

**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



Було проведено обстеження 94 пацієнтів у розподілі діагнозів стабільна стенокардія II функціональний клас (СтСт) – 61, та Q-інфаркт міокарда (Q-ІМ) – 33. Всім пацієнтам було проведено цифровий аналіз електрокардіограми за допомогою програмно-діагностичного комплексу «Смарт-ЕКГ» з визначенням показників варіабельності серцевого ритму, дисперсії інтервалу QT, оцінкою змін нахилу сегмента ST та оцінкою фази реполяризації за аналізу диференційованого зубця T. Отримані результати було порівняно з аналогічними параметрами при застосуванні препаратів бісопролол та аміодарон.

Аналізуючи отримані результати у групі пацієнтів зі СтСт, було встановлено, що має місце позитивний вплив на показник SDNN Тівортіну ($\Delta\%$ +11,56%), котрий подібний до впливу бісопрололу ($\Delta\%$ 13,48%), та Тіворелю ($\Delta\%$ +5,64%), котрий подібний до впливу кордарону ($\Delta\%$ 5,44%). Враховуючи, що зменшення SDNN <50 мс є критерієм підвищеного ризику розвитку несприятливих серцевих подій, отримані результати є надзвичайно важливими. При подальшому аналізі отриманих результатів було встановлено що Тівортін/Тіворель активують парасимпатичний контур при СтСт. Тівортін прискорює косовисхідну депресію сегмента ST при СтСт, що знижує ризик дестабілізації ІХС. Позитивне зростання показника відношення максимальних швидкостей (ВМШ) диференційованого зубця T за Тівортіну і Тіворелю при СтСт, що так само знижує ризик дестабілізації ІХС.

Щодо впливу прийому даних препаратів у пацієнтів з групи Q-ІМ, то було показано, що Тівортін знижує дисперсію інтервалу QT тим самим зменшуючи ризик виникнення життєвонебезпечних порушень ритму. Також було відмічено, що Тівортін у групі Q-ІМ зменшує величину депресії сегмента ST, знижуючи при цьому рівень ішемії. Антиішемічне спрямування ВМШ було більш виражене у Тівортіну.

Таким чином застосування з метою кардіопротекції фізіологічних субстратів для синтезу NO може сприяти зменшенню летальних аритмій, та знижувати ризик дестабілізації протікання ІХС.

Трефаненко І.В.

ПРОВЕДЕННЯ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З ПОЛІОРГАННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Проблема поліорганної патології, не зважаючи на розвиток лабораторних та інструментальних методів діагностики та впровадження в практику нових методик лікування, постійно привертає увагу дослідників. Найбільш розповсюдженими захворюваннями залишаються ішемічна хвороба серця (ІХС) та хронічний некаменевий холецистит (ХНХ). Проведені раніше дослідження дозволяють вважати, що підсилення вільнорадикального окислення ліпопротеїдів (ВРОЛ) є ведучим фактором в патогенезі ІХС та ХНХ.

Мета дослідження: вивчити стан оксидантної та антиоксидантної систем у хворих з поєднаним перебігом ІХС та ХНХ та його корекція блокаторами 5-ліпоксигенази (кверцетином).

Обстежено 47 хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні та були розподілені на дві групи: першу групу склали 27 (54%) пацієнтів, які страждали на ІХС, стенокардія напруги II-III ФК післяінфарктний кардіосклероз та ХНХ в стадії ремісії. Друга група – 20 (46%) пацієнтів на ІХС, стенокардія напруги II-III ФК, післяінфарктний кардіосклероз. Обидві групи за статтю та віком були однакові. Пацієнти I групи на фоні базисної терапії (нітросорбід, каптопрес, аспірин, корвітол) отримували кверцетин по 1 г 3 рази на добу – 14 діб.

Виявлено у хворих на ІХС та ХНХ достовірне збільшення в крові рівня малонового альдегіду (МА) на 7,1% ($p < 0,05$). Показник в крові відновленого глутатіону (Гл- SH) хворих



був достовірно знижений у хворих 1 групи на 23,4% ($p < 0,05$). У хворих 1-ї групи в крові активність (глутатіонтрансферази) ГТ була збільшена ($p < 0,05$), при зниженій активності глутатіон-6-фосфатдегідрогенази (Г-6-ФГ) ($p < 0,05$).

Після лікування у хворих 1-ї групи було відмічено зменшення в крові МА до $5,52 \pm 0,20$ мкмоль/л ($p < 0,05$) та збільшення Гл-SH до $0,78 \pm 0,02$ мкмоль/л ($p < 0,05$), зниження активності ГТ до $125,5 \pm 5,3$ нмоль Гл-SH за 1 хв на 1 г Нв ($p < 0,02$), та збільшенням глутатіонредуктази до $2,51 \pm 0$, мкмоль НАДФН2 за 1 хв на 1 г Нв ($p < 0,05$), Г-6-ФГ до $2,46 \pm 0,09$ мкмоль НАДФН2 за 1 хв на 1 г Нв ($p < 0,02$), глутатіонпероксидази після лікування виріс до $199,6 \pm 9,55$ Гл-SH за 1 хв на 1 г Нв ($p < 0,05$).

Включення в комплексну терапію хворих на ІХС та ХНХ кверцетину забезпечує кращий лікувальний ефект та може використовуватись, як засіб вторинної профілактики.

Ферфецька К.В.

РОЛЬ АДИПОКІНІВ У РОЗВИТКУ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ, ПОЄДНАНИЙ ЗОЖИРІННЯМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2

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

Ожиріння розглядається сьогодні як самостійний етіологічний чинник розвитку та формування хронічного панкреатиту (ХП), раку підшлункової залози і є хронічним системним запальним процесом, тісно пов'язаним з інсулінорезистентністю, як з однією з ланок патогенезу цукрового діабету (ЦД) типу 2. Цей феномен реалізується внаслідок дисбалансу секреції адипокінів, підвищення продукції прозапальних цитокінів та метаболічних порушень. У хворих з ожирінням спостерігаються тяжчі форми ХП з вираженим дисбалансом імунної системи та ушкодженням паренхіми підшлункової залози (ПЗ) внаслідок хронічного запалення, у тому числі за участі адипокінів.

Метою нашої роботи було встановити роль адипокінів у розвитку метаболічних порушень у хворих на хронічний панкреатит, поєднаний з ожирінням та цукровим діабетом типу 2.

У дослідження включені 57 хворих на ХП, розподілені на 3 групи, репрезентативних за чисельністю, віком та статтю.

I-а група – 15 пацієнтів на ХП без супутньої патології,

II-а група – 20 пацієнтів на ХП, поєднаний з ЦД типу 2,

III-а група - 22 пацієнта на ХП, поєднаний з ожирінням та ЦД типу 2.

У дослідження увійшли також 20 практично здорових осіб (контрольна група), вік та стать яких суттєво не відрізнялися від цих характеристик хворих на ХП.

За допомогою наборів для імуноферментного аналізу в сироватці крові визначали рівні лептину, адипонектину та резистину в крові з використанням таких наборів реагентів: Leptin Elisa (Diagnostics Biochem Inc., Канада), AssayMax Human Adiponectin Elisa Kit (США), Resistin ELISA (Mediagnost, Німеччина).

У результаті аналізу досліджуваних показників було встановлено достовірне збільшення показників лептину у близько 4 рази ($p < 0,05$) у хворих I-ї групи порівняно з такими у ПЗО. У II-й групі хворих показники лептину значно збільшилися порівняно з I-ю групою у 1,6 рази ($p < 0,05$). У III-й групі показники лептину були вірогідно найвищими у 3,3 рази, ($p < 0,05$).

Щодо показників резистину, то його рівень виявився максимальним у III-й групі хворих, що у 2,36 рази ($p < 0,05$) більше, ніж у I-й групі.

У проведеному нами дослідженні було встановлено значне зниження показників адипонектину у хворих на хронічний панкреатит. Зниження адипонектину було значнішим у пацієнтів із поєднаним перебігом ХП з ожирінням та ЦД типу 2 – у 2,03 рази ($p < 0,05$) порівняно з I-ю та 1,34 рази ($p < 0,05$) II-ю групою.