛОГІЇ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини

Буковинський державний медичний університет

Методи цифрової обробки результатів функціональних досліджень в кардіології визначально є оптимізуючими діагностику серцевої патології, оскільки суттєво покращують кількісний аналіз показників, що репрезентують кардіальну патологію «коронарного» пацієнта.

З цією метою кафедрою розроблено математичний програмний комплекс аналогічний пропонуємою фірмою “Kontron” апаратному і програмному забезпеченню. Власна програма складається з визначення варіабельності серцевого ритму (BCP), дисперсії інтервалу QT, оцінки косовисхідної і косонисхідної депресії сегмента ST, побудови першої похідної електрокардіограми (ЕКГ), визначення регіонарної скоротливості лівого шлуночка при ехокардіографії (ЕхоКГ) тощо. А отже предметом дослідження є математична модель методів збору, обробки та інтерпретації медичної інформації, яка забезпечує рішення задач діагностики й прогнозування патологічних станів пацієнта з гострим коронарним синдромом з реалізацією вперше створеного математичного апарату аналізу сучасних інструментальних засобів, які складають базу розробки біомедичних автоматизованих систем збору, обробки та перетворення інформації для вирішення задач діагностики захворювань.

При розробці динамічної системи моніторингу використано аналіз коротких ділянок ЕКГ, що реєструвались в спокої та при навантаженнях, та ехокардіограм, які представлені у вигляді оцифрованої інформації з подальшою математичною обробкою. За аналізу BCP визначали показники SDNN (мс), RMSSD (мс), pNN50 (%), CV (у.о.), Mo (с), AMo (%), MxDMn (с), CC1 (у.о.), CC0 (у.о.), IBP (у.о.), VPP (у.о.), IH (у.о.) або стрес-індекс (SI), ПАПР (у.о.), з оцінкою показників дисперсії інтервалу QT – QTmax, QTмін, QTсер, QTс, DQT (мс), QTSD і QTсSD (мс). Проведення диференціації ЕКГ спряжено з оцінкою показника ВМШ (у.о.). Для оцінки змін інтервалу ST крім загальноприйнятої відстані за 1 с по висоті підйому також аналізували кут β. Регіональну скоротливість лівого шлуночка за ЕхоКГ визначали в 5, 16, 48 сегментах.

Отже репрезентованим є новий підхід в діагностиці кардіальної патології, що переводить якісні методи оцінки функціональних показників в кількісні, система математичного обґрунтування такого підходу є розробленою вперше, науково актуальною та практично значущою, легкою для впровадження і цікавою в науковому і практичному планах.

Телекі Я. М.

ПОРУШЕННЯ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ЯК ПРОЯВ ХРОНІЧНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ РЕАКЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБТСРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

З метою вивчення впливу дисбалансу в імунній відповіді та ендотеліальної дисфункції (як проявів хронічної генералізованої запальної реакції) на вуглеводний обмін досліджували його стан.

Обстежено 56 хворих (чоловіків – 36, жінок - 20) на ХОЗЛ (I група) і 60 хворих (чоловіків – 31, жінок - 29) на ХОЗЛ із супутнім ХП (II група), а також 19 (чоловіків – 7, жінок - 12) практично здорових осіб (контрольна група). Ступінь компенсації вуглеводного обміну встановлювали за рівнем глікемії натше глюкозооксидазним методом; вмістом у крові інсуліну та С-пептиду (DRG System) методом імуноферментного аналізу (ІФА), вмістом в крові глікозильованого гемоглобіну (HbA_{1c}) за методом В.А. Королева (2000). Ступінь ІР встановлювали за ІМТ, НОМА-ІР. Встановлено, що у хворих нормальний рівень глюкози супроводжувався змінами в периферичній крові рівня С-пептиду та імунореактивного інсуліну ($p < 0,05$), що можна трактувати по-різному.

Аналіз отриманих даних показав, що у хворих I та II групи спостерігалось вірогідне зростання ІРІ в 2,5 рази ($p < 0,05$) та в 2,3 рази ($p < 0,05$) відповідно. Згідно з отриманими даними синтез С-пептиду