

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук 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.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



На наступному етапі дослідження ми проаналізували зміни рівня цитокінів у пацієнтів обох груп упродовж двох місяців лікування. Виявлено, що вихідний рівень ІІ-6 був значно вищим за нормативний показник у пацієнтів груп I та II (20,32±3,2 проти 22,16±4,3 пг/мл, відповідно). Упродовж двох місяців лікування та застосування відповідних погрупових схем терапії спостерігалось вірогідне зниження рівня ІІ-6 в обох групах, але у пацієнтів I групи значення його залишалося достовірно вищим порівняно з особами II групи: 12,11±2,2 проти 7,15±1,03 пг/мл,  $p < 0,05$ . Отже, сумарне зменшення показника ІІ-6 у групі I становило  $\Delta\% = 40,40\%$ ,  $p < 0,05$ , а в групі II –  $\Delta\% = 67,73\%$ ,  $p < 0,01$ . Отже, у групі II відбулося більш суттєве зменшення рівня прозапального цитокіну ІІ-6, що зумовлено більш вираженою здатністю розувастатину потенціювати гальмування запального процесу в пацієнтів зі СС.

Аналіз змін у процесі лікування рівня ТНФ- $\alpha$  всередині груп та між групами показав наступні закономірності: вихідний рівень ТНФ- $\alpha$  був вищим за нормативні значення в обох групах та складав 31,67±2,89 пг/мл у пацієнтів групи I та 34,12±3,21 пг/мл у хворих групи II. У процесі лікування відбулося вірогідне зниження рівня ТНФ- $\alpha$  в обох групах, але в групі II на тлі використання розувастатину цей показник зменшився достовірно більше порівняно з групою I (18,36±1,52 пг/мл (група I) проти 12,24±1,31 пг/мл (група II),  $p < 0,01$ ). Таким чином сумарне зменшення показника ТНФ- $\alpha$  в процесі лікування у групі I становило  $\Delta\% = 42,03\%$  ( $p < 0,01$ ), а в групі II –  $\Delta\% = 64,13\%$  ( $p < 0,01$ ). Отже, можна дійти висновку, що розувастатин, навіть в малих дозах (10 мг), володіє здатністю більш активно порівняно з симвастатином, пригнічувати продукцію прозапальних цитокінів. Аналіз змін рівня СРП упродовж двох місяців лікування показав, що вихідний рівень СРП перевищував нормативні значення в обох групах на початку лікування і становив 16,26±1,93 мг/мл у пацієнтів групи I та 13,97±1,64 мг/мл у хворих групи II. На тлі проведеної терапії рівень СРП вірогідно зменшився в обох групах, але в групі з додаванням до основної базисної терапії розувастатину рівень СРП став достовірно нижчим (5,12±0,98 мг/мл) порівняно з групою I (8,74±1,43 мг/мл,  $p < 0,05$ ). Отже, відсоткове зменшення рівня СРП склало в групі I ( $\Delta\% = 46,25\%$ ,  $p < 0,05$ ), а в групі II ( $\Delta\% = 63,35\%$ ,  $p < 0,01$ ).

Отже, окрім холестерин-знижуючих властивостей статини здійснюють багато холестерин-незалежних, плейотропних ефектів, включаючи протизапальні. Статини володіють здатністю впливати на специфічну та неспецифічну ланки імунітету у хворих на хронічну ІХС, причому у розувастатину ці ефекти більш виражені навіть при застосуванні його малих доз (10 мг).

**Каньовська Л.В., Каушанська О.В., Ткач Є.П.**

#### **ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ ПРИ КОМОРБІДНОМУ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ТА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
Буковинський державний медичний університет*

Проблема вивчення спільних патогенетичних факторів коморбідної патології ІХС із КЗЗ ШКТ, які часто не враховуються при призначенні лікування хворим із поєднаною патологією, набуває особливого значення на фоні значної поширеності цих нозологічних форм. Як при ІХС так і при пептичній виразці дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК) виникають метаболічні порушення, серед яких найбільш несприятливими вважаються порушення ліпідного обміну.

Нами були обстежені 35 хворих на ІХС, 42 хворих з ПВ ДПК і 39 хворих на ІХС, сполучену з ПВ ДПК. Діагноз ВХ ДПК верифікували за даними фіброгастродуоденоскопії. Діагноз ІХС визначався на основі клінічних, лабораторних та інструментальних даних, які були одержані при обстеженні хворих. Нозологічна форма ІХС визначалася згідно з класифікацією ВООЗ. Всі хворі II групи страждали на стенокардію напруги 1-3 функціональних класів, яку діагностували за критеріями ВООЗ. Серед інших форм ІХС також зустрічалися: післяінфарктний кардіосклероз – у 10 (12,7 %) хворих, порушення ритму у вигляді блокад серця – у 13 (16,5 %) хворих, порушення ритму серця у вигляді мерехтіння передсердь або екстрасистолій – у 12 (15,2 %) хворих, недостатність кровообігу 1-2 функціональних класів за класифікацією Нью-Йоркської Кардіологічної Асоціації (NYHA) – у 44 (55,7 %) хворих. Хворі з важкою недостатністю кровообігу 3-4 функціональних класів та високими показниками артеріального тиску в дослідження не включалися.

Виразкова хвороба асоційована з Нр була виявлена у 42 (93,3 %) хворих I групи, 39 (83 %) – II групи. При біохімічному обстеженні у хворих на ІХС у порівнянні з контрольною групою виявлено підвищення загального холестерину (ХС) на 10,3%, тригліцеридів (ТГ) – на 12,83%, ХС ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) – на 33,7% і коефіцієнта атерогенності (КА) – на 33% ( $p < 0,001$ ). Рівень ХС ліпопротеїнів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) істотно не змінювався ( $p > 0,05$ ). ХС ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВЩ) у цих хворих було знижено на 9,6 % ( $p < 0,05$ ). Рівні ТГ і ХС ЛПНЩ у хворих на ПВ ДПК були вірогідно підвищені ( $p < 0,01$ ) на 11% і 20% відповідно, при цьому показники загального ХС і ХС ЛПДНЩ не відрізнялися від контрольних ( $p > 0,05$ ). У зв'язку із цим КА залишався у межах норми. За даними дослідження ліпідного обміну у хворих з коморбідним перебігом ІХС і ПВ ДПК, рівень загального ХС підвищений на 50,4%, ТГ – на 28%, ХС ЛПНЩ – на 24%, ХС ЛПДНЩ – на 21,4 % ( $p < 0,001$ ). При цьому відзначено зниження ХС ЛПВЩ на 14,5% і підвищення КА на 87,4% ( $p < 0,001$ ). У хворих на ІХС у порівнянні із хворими на ПВ ДПК підвищені рівні загального ХС, ТГ, ХС ЛПДНЩ, ХС ЛПНЩ і КА ( $p < 0,05$ ). Вміст ХС ЛПВЩ знижений на 11,3% ( $p < 0,01$ ). У ліпидограмах хворих зі сполученою патологією у порівнянні з ліпидограмами хворих на ІХС виявлені більш



істотні відмінності в ліпідному обміні ( $p < 0,001$ ): підвищені рівні загального ХС, ТГ, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ і КА. Однак зниження ХС ЛПВЩ (на 5,1%) має характер тенденції.

Таким чином, порівняльний аналіз показників ліпідного обміну у хворих свідчить про те, що ліпідний спектр плазми крові, парціально змінений при ПВ ДПК, значно погіршується при ІХС і досягає свого максимуму серед обстежених при сполученій патології.

Отже, найбільш атерогенна дисліпопротеїнемія виявлена у хворих з коморбідною патологією, що потребує додаткової корекції у комплексному лікуванні.

**Квасницька О.Б.**

#### **ПРОЦЕСИ ПЕРОКСИДАЦІЇ ЛІПІДІВ ТА ОКИСНЮВАЛЬНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ У ХВОРИХ НА ДЕКОМПЕНСОВАНИЙ ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ ТА ЇХ РОЛЬ В ПРОГРЕСУВАННІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
Буковинський державний медичний університет*

На даний час не викликає сумніву значення активації процесів вільнорадикального окиснення ліпідів (ВРОЛ) при захворюваннях печінки різної етіології. Продукти ВРОЛ здатні утворювати ковалентні зв'язки з аміногрупами білків і тим самим додатково втягувати їх в процеси окиснення. Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених вивченню вільнорадикальних процесів у хворих на хронічні захворювання печінки, стан окиснювальної модифікації білків (ОМБ) залишається недостатньо вивченим.

Метою нашого дослідження було вивчити інтенсивність ВРОЛ, ОМБ, стан системи антиоксидантного захисту та їх роль в прогресуванні декомпенсованого цирозу печінки (ЦП).

Було обстежено 14 хворих на декомпенсований ЦП токсичного генезу віком від 34 до 57 років з тривалістю захворювання 6-9 років. Контрольну групу склали 10 практично здорових осіб відповідного віку. Діагноз верифікували на підставі загальноприйнятих клінічних, лабораторних, біохімічних та інструментальних методів дослідження. Активність захворювання відповідала мінімальній за активністю АлАТ. Вільнорадикальні процеси в плазмі крові оцінювали за рівнем в крові малонового альдегіду (МА), окиснювально-модифікованих білків нейтрального (ОМБ 370) та основного характеру (ОМБ 430); систему антиоксидантного захисту (АОЗ) - за рівнем глутатіону відновленого (ГВ) та активністю супероксиддисмутазу (СОД). Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням методів непараметричної статистики.

Встановлено, що у пацієнтів зрілого віку на декомпенсований ЦП вміст ОМБ 370 та ОМБ 430 відповідно збільшується на 106% та 54% ( $p < 0,001$ ). Показники ВРОЛ у цієї категорії пацієнтів змінювались наступним чином: рівень МА без ініціації зростає на 44% ( $p < 0,001$ ), з ініціацією НАДФН<sub>2</sub> на 45% ( $p < 0,001$ ). Зміни в системі протирадикального захисту мали наступні зміни: вміст ГВ зменшувався на 36% ( $p < 0,001$ ); активність СОД зменшувалася на 39% порівняно з практично здоровими особами ( $p < 0,001$ ).

Для виявлення можливих взаємозв'язків між станом ліпопероксидації, окислювальної модифікації білків, як основними патогенетичними механізмами прогресування ЦП, нами вивчалися кореляційні взаємозв'язки між цими показниками та деякими клініко-лабораторними синдромами. Було встановлено зворотній зв'язок між рівнем ОМБ 430 та продуктами ПОЛ, рівнем білків крові. Виявлено позитивні кореляційні зв'язки середньої сили між рівнем в крові МА та показниками цитолітичного (активність АсАТ, АлАТ, рівень білірубину та його фракцій), мезенхімально-запального синдрому (кількість паличкоядерних лейкоцитів,  $\gamma$ -глобулінів крові). За даними багатофакторного аналізу для хворих зрілого віку на декомпенсований ЦП прогностичне значення має з однієї сторони ОМБ 430, ОМБ 370; з іншої МА, загальний білірубін.

Отримані результати вказують на те, що у пацієнтів на декомпенсований ЦП токсичного генезу з мінімальною активністю існують порушення метаболізму як неспецифічна та універсальна відповідь на дію етіологічного чинника, що полягає в активації пероксидації ліпідів, ОМБ, пригніченні системи АОЗ і порушенні функціонального стану печінки, при цьому із всіх показників прогностичне значення має визначення показників ОМБ 430, ОМБ 370 та МА.

**Кулачек В.Т., Зуб Л.О., Калугін В.О., Кулачек Я.В.**

#### **УРАЖЕННЯ НИРОК ЗА НАЯВНОСТІ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ**

*Кафедра внутрішньої медицини  
Буковинський державний медичний університет*

Ураження нирок у хворих на ревматоїдний артрит (РА) є найбільш частим і тяжким серед інших системних проявів і посідає особливе місце у зв'язку із значним впливом на прогноз і підходи до терапії. Хвороба вражає переважно людей працездатного віку, що призводить до частої і тривалої госпіталізації, до швидкої часткової або повної втрати працездатності а нерідко й до смерті. Ураження нирок при РА, як правило, перебігає безсимптомно і виявляється тільки при лабораторних та інструментальних дослідженнях.

Метою дослідження було виявити взаємозв'язок між функціональним станом нирок та клінічними проявами ревматоїдного артриту.

Обстежено 116 хворих на РА з та без явних клінічних ознак ураження нирок. Контрольну групу склали 20 здорових осіб. Вік обстежуваних коливався в межах від 18 до 62 років (середній вік – 48±5,0 років). Усім досліджуваним було проведено повне клініко-лабораторне обстеження з метою виявлення патології з боку нирок. Функціональний стан нирок визначали шляхом обрахування швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ)



за формулою MDRD. Вивчення взаємозв'язків отриманих даних проведено із застосуванням кореляційного аналізу Пірсона. Проведене дослідження виконане у відповідності з етичними нормами Хельсинської декларації перегляду 2008 року.

Виявлено прямий кореляційний зв'язок між ШКФ та клінічною стадією РА ( $r=0,37$ ) ( $p<0,05$ ), ШКФ та активністю РА ( $r=0,43$ ) ( $p<0,05$ ), ШКФ та функціональним класом РА ( $r=0,31$ ) ( $p<0,05$ ). При дослідженні ШКФ та супутньої серцево-судинної патології у хворих на РА виявлено прямо пропорційний зв'язок ( $r=0,54$ ) ( $p<0,05$ ).

Таким чином, усі хворі на РА повинні бути обстежені на наявність патології нирок. Прогресування РА збільшує ризик виникнення хронічної хвороби нирок. Наявність супутньої серцево-судинної патології прискорює розвиток ХХН у пацієнтів з РА.

**Кушнір Л.Д.**

#### **ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА СТУПЕНЯ НАСИЧЕНОСТІ КРОВІ КИСНЕМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНИМИ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИМИ УРАЖЕННЯМИ ШЛУНКУ**

*Кафедра внутрішньої медицини  
Буковинський державний медичний університет*

За даними ВООЗ ерозивно-виразкові ураження шлунка та дванадцятипалої кишки (ЕВУШДПК), а також хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) - одні з найбільш розповсюджених хронічних захворювань травного каналу та органів дихання. За даними світової статистики, від 5 до 7,5% населення страждає поєднанням цих патологій. В Україні поширеність ХОЗЛ складає до 30%, а пептичної виразки – до 13%. Виразкові ураження шлунка та ДПК відмічали у кожного другого хворого на ХОЗЛ. Так, у 15-20% хворих на ЕВУШДПК та у 13-17% хворих на ХОЗЛ виникають різні ускладнення, що при поєднанні даних нозологій можуть суттєво погіршити стан хворих.

Мета роботи: визначити особливості показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) та ступеня насичення крові киснем у хворих з ЕВУШДПК в поєднанні з ХОЗЛ.

Обстежено 25 (чоловіків - 15, жінок - 10) хворих на ХОЗЛ (1-а група); 21 (чоловіків - 14, жінок - 7) хворих на ХОЗЛ із супутніми ЕВУШДПК (2-а група). Контрольну групу склали 15 (чоловіків - 9 та жінок - 6) практично здорових осіб (ПЗО) (3-я група), рандомізованих із хворими за віком і статтю, в яких на момент обстеження не було жодних гострих та хронічних захворювань.

При дослідженні деяких показників ФЗД встановлено, що у хворих з ХОЗЛ, спостерігається зниження ЖЄЛ на 45,38% ( $p<0,05$ ) та при ХОЗЛ із супутніми ЕВУШДПК на 58,74% ( $p<0,05$ ) від значень ПЗО. У хворих на ХОЗЛ зазначений показник був нижчим на 42,72% ( $p<0,05$ ) та на 52,19% ( $p<0,05$ ) відповідно до значень ПЗО. В 1-й групі при ХОЗЛ із ЕВУШДПК показник ЖЄЛ був вірогідно нижчим на 14,42% ( $p<0,05$ ) від відповідних значень 2-ї групи, що свідчить про обтяження уражень хворих на ХОЗЛ із супутніми ЕВУШДПК.

При дослідженні  $ОФВ_1$  встановлено, що цей показник знижувався на 44,39% ( $p<0,05$ ) та на 68,80% ( $p<0,05$ ) відповідно у хворих на ХОЗЛ та з супутніми ЕВУШДПК порівнянні з показниками ПЗО. У хворих на ХОЗЛ спостерігалось вірогідне ( $p<0,05$ ) зниження  $ОФВ_1$  на 42,89% та 62,53% відповідно до стадії захворювання. В групі хворих на ХОЗЛ з супутніми ЕВУШДПК  $ОФВ_1$  був на 17,30% ( $p<0,05$ ) нижче за відповідні значення хворих на ХОЗЛ без супутньої патології.

У хворих 1-ї групи рівень  $СаО_2$  при ХОЗЛ був нижчим на 6,28% ( $p<0,05$ ), а при ЕВУШДПК – на 15,25% ( $p<0,05$ ), тоді як в 2-й групі зазначений показник знижувався на 3,79% та 13,42% відповідно ( $p<0,05$ ).

У хворих з поєднаною патологією зростання обструкції бронхіального дерева призводить до суттєвого порушення морфо-функціональних властивостей еритроцитів та прогресуючого зниження насичення киснем гемоглобіну артеріальної крові.

Отже, у хворих на ХОЗЛ із супутніми ЕВУШДПК виникає істотніше зниження показників ЖЄЛ (14,42% ( $p<0,05$ )),  $ФЖЄЛ$  (12,90% ( $p<0,05$ )) та  $ОФВ_1$  (17,30% ( $p<0,05$ )) порівняно з показниками хворих на ХОЗЛ, що свідчить про поглиблення мікроциркуляторних розладів, порушення перфузійних процесів в легенях під впливом прогресуючої гіпоксії. У більшості хворих на ХОЗЛ (97,48% ( $p<0,05$ )) визначається зниження насичення крові киснем, що підтверджується результатами пульсоксиметричного дослідження.

**Лукашевич І.В.**

#### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНИХ ФІТОПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ НА УРОЛІТІАЗ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Буковинський державний медичний університет*

Метою дослідження було покращення результатів комплексного лікування хворих на уролітіаз шляхом застосування фітопрепарату «Тринефрон-Здоров'я».

Обстежено 25 хворих з ультразвуковими ознаками сечокиислої діатезу чи сечо-кам'яної хвороби. Вік пацієнтів коливався від 57 до 78 років з давністю захворювання від 15 до 37 років. Всі хворі приймали препарат «Тринефрон-Здоров'я» по 50 крапель 3 рази на добу впродовж 1 місяця. Критерії ефективності: клінічні, лабораторно-біохімічні (сеча – динаміка змін сечового осаду).

Встановлено, що у всіх хворих відмічено почастішання сечовиділення (кількісно і якісно), помутніння сечі, а також помірне прискорення регресу больового синдрому. З 7-10 дня частота сечовиділення наближається



до нормальної, пацієнти відмічали наростання прозорості сечі з епізодами її помутніння, зменшення неприємних відчуттів у попереку. Важливо, що симптоми супутніх холецисто-гепатопатій, синдрому подразнення кишечника теж мали до регресу. Через 2 тижні від початку застосування «Тринефрон-Здоров'я» всі пацієнти відмітили суттєве зменшення (80% всіх хворих) або повну відсутність (20% всіх хворих) суб'єктивних клінічних проявів сечо-киислої діатезу та позитивну динаміку змін сечового осаду. Зазначені явища можна пояснити чинниками складових «Тринефрон-Здоров'я»: екстракти коріння любистку лікарського, трави золототисячника, листя розмарину лікарського. Їх спільна дія зумовлює діуретичну, літолitiчну, спазмолitiчну, вазодилатиційну, протизапальну, антисептичну, антиоксидантну та загально зміцнювальну дії. Всі хворі оцінили переносимість препарату як відмінну та добру.

Таким чином, «Тринефрон-Здоров'я» – цінний доповнюючий комплексне лікування хворих на уролітіаз фітопрепарат, що сприятливо впливає на всі ниркові прояви хвороби, а також зменшує симптоматику частих у цих пацієнтів уражень системи травлення.

**Малкович Н.М.**

#### **ДИНАМІКА ВІДПОВІДІ НА ІНГАЛЯЦІЮ БРОНХОДИЛЯТОРІВ У ПАЦІЄНТІВ З БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Буковинський державний медичний університет*

Бронходилатиційна проба (БДП) на сьогоднішній день є методом, що дозволяє не тільки визначити тип бронхіальної обструкції (зворотній, незворотній, частково зворотній), але й зрозуміти механізм розвитку бронхообструктивного синдрому. Сучасна доктрина проведення спірометричного дослідження передбачає обов'язкове проведення БДП всім пацієнтам, що мають певні респіраторні скарги (кашель, задишка) для діагностики типу бронхіальної обструкції у пацієнтів зі зниженням показників, що характеризують бронхіальну прохідність, а також для виявлення прихованої бронхіальної обструкції у пацієнтів з нормальними вихідними показниками.

Наявність кількох варіантів реалізації стійкої та варіативної бронхіальної обструкції, що можуть розвиватися у одного і того ж пацієнта в залежності від періоду захворювання (ремісія, загострення), змін еластичності та фібротизації легеневої тканини при тривалому перебігу бронхообструктивного захворювання, змушують в багатьох випадках констатувати наявність комбінації кількох нозологічних одиниць, що характеризуються наявністю провідного бронхообструктивного синдрому, особливо у пацієнтів з тяжким перебігом захворювання. Найчастіше диференційна діагностика проводиться між наявністю бронхіальної астми (БА) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Спірометричне дослідження, безперечно, дозволяє вирішити висунуту діагностичну дилему, але не завжди клінічна картина захворювання корелює з результатами згаданого дослідження та параметрами БДП, зокрема.

Метою дослідження було покращення діагностики механізму бронхіальної обструкції шляхом вивчення динаміки відповіді на інгаляцію бронходилататора у пацієнтів з наявністю бронхообструктивного синдрому.

Нами було проаналізовано результати 335 спірометричних досліджень, зареєстрованих до та після інгаляції бронходилататора 35 пацієнтів, що в період з 2005-2014 р.р. знаходились під спостереженням лікарями-пульмонологами КМУ «МКЛ № 3» м. Чернівці. Результати спірометричних досліджень були використані з архівної бази даних діагностичного комплексу «Кардіо+», програма «Пульмонент».

В дослідження були відібрані спірограми пацієнтів з постійним рівнем об'єму форсованого видиху за 1 сек ( $ОФВ_1$ )  $\geq 50\%$ . Вивчалися динаміка  $ОФВ_1$  до інгаляції бронходилататора та обсяг зміни  $ОФВ_1$  після інгаляції 200 мкг салбутамолу. Слід зазначити, що спірометричні дослідження проводились у пацієнтів в період загострення БА або ХОЗЛ наприкінці стаціонарного лікування.

Всі спірограми були розподілені на 2 групи відповідно до рівня відповіді на інгаляцію салбутамолу: у 26 пацієнтів (група А) була розпізнана стійка бронхіальна обструкція, відповідно приріст  $ОФВ_1$  склав  $95,56\pm 4,3$  мл, у 9 (група В) досліджуваних була виявлена значна додатна динаміка  $ОФВ_1$  ( $385,85\pm 55,4$  мл) з наявністю частково або повністю зворотної бронхіальної обструкції.

У 18 (69,2%) пацієнтів групи А впродовж 10 років не спостерігалось суттєвої динаміки приросту  $ОФВ_1$  в БДП, у 5 (19,2%) хворих виявлена парадоксальна реакція на інгаляцію бронходилататора, що характеризувалась від'ємною динамікою  $ОФВ_1$ . При цьому переважно зменшувалась прохідність дрібних периферійних бронхів, що можна пояснити прогресуючим зменшенням еластичності легеневої тканини з розвитком експіраторного колабування дрібних бронхів. Водночас, у 3 досліджених (11,5%) була визначена значна додатна динаміка  $ОФВ_1$  при проведенні БДП, що вказувало на переважання бронхоспазму в генезі бронхіальної обструкції.

У 5 пацієнтів групи В (55,6%) розвинулась стійка бронхіальна обструкція з незначною додатною динамікою  $ОФВ_1$ , що пояснювалось, на нашу думку, фібротизацією стінки бронхів, гіперплазією м'язової тканини на рівні периферійних бронхів, значною перебудовою архітектоніки легеневої тканини.

Таким чином, результати БДП дозволяють у більшості випадків зрозуміти сутність патогенетичних механізмів бронхіальної обструкції, що розвиваються у пацієнтів, що страждають на БА та ХОЗЛ.