

**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



ризик та смертності. Як показують дані останніх десятиліть - довгостроковий контроль АТ значно зменшує ризик розвитку інсульту приблизно на 40 %, а ІХС - на 15 %.

У обстежених нами пацієнтів на ЕГ II стадії найнижча прихильність до лікування відмічалась у групі добового ритму АТ D, середня у групі ND та достатня у групі циркадіанного ритму NP. Такий розподіл прихильності по відношенню до добового профілю АТ найвірогідніше обумовлений важкістю перебігу захворювання відповідно до груп.

**Гайдуков В.А.**

### **ВПЛИВ ВІЛЬХИ СІРОЇ (ALNUS INCANA) НА СЕКРЕТОРНУ ФУНКЦІЮ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ ЗІ СУПУТНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти*

*Буковинський державний медичний університет*

Обстежено 56 хворих. На безмедикаментозному фоні використовували шишечки вільхи сірої (ВС) у вигляді спиртової (50%) настойки (1:5) по 30 крапель на 60 мл теплої дистильованої води. Кислотоутворюючу функцію шлунка вивчали методом інтрагастральної мікрозондової рН-метрії, а морфологічні зміни слизової шлунка – за допомогою гастродуоденофіброскопії з прицільною біопсією на рівні тіла і антрального відділу шлунка. Під час фармакологічної проби досліджували латентний період, період наростання дії ВС, період плато, загальну тривалість дії препарату.

Прийом ВС викликав статистично достовірний зсув рН у кислу зону на рівні тіла шлунка при початковій нормаоцидності та помірно зниженій інтенсивності кислотоутворення. Посилення кислотостимулюючого ефекту спостерігали у хворих з помірною селективною гіпоацидністю, менший – з абсолютною і субтотальною.

У 76% хворих прийом настойки ВС стимулював шлункове кислотоутворення незалежно від показників базального рН. У 12 пацієнтів не відмічали подібної реакції, що було пов'язано з наявністю атрофічних змін слизової оболонки шлунка і вираженою (гістамінорезистентністю) гіпохлоргідрією.

Отриманні дані вказують на необхідність диференційованого підходу до часу прийому ВС – при гіпоацидності – за 40 хв. до їди, при нормаоцидності – за 20 хв. до їди, при гіперацидності – за 10 хв. За результатами проведених досліджень можна припустити, що ВС посилює гастринний механізм дії на процес кислотоутворення.

**Гараздюк І.В., Гараздюк О.І.**

### **ДІАБЕТИЧНА НЕФРОПАТІЯ: ПОШИРЕНІСТЬ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОБЛЕМИ**

*Кафедра внутрішньої медицини*

*Буковинський державний медичний університет*

Цукровий діабет (ЦД) – одне з найпоширеніших захворювань людини, яке набуває масштабу "глобальної епідемії". За різними даними ним страждають 180 - 250 млн. людей на планеті. Очікується, що в найближчі декілька років число таких пацієнтів в Європі становитиме 32 млн. чоловік. За даними 2012 року захворюваність в Україні становила 23-24 випадки на 100000 населення. Раннє виявлення та адекватне лікування цукрового діабету передбачає, в першу чергу, попередження виникнення ускладнень, в тому числі, і діабетичної нефропатії.

Діабетична нефропатія (ДН) - найбільш небезпечне ураженням нирок при цукровому діабеті, і багато в чому визначає прогноз захворювання в цілому. ДН виявляється у 40-45% пацієнтів як з інсулінозалежним, так і з інсулінонезалежним цукровим діабетом. Частота розвитку діабетичної нефропатії у хворих з тривалістю захворювання до 10 років складає близько 5-6%, до 20 років – 20-25%, до 30 років – 35-40%, до 40 років – 45%. Тому останніми роками значну увагу приділяють можливості медикаментозного впливу на сповільнення розвитку ДН.

Проаналізовано захворюваність та поширеність ДН у Чернівецькій області та співставлено одержані дані з аналогічними показниками в Україні і світі. Виявлено порівняно нижчі показники поширеності I-II стадій хронічної хвороби нирок (ХХН): діабетичної нефропатії, порівняно з даними по Україні та вищі показники поширеності V стадії ХХН. Виявлені дані можуть свідчити про низьке виявлення початкових стадій ДН. Запропоновано шляхи вирішення існуючих проблем та перспективні методи діагностики, профілактики і лікування ДН.

**Глубоченко О.В.**

### **ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Буковинський державний медичний університет*

Подагра є одним із найпоширеніших захворювань серед ревматологічної групи хвороб. В Україні розповсюдженість подагри складає 5-28 випадків на 1000 чоловіків та 1-6 на 1000 жінок, загалом поширеність подагри становить 0,4% дорослого населення, а гіперурикемії — 15-20%. На сучасному етапі особлива увага вчених сфокусована на проблемі таких коморбідних станів при подагрі, як ішемічна хвороба серця, артеріальна



гіпертензія, цукровий діабет, метаболічний синдром, інсулінорезистентність, що призводять до ускладнення перебігу захворювання, вимагають призначення додаткових препаратів. За результатами великих проспективних досліджень встановлено тісний зв'язок між гіперурикемією, подагрою та ризиком розвитку серцево-судинних захворювань. Багато з протизапальних цитокінів, які приймають участь в розвитку подагричного артриту, мають суттєве значення в патогенезі атеросклеротичного ураження судин і його ускладнень. Тому ефективне зниження активності запального процесу, рівня сечової кислоти попереджає виникненню і подальшому прогресуванню в тому числі і коморбідних серцево-судинних станів. Саме в цьому може допомогти ад'ювантне застосування гомеопатичних препаратів, які володіють широким діапазоном дії, достатнім профілем безпеки, можливістю тривалого застосування, що є важливим в умовах супутньої патології і у пацієнтів старшого віку. Ця група препаратів може сприяти вдосконаленню лікування як самої подагри, так і коморбідних процесів, запобігти можливим ускладненням та побічним ефектам здійснюваної терапії.

«Реструкта» відноситься до комплексних антигомотоксичних засобів, в основі якого містяться рослини, мінеральні та тваринні складові, що мають протизапальну, анальгетичну, діуретичну дію, нормалізують пуриновий обмін, знімають подагричні прояви з одночасним імунокорегуючим і дренажним ефектами, володіють синергічним регулюючим впливом. Серед рослинних складових «Реструкти» є верба біла (Salix alba), пізньовіт осінній (Colchicum autumnale), бріонія (Bryonia cretica), барбарис (Berberis vulgaris), які мають виражений протизапальний і анальгетичний ефекти, діють спазмолітично на гладку мускулатуру сечових шляхів. Золота різка (Solidago virgaurea) володіє діуретичним ефектом. Ехінацея має анальгетичну і імунокорегуючу дію. Сумах отруйний (Toxicodendron quercifolium) знімає больові прояви і м'язовий спазм. Сарсапарілла діє як спазмолітик, зменшує прояви сечокистлого діатезу. Хінне дерево (Cinchona succubra) підвищує життєвий тонус при астенії, знімає больові прояви. Серед мінеральних речовин у складі препарату є гідрофосфат кальцію, фосфат заліза, хлорид літію, гідрид кремнезему, які проявляють протизапальний ефект, нормалізують пуриновий обмін, покращують стан сполучної тканини.

Проведено лікування 13 пацієнтів із хронічним рецидивуючим подагричним полі-/олігоартритом та 6 пацієнтів з гострим подагричним артритом. Діагноз подагри встановлювали на підставі Рекомендацій з діагностики подагри EULAR (2006). З коморбідних захворювань у хворих були діагностовані: ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія I –II ступеня, надмірна маса тіла або ожиріння I–II ступеня, сечокистлий діатез, гастродуоденіт, хронічний некаменевий холецистит. Результати лікування співставлені з аналогічними у 10 осіб контрольної групи, репрезентативних за нозологією, давністю захворювання, віко-статевому відношенні з аналогічною схемою лікування.

Вік пацієнтів становив від 38 до 60 років. У хворих переважало ураження дрібних суглобів стоп, гомілково-стопних, колінних суглобів, у п'ятих хворих відмічено ураження ліктьових, променево-зап'яських суглобів та дрібних суглобів кистей. При рентгенологічному дослідженні відмічались зміни, які відповідали I-II рентгенологічним стадіям, порушення функції суглобів I-II ст. У п'ятих хворих відмічався синовіт, у всіх пацієнтів реєструвалась гіперурикемія.

«Реструкту» призначали три рази на тиждень по 2,2 мл внутрішньом'язево на стаціонарному етапі лікування та в подальшому на амбулаторному етапі протягом чотирьох тижнів на фоні стандартної протиподагричної терапії (дієта №6 з пониженим вмістом пуринів, аллопуринол 100-200мг/добу, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)). Ефективність застосування препаратів оцінювалась по стандартним клінічним критеріям: рівень болі в спокої, при рухах і в нічні години; болючість суглобів по 10-бальній візуальній аналоговій шкалі, кількість болючих суглобів, число набряклих суглобів, об'єм рухів в уражених суглобах. Для оцінки ступеня вираженості запального процесу використовували лабораторні показники: рівень швидкості зсідання еритроцитів, рівень лейкоцитів, лейкоцитарна формула, С-реактивний білок, рівень сечової кислоти, серомукоїду.

Результати дослідження свідчать, що включення в лікувальний комплекс препарату «Реструкта» в 80-90% випадків (в залежності від стадії захворювання), сприяє значному покращанню клінічної симптоматики (зменшення болю, припухлості в суглобах), більш швидкій позитивній динаміці лабораторно-інструментальних даних. Сполучення основного лікування і ад'ювантного дозволило знизити у пацієнтів середньодобову дозу НПЗП порівняно із контролем. Продовження введення на амбулаторно-клінічному етапі препарату сприяло подальшому закріпленню лікувального ефекту, подовжило тривалість ремісії, зменшило частоту повторних госпіталізацій, покращило загальні результати лікування. У контрольній групі спостерігалась менш виражена позитивна динаміка клінічно-лабораторних показників. Отже «Реструкта» є доцільним ад'ювантним засобом, який покращує ближні і віддалені результати лікування хворих на подагру.

**Гонцарюк Д.О., Федів О.І.**

### **КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ЗА КОМОРБІДНОСТІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

*Кафедра внутрішньої медицини*

*Буковинський державний медичний університет*

Поєднання ХП із ішемічною хворобою серця (ІХС) призводить до ряду структурних і метаболічних змін, а через спільність патогенетичних механізмів впливає на перебіг обох захворювань, зумовлює необхідність розробки системного підходу до вивчення метаболічних змін у цієї групи пацієнтів (Н.Б. Губергриц, Т.Н. Христич, 2000). Втім, недостатньо досліджені механізми виникнення та прогресування ХП при