

**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



ішемічної хвороби серця (ІХС) у хворих на РА.

Обстежено 84 хворих на РА та 20 «практично здорових осіб». Для вивчення особливостей клінічного перебігу було обстежено 68 хворих на РА з ІХС та 26 хворих на РА без ураження серця. Середній вік хворих склав $43,4 \pm 3,4$ роки. Чоловіки склали 35%, жінки 65% від загальної кількості обстежених.

У 67 (79,8%) хворих виявлено стійкий поліартрит із симетричним ураженням пянофалангових, проксимальних міжфалангових та плюсофалангових суглобів, у 8 (9,5%) – олігоартрит. У хворих на РА з ІХС II ступінь активності встановлена – у 36 (52,9%), III ступінь – у 31 (45,6%); без ураження серця – відповідно у 17 (65,4%) та 9 (34,6%) обстежених. За рентгенологічними ознаками: I стадія виявлена у 19 (22,6%) хворих, II – у 38 (45,2%), III – у 27 (32,1%) відповідно.

Загальна тривалість захворювання в середньому склала $7,68 \pm 1,53$ роки. Досить різноманітними виявилися скарги хворих на ураження серця. Кардіалгії мали 43 (63,2%) пацієнта, серцебиття – 18 (26,5%), задишку після фізичного навантаження – 44 (64,7%). При об'єктивному обстеженні приглушеність серцевих тонів визначалась у 61 (89,7%) хворих, систолічний шум – у 39 (57,3%).

Чоловіча і жіноча групи суттєво не відрізнялися між собою за віком, тривалістю та активністю патологічного процесу. У хворих на РА з ураженням серця відсоток системних проявів був значно вищим.

За даними ЕКГ гіпертрофію лівого шлуночка у хворих на РА з ІХС встановлено у 39 (57,4%) випадках, лівого передсердя – у 7 (10,3%), порушення серцевого ритму за типом екстрасистоїї – у 50 (73,5%), миготливої аритмії – у 7 (10,3%), блокада лівої ніжки пучка Гіса – у 9 (13,2%), блокада правої ніжки пучка Гіса – у 12 (17,6%), атріовентрикулярна блокада I ступеню – у 5 (7,4%).

У 43 хворих (63,2%) відзначалися дифузні зміни міокарду: зниження сегмента RS-T, згладжений або негативний зубець T. Депресія сегмента S-T в I, aVL відведеннях (ознака ішемії передньої стінки) була виявлена – у 9 хворих (13,2%), на II, III, aVF відведеннях (ознака ішемії задньої стінки) – у 6 хворих (8,8%). Зміни ЕКГ даних залежала від тяжкості суглобового синдрому.

Комплексне клініко-інструментальне обстеження хворих на РА з ІХС виявило різні варіанти кардіоваскулярних порушень майже у всіх хворих РА та виявлено тісний зв'язок ураження серця з ознаками активності РА.

Яринич Ю.М.

КОМБІНОВАНИЙ ВПЛИВ ПОЛІМОРФНИХ ВАРІАНТІВ

ГЕНІВ PPAR- γ 2 (rs1801282) І ACE (rs4646994)

НА ПОЯВУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ

У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ОЖИРІННЯ

Кафедра сімейної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Метою дослідження було дослідити комбінований вплив поліморфних варіантів генів PPAR- γ 2 (rs1801282) і ACE (rs4646994) на появу неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) у хворих на есенційну артеріальну гіпертензію (ЕАГ) та ожиріння.

У дослідженні взяло участь 96 хворих на НАЖХП, ЕАГ II стадії, 1-2 ступеня, високого і дуже високого ризику із супутнім АО: чоловіків - 41,67% (40), жінок - 58,33% (56), середній вік становив $53,70 \pm 5,34$ років. Функцію печінки вивчали за активністю органоспецифічних ферментів. Дослідження поліморфізму генів PPAR- γ 2 (Pro12Ala) та ACE (I/D) виконали методом ПЛР. Групу контролю склали 50 практично здорових осіб.

Третина хворих на НАЖХП (31,25%) є носіями несприятливого поєднання гомозиготної делеції гена ACE (rs4646994) та ProPro-генотипу гена PPAR- γ 2 (rs1801282) (DD/Pro12), а кожен п'ятий (22,92%) – носій комбінації гетерозигот за двома генами



(ID/ProAla варіант), що у 2,6 і 2,9 разів частіше, ніж у групі контролю ($p=0,01$ і $p=0,025$, відповідно). У контролі домінують особи із поєднанням ID-поліморфного варіанту гена ACE та ProPro-генотипу гена PPAR- $\gamma 2$ у 1,84 разу: 44,0% проти 23,96% ($\chi^2=6,19$, $p=0,013$). Ризик НАЖХП у обстеженій популяції мешканців Північної Буковини зростає за комбінації Ala-алеля гена PPAR- $\gamma 2$ та ID-генотипу гена ACE (ID/ProAla, ID/12Ala варіанти) у 2,3 рази (OR=3,17, 95%CI OR=1,13-8,88, $p=0,023$), за рахунок НАСГ – у 4,4 рази (OR=7,0, 95%CI OR=1,81-27,07, $p=0,006$). Тоді як у власників DD/Pro12 варіанту домінуючий вплив гомозиготної делеції гена ACE, без суттєвого імпакту Pro12-генотипу гена PPAR- $\gamma 2$, підвищує ризик НАЖХП у 2,6 рази (OR=3,33, 95%CI OR=1,28-8,68, $p=0,01$), за рахунок НАСП – у 2,7 рази (OR=3,53, 95%CI OR=1,33-9,34, $p=0,008$), відповідно. Натомість поєднання I-алеля гена ACE та Pro-алеля гена PPAR- $\gamma 2$ є протективним із найнижчими шансами на появу НАЖХП (OR=0,40, 95%CI OR=0,19-0,83, $p=0,013$) та її підвидів, особливо стеатогепатиту (OR=0,08, 95%CI OR=0,01-0,69, $p=0,006$), ніж стеатозу печінки (OR=0,48, 95%CI OR=0,23-1,01, $p=0,051$).

Отже наявність DD-генотипу гена ACE у комбінації з Pro12 генотипом гена PPAR- $\gamma 2$ підвищує ризик НАЖХП у 2,6 рази (за рахунок неалкогольного стеатозу печінки). Комбінація I-алеля гена ACE та Pro-алеля гена PPAR- $\gamma 2$ є протективним із найнижчими шансами на появу НАЖХП у популяції (особливо неалкогольного стеатогепатиту).

СЕКЦІЯ 7 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Амеліна Т.М.

СТАН ПРОТЕЇНАЗО-ІНГІБІТОРНОЇ СИСТЕМИ КРОВІ У ХВОРИХ НА СТАБІЛЬНУ СТЕНОКАРДІЮ В ПОЄДНАННІ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Розлади в системі мікроциркуляції є одними з провідних чинників, які впливають на перебіг і прогресування як серцево-судинної, так і бронхообструктивної патології, що зумовлено важливим вкладом гемостазіологічних змін у здійснення транспортних функцій і реалізації транскапілярного обміну, забезпечення тканин необхідними для життєдіяльності пластичним та енергетичним матеріалом.

З метою вивчення взаємозв'язку патогенетичних зрушень при ішемічній хворобі серця (ІХС) і хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ) обстежено 113 хворих на стабільну стенокардію (СтСт) напруження I-II функціонального класу. Середній вік хворих становив $56,1 \pm 0,76$ років. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі. Для дослідження впливу коморбідної патології на перебіг СтСт хворі розподілено на дві групи: I складалася з 63 хворих на СтСт; II група – 50 пацієнтів із поєднаним перебігом СтСт і ХОЗЛ.

Оцінювали протеолітичну (за лізісом низькомолекулярних (ЛНБ) і високомолекулярних білків (ЛВБ) плазми крові) та колагенолітичну активність плазми (КАП) крові, сумарну фібринолітичну активність (СФА), її ферментативну (ФФА) та неферментативну (НФА) ланки.

Нами виявлено, що ЛНБ є достовірно нижчим у I та II групах пацієнтів, складаючи відповідно $3,72 \pm 0,03$ та $3,57 \pm 0,04$ мкг азоальбуміну/мл за 1 год порівняно з групою контролю ($p < 0,0001$), причому ЛНБ при супутній патології вірогідно нижчий, ніж у хворих на СтСт. Показник ЛВБ в обох групах майже однаковий – у хворих I групи він становить $3,84 \pm 0,03$, у пацієнтів II групи – $3,8 \pm 0,05$ мкг азоказеїну/мл за 1 год та високо вірогідно нижчий групи порівняння ($p < 0,0001$). Рівень колагенолітичної активності плазми крові у хворих I групи складає $0,15 \pm 0,01$, у хворих II групи – $0,11 \pm 0,01$ мкг азоколу/мл за 1 год та вірогідно нижчий