

**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



(зниження рівня відновленого глутатіону у 1,12 рази, ($p < 0,05$)), що може призводити до істотнішого накопичення в крові оксидативно модифікованих білків.

Зміни структурно-функціональних властивостей формених елементів крові у хворих на хронічний панкреатит у поєднанні з гіпотиреозом, зокрема, більш істотне зменшення індексу деформабельності еритроцитів (на 15%, $p < 0,05$) та підвищення відносної в'язкості еритроцитарної суспензії (у 1,4 рази, $p < 0,05$), а також зміни фібринолітичної та протеолітичної активності крові, зокрема, зменшення сумарної фібринолітичної активності на 29,76% ($p < 0,05$) за рахунок не ферментативної та підвищення ферментативної фібринолітичної активності (на 31,93%, $p < 0,05$), зниження лізису азоальбуміну на 15,18% ($p < 0,05$), лізису азоказеїну на 16,48% ($p < 0,05$) та лізису азоколагену на 10,64% ($p < 0,05$) у порівнянні з хворими на ХП у порівнянні з хворими на хронічний панкреатит без супутньої патології щитовидної залози призводять до порушення коагуляційного потенціалу крові.

У хворих на хронічний панкреатит, поєднаний з гіпотиреозом, виявляється дисліпопротеїнемія, яка проявляється підвищенням рівня загального холестерину (на 35,0%, $p < 0,05$), тригліцеридів (у 1,9 рази, $p < 0,05$), ліпопротеїдів низької щільності (на 41,0%, $p < 0,05$) та зниженням рівня ліпопротеїдів високої щільності (на 28,0%, $p < 0,05$) порівняно із хворими на хронічний панкреатит без патології щитовидної залози.

Таким чином, судинно-ендотеліальна дисфункція, підсилення окиснювальної модифікації білків на тлі декомпенсації протіоксидантної системи крові, дисліпопротеїнемія, зміни структурно-функціональних властивостей еритроцитів, фібринолітичної та протеолітичної активності крові є важливими факторами виникнення, прогресування і рецидивування хронічного панкреатиту у хворих на гіпотиреоз.

Рева Т.В.

ЕНДОСКОПІЧНІ ЗМІНИ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО КАНАЛУ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ЗНИЖЕНОЇ ФУНКЦІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

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

Одним з основних методів дослідження хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) залишається езофагогастрофіброскопія. Метод, який дозволяє оцінити ступінь змін слизової оболонки стравоходу та шлунка, наявність гриж стравохідного отвору діафрагми, транскардіальної міграції слизової оболонки шлунка, незмикання кардії, дуоденогастрального та гастроєзофагеального рефлюксу, стравоходу Barrett та супутньої патології верхніх відділів травного каналу. В обов'язковому порядку обстеження доповнюють біопсією.

Езофагогастродуоденофіброскопія проводилась за допомогою ендоскопа "Olympus CIF-XQ 40" (Японія). Хромоендоскопію проводили з метою виявлення ділянок шлункової або кишкової ектопії. При цьому в якості фарбника використовували розчин Люголя або метиленовий синій. Завдяки цій методиці ділянки зміненого епітелію слизової стравоходу стають більш помітними.

Класифікація ендоскопічно позитивної ГЕРХ (Лос-Анджелес, 1995) характеризує рефлюкс-езофагіт із ерозивними змінами. Тому гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу доцільніше класифікувати за ендоскопічними критеріями важкості рефлюкс-езофагіту за Savary-Miller (1978) у модифікації G.N.J. Tutgat і співавт. (1990): 0 – ознаки ураження СО стравоходу відсутні, чітко визначається кардіальний сфінктер, СО у дистальному відділі стравоходу гладка, блискуча; I ступінь – слабо виражена вогнищева або дифузна еритема, СО стравоходу на рівні кардіального сфінктера пухка, спостерігається згладженість. СО не блискуча у дистальних відділах, порушення її цілості немає; II ступінь – наявні одна або більше поверхневих ерозій із ексудатом або без нього, частіше лінійної форми, які розташовуються на верхівках складок. Вони займають менше 10% поверхні СО дистального відділу стравоходу (п'ятисантиметрова зона СО стравоходу вище кардіального сфінктера); III ступінь – зливні ерозії вкриті ексудатом або відірваними некротичними масами, які не поширюються циркулярно. Обсяг ураження СО дистального відділу стравоходу менше 50%; IV ступінь – циркулярно розташовані зливні ерозії або ексудативно-некротичні ураження, які займають всю п'ятисантиметрову зону стравоходу вище кардіального сфінктера із поширенням на дистальний відділ стравоходу; V ступінь – глибокі виразки й ерозії різних відділів стравоходу; стриктури і фіброз його стінок, короткий стравохід.

Нами було обстежено 101 хворий на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу на тлі зниженої функції щитоподібної залози та 25 хворих на ГЕРХ без патології зі сторони щитоподібної залози. Серед хворих на ГЕРХ на тлі гіпотиреозу ерозивний езофагіт діагностували у 23 пацієнтів (22,77%), катаральний езофагіт у 35 (34,6%) хворих, у інших пацієнтів видимих змін зі сторони слизової оболонки не було виявлено. Атрофічний гастрит діагностовано у 97 (96,04%) хворих. Практично у всіх хворих натше у шлунку виявлена жовч. У групі хворих на ГЕРХ без гіпотиреозу ерозивний езофагіт було діагностовано у 19 хворих (52,8%), катаральний езофагіт - у 13 (36,1%) хворих та у 4 (11,1%) - змін слизової виявлено не було. Атрофічний гастрит діагностовано у 2 хворих (5,55%), ерозивний у 10 (27,8%), а катаральний у 24 (66,67%) хворих.

В основній та контрольній групах переважали хворі на не ерозивну форму езофагіту, дещо рідше зустрічались ендоскопічні ерозивні зміни I-го ступеню. У той же час у групі порівняння (хворі на ГЕРХ без гіпотиреозу) переважали хворі з ендоскопічними ерозивними змінами слизової стравоходу I-го ступеня, а не ерозивні форми зустрічались лише у 16% спостережень.



Проаналізувавши дані про залежність змін слизової стравоходу від давності захворювання на гіпотиреоз, можна зробити висновок, що не ерозивні форми ГЕРХ переважають серед хворих із давністю захворювання на гіпотиреоз до 5-ти років. Серед хворих, які хворіють понад 10 років, переважають ерозивні форми змін слизової оболонки стравоходу. Подібний розподіл ендоскопічних змін слизової стравоходу спостерігався у хворих на ГЕРХ. У перші 5 років захворювання на ГЕРХ переважають не ерозивні зміни слизової, у наступні роки поступово починають переважати ерозивні форми езофагітів.

Роборчук С.В., Зуб Л.О.

ХАРАКТЕРИСТИКА ІНТЕНСИВНОСТІ ПОЛ ТА АОС У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ З НАЯВНІСТЮ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Вільні радикали є токсичними як для гломерулярної базальної мембрани, так і для інтерстиціальної тканини. Виснаження антиоксидантної системи (АОС), яка відповідає за інактивацію та накопичення продуктів ПОЛ при патології нирок, особливо у хворих на ревматоїдний артрит (РА), є небезпечним і провокуючим фактором у прогресуванні захворювання.

Метою дослідження було вивчити інтенсивність ПОЛ та АОС у хворих на ревматоїдний артрит з наявністю хронічної хвороби нирок.

Було досліджено 75 хворих на РА з наявністю ХХН I ст. та 20 здорових осіб. За наявністю нефрологічної нозології хворих було розподілено на групи: I – РА без патології нирок (20 осіб); II – РА з вторинним гломерулонефритом (22 осіб); III – РА з інтерстиціальним нефритом (19 осіб); IV – РА з амілоїдозом (14 осіб). Усім досліджуваним визначалися: глутатіон відновлений (ГЛ-SH), глутатіон-S-трансфераза (Гл-ST) і глутатіонпероксидаза (ГЛ-Px) крові, МДА крові та сечі.

В результаті дослідження виявлено, що у хворих на IV групи зміни ПОЛ були значно вираженими у порівнянні з відповідними даними решти пацієнтів з ураженням нирок ($p < 0,05$). У хворих II та III груп показники АОС, при порівнянні їх між собою, не мали вірогідних відмінностей та були значно зниженими ($p < 0,05$). Найбільш вірогідними були зміни, що визначалися при дослідженні МДА крові та сечі. Дані показники були вірогідно підвищені, що найбільше проявлялося у пацієнтів IV групи ($p < 0,001$).

Таким чином, у хворих на РА із залученням в патологічний процес нирок відбувається істотне зниження активності АОС та зростання вмісту продуктів перекисації в крові та сечі, що вірогідно відрізняється від відповідних даних у пацієнтів з РА без уражень нирок. Найбільш вираженими були зміни показників МДА крові та сечі у хворих на амілоїдоз нирок.

Руснак І.Т., Ташук В.К.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЯ ДЛЯ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини

Буковинський державний медичний університет

Показники диференційованої електрокардіографії (ЕКГ) дозволяють оптимізувати діагностичну цінність проведення ЕКГ дослідження в пацієнтів із патологією серцево-судинної системи, а визначення показника відношення максимальних швидкостей (ВМШ) є результатом впливів наявних гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), артеріальної гіпертензії (АГ), стабільної стенокардії (СС) та серцевої недостатності (СН).

Із метою об'єктивізації кількісної оцінки ГЛШ проведена комп'ютерна обробка електрокардіограм (ЕКГ) з їх оцифровкою та побудовою першої похідної диференційованого зубця Т (запропонована модель Халфеном Е.Ш.). Суть методу полягає у визначенні швидкісних показників зубця Т диференційованої ЕКГ, які аналізуються при підсиленій і оцифрованій ЕКГ в V_1 , V_2 та V_6 відведеннях, що зумовлено особливостями локалізації визначення можливих уражень міокарда. Відповідно до I відведення ЕКГ аналізувався стан передньої стінки лівого шлуночка (ЛШ), III відведення ЕКГ – задньої стінки ЛШ, V_2 відведення ЕКГ – міжшлуночкової перетинки, V_6 відведення ЕКГ – бокової стінки ЛШ. Отримані дані вводились за допомогою сканера у персональний комп'ютер із підсиленням та оцифруванням ЕКГ та розрахунком першої похідної зубця Т з оцінкою кількісних розрахунків першої похідної зубця Т ЕКГ.

Кількісні показники, що аналізувалися в розрахунках швидкості змін різниці потенціалів при реполяризації шлуночків, стосувались визначення показника ВМШ відношення сусідніх екстремальних значень (ВСЕЗ) на першому коліні зубця Т (V_1 / V_3) диференційованої ЕКГ.

Так, для здорових ВМШ складає в межах $1,80 \pm 0,7$ Од, при СС певною мірою залежить від функціонального класу і дорівнює для ФК I-II – $1,60 \pm 0,11$ Од, для ФК II-III – $1,30 \pm 0,80$ Од, знижуючись при гострому неQ-інфаркті міокарда до $0,98 \pm 0,08$ та гострому Q-інфаркті міокарда до $0,71 \pm 0,10$ Од, в той же час значно зростаючи при ГЛШ, у випадку якої рівень показника ВМШ складає $2,47 \pm 0,22$ Од. Розподіл показника для ВСЕЗ: здорові – $0,77 \pm 0,02$ Од, при гострому неQ-інфаркті міокарда збільшення до $1,10 \pm 0,03$ та гострому Q-інфаркті міокарда до $1,12 \pm 0,03$ Од, всі розбіжності достовірні ($p < 0,001$). Встановлено, що значення ВМШ та ВСЕЗ відображають патологічні процеси у міокарді та мають свою тенденційну спрямованість при кожній патології.