

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



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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 Кравченко О.В.

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.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



активації системного протеолізу були зареєстровані у хворих на ХНХ із супровідною СВД за ГіпоТТ, мінімальні - у пацієнтів з ХНХ із КН. Тобто, активація протеолітичної активності плазми внаслідок запального процесу у ЖМ може стати чинником ризику прогресування ЕД у пацієнтів з СВД. Поряд із цим, у хворих на ХНХ із супровідною СВД було встановлено більш істотне підвищення інтенсивності необмеженого протеолізу високомолекулярних білків (ІЛАК) у порівнянні з ПЗО – у 1,8, 2,2, 1,6 рази відповідно у групах 1, 2, 3 ($p < 0,05$) із наявністю вірогідної міжгрупової різниці 2-ї групи із групами 1 та 3 ($p < 0,05$).

Таким чином, у пацієнтів з ХНХ та СВД за Гіпо ТТ інтенсивність протеолізу зростає максимально, і, ймовірно, справляє ушкоджувальну роль відносно ендотелію судин, у т.ч. ЦНС. Незбалансоване зростання інтенсивності системного протеолізу за умов хронічного запального процесу в ЖМ та ймовірного зниження секретції його інгібіторів у хворих на ХНХ призводить до прогресуючої деструкції клітинних мембран ендотелію судин, прискорення їх апоптозу та розвитку ЕД у тому числі судин головного мозку. Вищезазначені фактори є активними індукторами як запалення, так і процесів формування генералізованої ендотеліальної дисфункції.

Бачук-Понич Н.В.

ФІТОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Порушення функціонування вегетативної нервової системи і, як наслідок, формування вегето-судинної дистонії (ВСД) знижує якість життя, є частою причиною непрацездатності, дезадаптації в професійній діяльності і повсякденному житті. Крім того, симптоми порушення вегетативної регуляції, які своєчасно не були кореговані, можуть призвести до розвитку цереброваскулярної патології, що є однією з провідних причин смертності та інвалідизації, зокрема серед осіб працездатного віку. Серед медикаментозних чинників для лікування ВСД використовуються транквілізатори, антидепресанти, ненаркотичні анальгетики, седативні засоби, ноотропи. Однак переважна більшість перелічених препаратів має небажані побічні реакції, що стримує їх використання, тому, останнім часом усе більша увага приділяється засобам рослинного походження, які комплексно впливають на основні функції організму і мають значно менше побічних реакцій.

Метою дослідження було вивчення терапевтичної ефективності препарату рослинного походження «Імуно-тон» у хворих на ВСД за гіпотензивним типом. Обстежено 30 осіб віком 19-21 рік, серед них 10 склали групу порівняння, які не отримували лікування, 10 – основну групу, які отримували препарат Імуно-тон (Галичфарм, Україна) по 3 чайні ложки двічі на день після їди в першій половині дня впродовж 10 днів. Крім загальноклінічних методів дослідження пацієнтам проводилась реєстрація самопочуття, настрою, працездатності та інших суб'єктивних відчуттів у динаміці лікування. Позитивними вважали зникнення симптомів захворювання чи зменшення їх вираженості більше ніж на 50%. Для оцінки вегетативної регуляції використовували «Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін» за Вейном А.М. (1982 р.).

Результати дослідження свідчать про добру переносимість Імуно-тону. У хворих основної групи після лікування виявлено покращення загального самопочуття, зменшення кардіалгій, серцебиття, відчуття дискомфорту в серці, покращення розумової працездатності (покращилась концентрація уваги, запам'ятовування), зменшення головного болю, головокружіння. Аналізуючи стан вегетативної регуляції виявлено, що у контрольній групі та у досліджуваних пацієнтів до лікування індекс Кердо становив -11, що вказує на переважання у них парасимпатичного тону. У процесі лікування цей показник зростав і на 10-ту добу лікування становив -4, після припинення курсу лікування спостерігалось деяке зниження індексу, і на 14-ту добу після лікування він становив -7, що потребує більш тривалого його застосування. Препарат мав позитивний вплив на показники артеріального тиску у хворих із гіпотензивним синдромом – систолічний АТ підвищувався на 5-10 мм рт.ст у порівнянні з вихідними значеннями. У пацієнтів з ознаками нормокардії Імуно-тон не впливав на показники АТ. Побічних реакцій при застосуванні препарату не виявлено.

Отже, застосування Імуно-тону призводить до зменшення клінічних проявів ВСД, покращення вегетативного забезпечення серцевої діяльності, що вказує на нормалізацію адаптаційно-компенсаторних механізмів регуляції системи кровообігу.

Безрук Т.О., Безрук В.В.*

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА В НЕФРОЛОГІЇ: СТАНДАРТИЗАЦІЯ І ПРОБЛЕМИ ЯКОСТІ ДОСЛІДЖЕНЬ

*Кафедра внутрішньої медицини
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Сучасна поширеність уражень нирок є серйозною медичною проблемою: частота виявлення патологічних змін в сечі у різних груп населення становить: серед практично здорових – 16%, у амбулаторних пацієнтів – 40%, а серед стаціонарних хворих – 57% [Емануель В.Л., 2010].



У продовж минулого століття завдяки розвитку лабораторних технологій і гістологічної техніки, у тому числі впровадження прижиттєвої біопсії нирок, стала зрозумілою різноманітність патофізіологічних механізмів, що зумовлюють розвиток різних первинних і вторинних захворювань нирок.

Однак, все розмаїття захворювань нирок визначається обмеженою кількістю синдромів: сечовий, нефротичний, насамперед, набряковий, гіпертензійний та синдром ниркової недостатності від мінімальних ренальних дисфункцій до складного комплексу термінальної ниркової недостатності – уремії.

Призначаючи лабораторний тест, слід розуміти їх можливості при вирішенні різних завдань (вибір лабораторного тесту залежить від мети проведення досліджень) [Manjunath G. et al., 2003; Zittermann et al., 2003; Levin A., Li Y. Ch., 2005; Plebani M., 2009, 2013, 2014]:

А – «скринінговий тест» - виявлення захворювання і (або) проведення дослідження у великих групах населення з метою поділу на «здоровий» і «не здоровий» за визначенням конкретного показника (наприклад – діагностика фенілкетонурії).

Б – «діагностичний тест» - виявлення захворювання у осіб, які звернулися за медичною допомогою в будь-який лікувально-профілактичний заклад (наприклад – загальний аналіз сечі).

В – «диференційно-діагностичний тест» - диференційна діагностика захворювання (наприклад – визначення тропоніну при гострому коронарному синдромі).

Г – «моніторингові» лабораторні дослідження – аналіз ефективності проведеного лікування (наприклад – ліпідограма у пацієнта, який отримує статини).

Отже, на сьогодні лабораторія може запропонувати клініцисту широкий спектр лабораторних технологій для верифікації нефропатій на доклінічній стадії, і якщо діагноз заснований на лабораторних даних, лікар повинен бути впевнений у надійності методу в якості виконання дослідження.

Насамперед, мова йде про методологічні аспекти дослідження [Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation, - 2000, - Vol. 60, Suppl 231; O'Kane M.J., 2008; Plebani M., 2013]:

1. – правильний збір матеріалу (середня порція ранкової концентрованої сечі, виділеної при вільному сечовипусканні).

2. – стандартизований метод транспортування (до 1,5 годин з моменту забору матеріалу) та зберігання лабораторних зразків сечі - $t^{\circ} - 20-25^{\circ}C$ при герметичній упаковці).

Для створення оптимальних умов сучасні технології в лабораторній діагностиці пропонують різні системи для забору, маркування, консервації та транспортування матеріалу [Синицина О.В., Ілюшкіна М.В., 2014].

Таким чином, стандартизація методик дослідження сечі дозволяє знизити кількість помилок на преаналітичному етапі (13-28%) в порівнянні з усіма можливими 57,3% помилок досліджень сечі [Gruder et al., 2001]; системи для збору, зберігання та транспортування зразків сечі різних виробників, що відповідають вимогам міжнародних стандартів [CLSI GP-16 A3, Urinalysis; Approved Guideline, 3rd Edition, February 2010; Laboratory General Check List, Laboratory Accreditation Program, College of American Pathologists, June 2009; Basic Laboratory Procedures in Clinical Bacteriology, 2nd Edition, World Health Organization, 2003; Guidelines on Standard Operating Procedures for Microbiology, Blood Safety and Clinical Technology, Chapter 19: Urinary Tract Infection, World Health Organization, April 2006] можуть бути запропоновані для використання в лабораторіях лікувально-профілактичних установ з метою поліпшення якості досліджень.

Березова М.С., Акентьев С.О.*

ВПЛИВ СТАТИНІВ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРА КРОВІ ТА РІВНІ БЕТА-2-МІКРОГЛОБУЛІНУ КРОВІ ТА СЕЧІ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ

*Кафедра внутрішньої медицини,
Кафедра анестезіології та реаніматології*
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Одним із вагомих чинників ризику розвитку діабетичної нефропатії (ДН) є ожиріння, а також дисліпідемія, яка його супроводжує.

Для проведення дослідження відібрано 50 хворих на діабетичну нефропатію з цукровим діабетом 2-го типу та супутнім ожирінням. Крім загальноклінічних методів обстеження, всім пацієнтам визначали вміст бета-2-мікроглобуліну (МГ) крові та сечі та показники ліпідного спектра крові. Дослідження проводили в динаміці - до включення в лікування статинів та через три місяці прийому статинів. Аналіз клінічно-лабораторних показників обстежених пацієнтів показав порушення ліпідного обміну сироватки крові у вигляді вірогідного збільшення рівнів загального холестерину, тригліцеридів і холестерину ліпопротеїдів низької щільності тлі зниження холестерину ліпопротеїдів високої щільності порівняно з показниками в практично здорових осіб ($p < 0,05$). Найвищим цей показник був у групі хворих на ДН ІV стадії з ожирінням ІІ ступеня ($p < 0,05$). Виявлено підвищення рівнів бета-2-МГ крові та сечі в пацієнтів з ДН ($p < 0,05$). Після проведеного лікування симвастатином у всіх пацієнтів нормалізувалися чи наближалися до норми показники ліпідного спектра. Рівні бета-2-МГ крові та сечі нормалізувалися у хворих на ДН ІІІ ст. та вірогідно знизилися в пацієнтів із ДН ІV ст.

У хворих на діабетичну нефропатію спостерігається значне підвищення бета-2-мікроглобуліну крові та сечі, а також дисліпідемія зі зниженням ліпопротеїдів низької щільності.