

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



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук 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.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



poly-morbidity of this disease. Persons, who continued to suffer from COPD, die from serious complications from the vital systems of the body, most often it occurs from the side of the cardiovascular system. The state of microcirculatory processes in bronchoobstructive diseases is important in the processes of tissues organism oxygenation. The transport of oxygen is carried out by red blood cells, while moving through microvessels. The ability of erythrocytes to move along the capillaries provides the membranes fluidity of the red blood cells.

The objective of the research was to determine the size and sorption capacity of erythrocyte membranes in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) combined with ischemic heart disease (IHD).

87 patients with acute COPD exacerbation of clinical group B (GOLD II) associated with IHD made up the main group, as well as 32 patients with COPD without signs of IHD (the 1st group of comparison) and 29 patients with IHD, stable angina of the II functional class (the 2nd group of comparison) were the subjects of the research. 25 healthy donors of the same age and gender range were screened for the development of the reference standards. Diagnosis of COPD, IHD, pulmonary (LF) and heart failure (HF) were established in accordance with the current normative documents. In all examined patients, the mean corpuscular volume of erythrocytes (MCV) (using the Sysmex (Japan) K-1000 analyzer) and sorption capability of their membranes (SCME) (using the methodology of Togaybaev A.A. and co-authorship (1988)) were determined.

The estimation of MCV showed that in all subjects the sizes of erythrocytes did not differ significantly from the reference values; however, in persons of the main group with the II degree of LF, they were significantly lowered by 9.5% ($p < 0.05$) comparing with the similar index of patients with the I degree of LF. The SCME of the patients from the main group was the highest - in 1.3 times ($p < 0.01$) exceeded the reference norm and in 1.13 times ($p < 0.05$) - a similar indicator of persons of the comparison group of with non-significant changes of SCME in patients from the 2nd group of comparison. Analyses of SCME changes in patients from the main group, depending on the LF degree revealed the highest level of that parameter in patients with the II degree of LF. Increasing of SCME becomes an indicator of rigidity of red blood cell membranes, which limits their mobility in microvessels.

Thus, in patients with COPD, combined with IHD, along with absence of significant changes in the sizes of erythrocytes, the increase of the sorption capacity of their membranes was observed, which depresses cell's ability to deform while moving through capillaries. However, an increased size of erythrocytes and significant rise of SCME were revealed depending of the increasing degree of LF. The indicated changes of the MCV and SCME contribute to decrease of cells' membranes fluidity and suppression of their microcirculation rate, reduction of gas exchange rate and acceleration of hypoxia development, and moreover the development of COPD and IHD complications in cases of their co-morbidity.

Шкарутяк А.Є.

**СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ УРАЖЕНЬ НИРОК
ПРИ НАЯВНОСТІ СИНДРОМУ МАЛЬАБСОРБЦІЇ**

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Серед захворювань шлунково-кишкового тракту значуще місце займає кишкова патологія. Найчастіше зустрічаються порушення перетравлення окремих продуктів і функціональні захворювання, хоча в останні роки все частіше діагностуються найбільш важкі запальні захворювання кишечника (ЗЗК). На першому місці за поширеністю стоїть лактазная дефіцит, досягаючи в нашій популяції 15-20%. Захворюваність ЗЗК в середньому по Європі сягає 16 на 100 тисяч, причому за останні півстоліття вона зросла більш ніж в два рази. На сьогодні добре відомі місцеві кишкові прояви цих захворювань, однак палітра ушкоджень далеко не обмежується кишечником.



Одним з органів-мішеней при такій патології є нирки. Останнім часом вивчається взаємозв'язок ЗЗК з хронічною хворобою нирок. Однак особлива увага приділяється найчастішому нирковому ускладненню – оксалатній та уратній нефропатіям.

Мета роботи: проведення літературного аналізу патогенетичної ролі патології кишечника в розвитку уражень нирок.

В результаті та літературного аналізу було виявлено, що всмоктування оксалатів залежить від їх вмісту в їжі, всмоктуючої здатності слизової оболонки тонкої (і в меншій мірі товстої) кишки, швидкості кишкового транзиту, вмісту в просвіті кишечника деяких іонів і бактерій. Так, було показано, що у хворих з синдромом мальабсорбції, пов'язаної з тонкокишковою резекцією, є чітка кореляція між ступенем стеатореї, вираженістю оксалатуриї, зниженням змісту цитратів в сечі. Відзначається, що через 6 і 12 місяців після шлунково-тонкокишкового шунтування достовірно збільшується рівень стеатореї, ступінь всмоктування оксалатів і гіпероксалатуриї. Проте навіть при низькому дієтичному вмісті іонів кальцію не у всіх людей формуються оксалатна нефропатія. Велика увага сьогодні присвячена вивченню ролі різних захворювань кишечника в розвитку оксалатної нефропатії. У пацієнтів із запальними захворюваннями кишечника, целиакією, резекцією тонкої кишки, зовнішньо секреторною недостатністю підшлункової залози відзначається гіпероксалатуриї і підвищується ризик утворення оксалатних каменів. Ще однією причиною підвищення ризику каменеутворення при патології кишечника може бути зміна споживання кальцію. Патологія шлунково-кишкового тракту є одним з факторів, що сприяють утворенню не тільки оксалатної, але і уратної нефропатії. Так, будь-яка кишкова втрата бікарбонатів або інших лужних сполук сприяє розвитку ацидозу і, відповідно, ацидіфікації сечі. Ще одним механізмом, що сприяє розвитку ацидозу і утворення уратних каменів, може бути збільшення кишкової продукції водневих іонів внаслідок зміни кишкової мікрофлори. Одним з факторів ризику утворення уратних каменів є метаболічний синдром. В даний час недостатньо вивчено вплив антибіотиків та інших факторів, що змінюють біоценоз кишечника на розвиток оксалатної нефропатії.

Таким чином, при будь-яких захворюваннях кишечника, особливо що супроводжуються діареєю, може формуватися нефропатія. Механізми її розвитку при різній патології можуть відрізнятися, однак найчастіше це відбувається через зміни кишкового всмоктування і зв'язування основних субстратів порушення мінерального обміну: кальцію, оксалатів і уратів. Не менше значення має кишечник в регуляції кислотно-основного та водно-електролітного балансів організму, також тісно пов'язаних з процесами виникнення оксалатної та уратної нефропатії. В останні роки велика увага приділяється вивченню ролі зміни кишкової мікрофлори в генезі нефропатій. Проте залишається багато невирішених питань щодо механізмів розвитку вищевказаних нефропатій у пацієнтів з кишковою патологією, а також методи їх попередження.

Шумко Г.І.
МОЖЛИВІ ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ
ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ
У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

У виникненні та прогресуванні бронхіальної астми (БА), а також у підтриманні запалення та формуванні гіперреактивності бронхів досить важливу роль відіграють різноманітні клітини-ефектори та цитокіни. Патохімічні та патофізіологічні зміни, що відбуваються у хворих на БА, призводять до активації системи цитокінів, групи водорозчинних поліпептидних медіаторів, що сприяють різним клітинним відповідям і беруть участь в імунних і запальних процесах. Цитокін-опосередкована гіперпродукція Ig E відіграє важливу роль у патогенезі імунної стадії atopічного запалення.