

**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



Антофійчук М.П.
**ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО СКЛАДУ КРОВІ
У ХВОРИХ НА СТЕАТОГЕПАТИТ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ**

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

У хворих на стеатогепатит різної етіології часто має місце хільоз крові, що призводить не тільки до утрудненої діагностики, але і порушень реологічних властивостей крові.

Хільоз – це лабораторне поняття, яке характеризує зовнішній вигляд сироватки крові («молочна» або хільозна через велику кількість мікрочастинок жиру). Після центрифугування «жирної» крові сироватка (плазма) стає густою та білою, подібною до сметани. Хільозна сироватка не дає можливості виділити складові крові, відповідно біохімічні показники крові визначити неможливо.

Для корекції виявлених порушень нами проводилися сеанси лікувального дискретного плазмаферезу. Сеанси проводилися із інтервалом 1-3 дні, загалом 4-6 сеансів. За сеанс вилучалося від 600 до 900 мл, за курс лікування – від 2400 мл до 5400 мл плазми. Плазмозаміщення здійснювалося ізотонічним розчином натрію хлориду та реосорбілактом.

Після проведення сеансів дискретного плазмаферезу у хворих на стеатогепатит із початковим хільозом крові покращувалися самопочуття, зменшувалися прояви синдрому ендотоксикозу та спостерігалися зниження початково підвищених рівнів тригліцеридів, холестерину низької щільності тощо.

Антофійчук Т.М.
**РОЛЬ ГІДРОГЕНУ СУЛЬФІДУ У ПРОГРЕСУВАННІ КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ
НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ ТА АНЕМІЇ**

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

Незважаючи на прогрес, досягнутий у вивченні хронічних дифузних захворювань печінки (ХДЗП), проблема діагностики та лікування цієї патології залишається повністю не вирішеною. Причини виникнення ХДЗП різні, однак кінцевий результат зазначеної групи захворювань єдиний – формування цирозу печінки. Постійне збільшення частоти виникнення неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) на тлі анемії у людей працездатного віку в Україні та світі вимагає дослідження механізмів взаємообтяження та пошуку нових факторів у патогенезі цих патологій.

В основі дослідження лежать клінічні спостереження за 45 пацієнтами з НАЖХП. Всі хворі були поділені на 2 групи. До першої групи (I) увійшло 20 пацієнтів з НАСГ (без супутньої анемії). До другої групи (II) увійшло 20 хворих з НАСГ з анемією. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку та статі в яких на момент обстеження не було ніяких гострих чи хронічних захворювань і за даними анамнезу не спостерігалось ніяких алергічних проявів.

Зміст H_2S у хворих в обох групах був зменшений: 1 група - у 1,6 та 2 групи - у 2,9 рази ($p < 0,05$) порівняно з показниками в ПЗО. Кореляція між вмістом H_2S та активністю цитолізів гепатоцитів (ALT: $r = -0,63$, $p < 0,05$), гіперліпідемією ($r = -0,53-0,64$, $p < 0,05$), вмістом тригліцеридів ($r = 0,60$, $p < 0,05$), анемічний синдром (Hb: $r = 0,43$ $p < 0,05$, РБК: $r = 0,38$, $p < 0,05$), вміст у крові білкових і вуглеводнево-білкових компонентів позаклітинної матриця ($p < 0,05$), що вказує на роль дефіциту H_2S в механізмах взаємного тягаря супутніх захворювань.

Таким чином, дефіцит сірководню в крові, ймовірно, впливає на механізми прогресування НАСГ та анемії шляхом зниження регенеративної здатності гепатоцитів. Встановлено кореляційну взаємозв'язок з вираженою анемією, гіперліпідемією, вмістом



білкових і вуглеводнево-білкових компонентів позаклітинної матриці та факторами фіброгенезу.

Безрук Т.О.

КОМОРБИТНІСТЬ: СТАН ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ТА ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПІЄЛОНЕФРИТ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

За останні десятиріччя проблема коморбітності в терапевтичній практиці є однією з актуальних, що насамперед пов'язано із вимушеним застосуванням широкого спектру різноманітних лікарських препаратів та зростанням загрози їх побічної дії. Часта супутньої патології системи травлення (СТ) у пацієнтів, що хворіють на хронічний пієлонефрит (ХПН) визначається багатьма чинниками, зокрема: віком пацієнта та його загальною резистентністю організму, наявними побутовими та професійними шкідливими факторами, якістю життя людини, тощо.

Метою дослідження було встановити частоту уражень СТ (гастроудоденальної та гепатобілярної систем) у хворих на ХПН.

Проведено ретроспективний аналіз 124 медичних карт стаціонарних хворих (ф. 003/о) пацієнтів, що лікувались в нефрологічному відділенні ОКУ «Обласна клінічна лікарня» м. Чернівці віком від 16 до 65 років: 102 пацієнти, що хворіли ХПН із супутніми ураженнями системи травлення (патології гастроудоденальної та гепатобілярної систем) – основна група та 22 пацієнти - хворі на ХПН без супутніх уражень системи травлення. За статтю хворі розподілились наступним чином: 34,05% - чоловіки, 66,95% - жінки.

При статистичній обробці дослідження визначали тип розподілу даних, дескриптивні показники, проводили визначення вірогідності отриманих результатів та інші види аналізу. Для визначення факторів ризику користувались факторним та дискримінантним аналізом та епідеміологічною чотирьохпольною таблицею із визначенням сили асоціації за показниками відносного ризику (RR) та відношення шансів.

За результатами дослідження у 5,88% (6 хворих: 5 – молодого віку, 1 – зрілого віку) діагноз був виставлений вперше при поглибленому обстеженні при госпіталізації, інші – 96 хворих (94,12%) хворіли на вказані захворювання (згідно до даних медичної документації) від 2-х до 15 років (табл.).

Оцінюючи дані ретроспективного аналізу медичної документації хворих за епідеміологічними критеріями, встановлено, що у пацієнтів, які хворіли на ХПН більше 5 років, відносний ризик (RR) ураження органів СТ майже в 2,5 рази вищий (RR=2,47, CI RR=1,05-6,49; $p<0,05$), ніж у пацієнтів, що хворіли на ХПН менше 5 років.

Таблиця

Розподіл хворих на хронічний пієлонефрит
за структурою супутньої патології системи травлення (n, %)

Супутня патологія (нозологічна форма без урахування класифікаційних ознак)	Абсолютна кількість (n=102)	Відносна кількість (частка, %)
Хронічний гастрит	12	11,76%
Хронічний гастроудоденіт	63	61,76%
Хронічний панкреатит	9	8,82%
Хронічний холецистит	57	55,88%
Хронічний реактивний гепатит	11	10,78%
Хронічний дискінетичний коліт	12	11,76%