

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

101 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

10, 12, 17 лютого 2020 року

Чернівці – 2020

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2020. – 488 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Іващук О.І.,
доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професор Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-843-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2020



ознаками ХОЗЛ і БА слід очікувати значного збільшення соціально-економічного тягара, обумовленого обмеженням життєдіяльності і працездатності внаслідок накладення симптомів двох захворювань і їх взаємне обтяження. Причому, якщо ХОЗЛ є проблемою другої половини життя (хворіють люди старше 35 років), то БА, як правило, маніфестує в дитячому віці і зберігається протягом усього життя. За даними дослідників криві ризику розвитку БА і ХОЗЛ протягом життя перетинаються після 60- річного віку, але вже після 40 років у хворих на бронхіальну астму в 12,5 разів підвищується ризик приєднання симптомів ХОЗЛ з розвитком клінічної картини, характерної для АХП.

Хоча не існує загальноприйнятого визначення для СПАХ, від початку визначено, як симптом підвищеної мінливості повітряного потоку в поєднанні з неповністю зворотною обструкцією дихальних шляхів ХОЗЛ. Основними критеріями діагностики вважають: виражений позитивний бронходилатаційний тест (збільшення ОФВ₁ > 15% і > 400 мл); еозинофілія мокроти та підвищення FeNO > 50 ppb; попередні симптоми астми (починаючи з 40 років). Додаткові: підвищення загального IgE; атопія наявна або в анамнезі; позитивний бронходилатаційний тест, як мінімум при двох різних дослідженнях (збільшення ОФВ₁ > 12% і > 200 мл); ПШВ типова для астми. Для встановлення діагнозу у пацієнтів повинно бути два великих критерія, або один великий та два додаткових.

Метою лікування СПАХ повинно бути попередження або зменшення симптомів і порушень та зниження ризиків, у тому числі загострень, зменшення порушення функції легень і побічних ефектів від медикаментозного лікування. Таким чином, при СПАХ стартовою терапією можна вважати комбінацію ІГКС і пролонгованого бронхолітика.

Квасницька О.Б.

ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСНИХ БІОРЕГУЛЯЦІЙНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ СИНДРОМІ ЦИТОЛІЗУ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Синдром цитолізу найбільш частий синдром, який зустрічається у пацієнтів із захворюваннями печінки і є однією з частих причин звернення пацієнта до гастроентеролога. Проведення диференційної діагностики доцільно поєднувати з проведенням патогенетичної терапії, яка спрямована на зниження активності запального процесу в печінці та регрес симптоматики.

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність препарату Гепар композитум, як засоба патогенетичної терапії при хронічних гепатитах різної етіології. Гепар композитум відноситься до сучасних комплексних біорегуляційних препаратів. Вибір препарату обумовлений певними перевагами біорегуляційних препаратів над стандартними алопатичними засобами: вони не викликають алергічних реакцій та побічних дій, які характерні для звичайних медикаментів, здійснюють достатньо швидкий клінічний ефект, практично не мають протипоказань, особливо ефективні при хронічних захворюваннях. Механізми дії комплексних біорегуляційних препаратів (регуляція, ініціація, детоксикація) вигідно відрізняються від дії традиційних алопатичних засобів, а цілісний підхід при лікуванні пацієнтів реалізується на практиці за принципом «лікувати не хворобу, а хворого».

Було обстежено 32 хворих, які вперше звернулись до гастроентеролога із синдромом цитолізу (збільшення рівня АлАТ в 1,5-2,5 рази) нез'ясованої етіології. Вік пацієнтів від 31 до 46 років з тривалістю захворювання 1-2 роки. Всім пацієнтам було виконано загальноклінічні, біохімічні, вірусологічні обстеження, а також діагностика паразитарних, аутоімунних, холестатичних захворювань, медикаментозних уражень печінки (МУП), алкогольної та неалкогольної жирової хвороби печінки (АХП та НАЖХП). У 18 пацієнтів за даними УЗД був виявлений стеатоз печінки. Фібросканування печінки з визначенням стадії фіброзу (F) в кПа та стеатозу печінки проведено на апараті FibroScan. 3 пацієнтам. Тест



Фібро Макс виконаний у 14 пацієнтів. Гепар композитум призначали внутрішньом'язево по 2,2 мл 2 рази на тиждень протягом 5-7 тижнів.

При обстеженні пацієнтів було діагностовано наступні нозологічні форми: хронічний вірусний гепатит С-ХГС (9 пацієнтів), хронічний вірусний гепатит В -ХГВ (3 пацієнтів), НАЖХП (13 пацієнтів), АХП (2 пацієнта), МУП (5 пацієнтів). Показники активності АлАТ та АсАТ до лікування склали $91,2 \pm 6,7$ МО/л та $78,5 \pm 8,2$ МО/л; після лікування $41,8 \pm 8,2$ МО/л та $38,4 \pm 7,1$ МО/л ($p < 0,05$). При обстеженні пацієнта на апараті FibroScan з програмним забезпеченням CAP стеатоз печінки виявлено у 2 пацієнтів. За результатами дослідження Steato-Test (компонент тесту Фібро Макс) у 3 пацієнтів був діагностований мінімальний стеатоз (S₁), помірний (S₂) – у 8, виражений (S₃) – у 3 пацієнтів. У процесі лікування спостерігалось зниження ступеня стеатозу: у 11 пацієнтів було досягнуто рівня So-S₁. У процесі лікування були відсутні будь які побічні ефекти, у всіх пацієнтів зменшились прояви астеновегетативного та диспептичного синдромів, а 24 пацієнта відмітили повне зникнення симптомів.

Таким чином, Гепар композитум може застосовуватись як ефективний препарат першої лінії терапії при захворюваннях печінки різної етіології з метою зниження активності запального процесу в печінці, патогенетичного лікування цитолітичного синдрому та порушень жирового обміну.

Кушнір Л. Д.

**ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ХВОРИХ НА HELICOBACTER PYLORI-
АСОЦІЙОВАНУ ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ
КИШКИ, ЯКА ПЕРЕБІГАЄ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

За даними ВООЗ виразкова хвороба шлунка (ВХШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК), а також хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) - одні з найбільш розповсюджених хронічних захворювань травного каналу та органів дихання (WHO, 2003). За даними світової статистики від 5 до 7,5% населення страждає від поєднання цих патологій. Численні дослідження доводять одну з ключових ролей ендотеліальної дисфункції (ЕД) у виникненні та прогресуванні ВХШ і ДПК та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Метою нашого дослідження стало визначення ендотеліальної дисфункції за показниками васкулоендотеліального фактора росту (VEGF) та монооксиду нітрогену (NO).

Обстежено 34 хворих на Helicobacter pylori (HP)-асоційовану ВХШ та ДПК, яка перебігає на тлі ХОЗЛ (1-а група), 32 хворих на HP-асоційовану ВХШ та ДПК без супровідної патології (2-а група) та 12 практично здорових осіб (3-тя група).

Встановлено, що у хворих на HP-асоційовану ВХШ та ДПК яка перебігає на тлі ХОЗЛ, спостерігається більш виражена ендотеліальна дисфункція, ніж у хворих на ВХШ та ДПК без супровідної патології. У обстежених 1-ої групи виявляється істотне зростання рівня VEGF та зниження синтезу NO, на відміну від пацієнтів 2-ої групи, у яких під час рецидиву спостерігається зниження активності як VEGF, так і NO.

Таким чином, у хворих на HP-асоційовану ВХШ та ДПК під впливом гіпоксії, спричиненої ХОЗЛ відбувається активація процесів ангиогенезу з утворенням функціонально мало- або неактивних ендотеліоцитів. Істотне зниження виділення ендотеліоцитами NO сприяє недостатній вазодилатації та ішемії ураженої ділянки, що поглиблює мікроциркуляторні розлади з розвитком виразкового дефекту. Перспективою подальших досліджень є застосування лікарських засобів, які будуть ефективно корегувати ендотеліальну дисфункцію.