

**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 – її 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 – її 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



дослідження: вивчити стан оксидантної та антиоксидантної систем у хворих з поєднаним перебігом ІХС та ХНХ та його корекція блокаторами 5-ліпоксигенази (кверцетином).

Обстежено 47 хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні та були розподілені на дві групи: першу групу склали 27 (54%) пацієнтів, які страждали на ІХС, стенокардія напруги II-III ФК післяінфарктний кардіосклероз та ХНХ в стадії ремісії. Друга група – 20 (46%) пацієнтів на ІХС, стенокардія напруги II-III ФК, післяінфарктний кардіосклероз. Обидві групи за статтю та віком були однакові. Пацієнти I групи на фоні базисної терапії (нітросорбід, каптопрес, аспірин, корвітол) отримували кверцетин по 1 г 3 рази на добу – 14 діб.

Виявлено у хворих на ІХС та ХНХ достовірне збільшення в крові рівня маломолекулового альдегіду (МА) на 7,1% ($p < 0,05$). Показник в крові відновленого глутатіону (Гл-SH) хворих був достовірно знижений у хворих I групи на 23,4% ($p < 0,05$). У хворих I-ї групи в крові активність (глутатіонтрансферази) ГТ була збільшена ($p < 0,05$), при зниженій активності глутатіон-6-фосфатдегідрогенази (Г-6-ФГ) ($p < 0,05$). Після лікування у хворих I-ї групи було відмічено зменшення в крові МА до $5,52 \pm 0,20$ мкмоль/л ($p < 0,05$) та збільшення Гл-SH до $0,78 \pm 0,02$ мкмоль/л ($p < 0,05$), зниження активності ГТ до $125,5 \pm 5,3$ нмоль Гл-SH за 1 хв на 1 г Нб ($p < 0,02$), та збільшенням глутатіонредуктази до $2,51 \pm 0,1$ мкмоль НАДФН2 за 1 хв на 1 г Нб ($p < 0,05$), Г-6-ФГ до $2,46 \pm 0,09$ мкмоль НАДФН2 за 1 хв на 1 г Нб ($p < 0,02$), глутатіонпероксидази після лікування виріс до $199,6 \pm 9,55$ Гл-SH за 1 хв на 1 г Нб ($p < 0,05$).

Включення в комплексну терапію хворих на ІХС та ХНХ кверцетину забезпечує кращий лікувальний ефект та може використовуватись, як засіб вторинної профілактики.

Федів О.І., Сіцінська І.О.

ГІСТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕПТИЧНОЇ ВИРАЗКИ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНАНОЇ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2

*Кафедра внутрішньої медицини
Буковинський державний медичний університет*

Більшість осіб (70-80%) хворіють на пептичну виразку шлунка (ПВШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК) в молодому віці (25-40%). З інфекцією *H. pylori* пов'язують розвиток та рецидивування ПВШ і ДПК в більш ніж 90% випадків, і хронічного гастриту - в 75-85% випадків. Інфекція *H. pylori* пов'язана з наявністю атеросклерозу та підвищення артеріальної гіпертензії, що ускладнює перебіг основного захворювання.

Мета дослідження: оцінка стану слизової та визначення *H. pylori* у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки у поєднанні з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом типу 2.

Обстежено 55 осіб, з них: 20 осіб з пептичною виразкою шлунка (ПВШ) та ДПК, 20 осіб з ПВШ та ДПК, поєднаною з артеріальною гіпертензією (АГ) та цукровим діабетом типу 2 (ЦД 2) і 15 практично здорових осіб. Езофагогастродуоденоскопія (ЕФГДС) проводилась за допомогою фіброгастроскопу фірми "Olympus" (Японія) згідно із загальноприйнятою методикою та виконана у 100% хворих, а ЕФГДС з прицільною біопсією - у 64% хворих.

При ЕФГДС встановлено, що у всіх пацієнтів із ПВШ та ДПК і наявності чи відсутності АГ із ЦД2 виявлено виразкові дефекти в межах 0,5 – 0,9 см. Проте, у хворих із ПВШ та ДПК у поєднанні з АГ та ЦД типу 2 виразкові ураження виявляли в межах 0,7 – 0,9 см. Типовими змінами слизової оболонки шлунка у хворих на ПВШ та ДПК були: набряк (91,30%), обмежене запалення (42,25%) та геморагічні зміни (15,69%).

При гістологічному дослідженні встановлено, що у 70% хворих на ПВШ та ДПК виявлено *H. pylori* та 90% - на ПВШ та ДПК із АГ і ЦД 2.

У хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки, поєднаної з артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом типу 2 спостерігається збільшення набряку, запалення, геморагічні зміни та частота виявлення *H. pylori* перевищували у порівнянні з хворими на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки без супутньої патології, що свідчить про інтенсивніші зміни ураження слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки та порушення швидкого загоєння виразкового дефекту.

Хребтій Г.І.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНЕ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ І СУДИН ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ З ДЕФІЦИТОМ МАСИ ТІЛА

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Буковинський державний медичний університет*

Основна увага при профілактичних методах впливу на розвиток кардіоваскулярних ускладнень надається надлишковій масі тіла. Більшість епідеміологічних досліджень свідчить про те, що смертність від серцево-судинних захворювань має U-подібний зв'язок з модифікаціями у вигляді L- і J-залежності з індексом Кетле.

Метою дослідження було вивчення особливостей структурно-функціонального ремоделювання міокарда та ендотеліальної функції судин у хворих з артеріальною гіпертензією та недостатньою масою тіла.

На сьогоднішній день обстежено 57 хворих чоловіків на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії, віком від 60 до 85 років, в середньому – $78 \pm 5,9$ років. Першу групу (27 чоловіків) склали хворі на ГХ з дефіцитом маси тіла, другу групу (контроль) – 30 хворих на ГХ з нормальною масою тіла.



При аналізі ехокардіографічних показників у хворих з дефіцитом маси тіла виявляється тенденція до формування найбільш неблагоприємного типу ремоделювання – концентричної гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ) та порушення діастолічної функції по I типу. У групі хворих із зниженою масою тіла при порівнянні із групою пацієнтів із задовільною вгродованістю спостерігається дещо менша маса міокарду лівого шлуночка ($228,8 \pm 6,2$ г та $258,4 \pm 6,1$ г відповідно, $p < 0,001$), що свідчить про дещо меншу ступінь ГЛШ та зменшення часу сповільнення раннього діастолічного наповнення ($0,220 \pm 0,002$ с та $0,238 \pm 0,002$ с, $p < 0,01$), обумовлене, імовірно, підвищенням жорсткості міокарда, що негативно впливає на скоротливу здатність серця.

При проведенні доплерографії плечової артерії (ПА) встановлено, що вихідний діаметр ПА (мм) в першій групі склав $3,9 \pm 0,3$ в другій $4,1 \pm 0,2$ ($p > 0,05$). Ендотеліальна вазодилатація (ЕЗВД) (%) в першій групі склала $3,2 \pm 0,8$ в другій $8,6 \pm 0,2$ ($p < 0,001$). Величина ендотеліальної вазодилатації (%) в першій групі склала $12,9 \pm 2,1$ в другій $14,1 \pm 1,5$ ($p > 0,05$). Таким чином, у хворих на ГХ II стадії, за даними дослідження, виявлені порушення ЕЗВД ПА і зниження чутливості ПА до напруження зсуву, незалежно від наявності дефіциту маси, хоча більш виражені у хворих з недостатньою масою тіла. Імовірно, одним із механізмів зростання кардіоваскулярної смертності у хворих з дефіцитом маси є поглиблення ендотеліальної дисфункції.

Чимпой К.А.

ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМИ ПЛАЗМИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ДИФУЗНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ТИРЕОЇДНОГО ГОМЕОСТАЗУ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Загальновідомо, що активація вільнорадикального пероксидного окиснення ліпідів та білків відіграє важливу роль в патогенезі хронічних дифузних захворювань печінки (ХДЗП). Водночас особливості показників системи про- та антиоксидантної захисту у хворих на ХДЗП із порушенням тиреоїдного гомеостазу залишаються поза увагою науковців.

Метою роботи було з'ясувати особливості показників про- та антиоксидантної систем плазми крові хворих на ХДЗП із порушенням тиреоїдного забезпечення організму.

Обстежено 82 хворих на ХДЗП та 20 практично здорових осіб, що склали контрольну групу. Інтенсивність ПОЛ оцінювали за вмістом у крові маломолекулового альдегіду та за рівнем окисної модифікації білків. Стан протирадикального захисту оцінювали за вмістом в крові церулоплазміну, активністю каталази та показниками глутатіонзалежної системи детоксикації – відновленого глутатіону, глутатіонпероксидази та глутатіонредуктази, а також за загальною антиоксидантною активністю плазми крові.

Проведеним дослідженням встановлено вірогідне зростання в плазмі рівня маломолекулового альдегіду (на 30,8%, $p < 0,001$) та ступеня окисної модифікації білків (на 45,4%, $p < 0,001$) в обстежених хворих порівняно з контролем. В ході аналізу показників антиоксидантної системи плазми крові в основній групі відмічено помітне зростання рівня церулоплазміну (на 68,7% ($p < 0,001$)) та пригнічення активності каталази (у 1,3 рази, ($p < 0,001$)), глутатіонпероксидази (32,4%, $p < 0,001$) та глутатіонредуктази (47,1%, $p < 0,001$), на тлі зниження рівня відновленого глутатіону (на 55,5%, $p < 0,001$). Про виснаження захисних механізмів організму також свідчило вірогідне зниження показника загальної антиоксидантної активності крові (на 7,1%, $p < 0,01$).

Отже, у хворих на хронічні дифузні захворювання печінки із порушенням тиреоїдного гомеостазу виникають зміни з боку про- та антиоксидантної системи плазми крові, що супроводжуються інтенсифікацією процесів пероксидації на тлі розбалансування системи протирадикального захисту.

Чурсіна Т.Я.

ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАСАД ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ – НАГАЛЬНА ПОТРЕБА СУЧАСНИХ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

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

Загальновідомою тезою сьогодення є усвідомлення того, що для твердження про що-небудь необхідно мати у наявності достовірні, тобто статистично доведені факти. Прогрес в області медичних знань тісно пов'язаний з появою результатів нових широкомасштабних досліджень, які проводяться у відповідності з вимогами доказової медицини. Як визнано експертами ВООЗ, однією з основних умов успішного реформування національних систем охорони здоров'я і підвищення якості надання медичної допомоги населенню є впровадження в практику концепції доказової медицини, або медицини, яка ґрунтується на доказах.

Доказова медицина – це особливий стиль практичної діяльності, за якого найважливішою тезою стає загальновідомо: в медицині будь-які рішення (від проведення реформ до призначення індивідуальної терапії) повинні ґрунтуватися лише на достовірних наукових даних.

Принципам доказової медицини належить стати основою проведення наукових досліджень, клінічного та фармако-економічного аналізу молодими науковцями. Бажаною для співробітників університету була би можливість доступу до платних баз даних, що складають Кохрейнівську бібліотеку, зокрема золотого стандарту метабаз – Кохрейнівської бази даних систематичних оглядів (Cochrane Database of Systematic Reviews), в яких поряд з результатами клінічних досліджень і систематичних оглядів зарубіжних фахівців наводяться методичні



рекомендації з проведення клінічних досліджень, оцінки та статистичної обробки їхніх результатів, правила підготовки й критичного оцінювання статей у наукових та науково-практичних медичних виданнях.

Доцільним також є створення університетського центру з надання молодим науковцям консультативної допомоги кваліфікованими спеціалістами з питань організації та проведення клінічних досліджень, медичної статистики з метою отримання максимально об'єктивного результату. Відомо, що об'єм міжнародних медичних публікацій авторів з України в журналах Scopus знаходиться на 75 місці (між Оманом та Угандою).

З метою підвищення можливості публікацій у міжнародних журналах доцільним є організація тренінгів, присвячених підготовці рукопису наукової медичної статті для подання в міжнародний журнал, системі оцінки якості журналу, підвищенню обізнаності в критерії цитування робіт вченого. Високе цитування передбачає початкову інтеграцію (тобто, розуміння того, кого зацікавить ваша публікація, якою повинна бути міжнародна інтеграція вашого наукового колективу і співавторство та ін.) Без такого усвідомлення розуміння ринку та інтеграції складно очікувати високого цитування закордонними колегами.

Також необхідно розуміти, що за умов відсутності належного інформаційного забезпечення науки та освіти, міжнародної інтеграції, без проведення досліджень на засадах доказової медицини тощо, неможливо створити «конкурентоспроможну» науку. Тільки комплексне вирішення цієї складної проблеми відкриває перед спеціалістом можливість для кар'єрного та професійного зростання, включаючи запрошення на міжнародні конференції, отримання грантів.

Швець Н.В.

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ І ОЖИРІННЯМ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

В усьому світі зростає поширеність ожиріння, особливо у промислово розвинених регіонах, де є велика різноманітність висококалорійних і недорогих продуктів, а спосіб життя стає все більш "сидячим", останнє стало значним і серйозним аспектом громадського здоров'я. Підвищений артеріальний тиск, що вимагає лікарського обстеження і лікування, є майже у кожного четвертого жителя нашої планети. Близько двох третин дорослого населення, котрі вважаються здоровими, має ризик розвитку артеріальної гіпертонії. Хвороба вражає працездатну частину населення, будучи причиною періодичної непрацездатності та інвалідизації. Остеоартроз є результатом взаємодії генетичного, еволюційного та набутого механічного факторів, що порушують баланс між процесами деградації і утворення позаклітинного матриксу суглобового хряща та субхондральної кістки, призводячи до морфологічних, біохімічних та молекулярних змін, із наступною прогресуючою втратою хряща та розвитком синдрому хронічного болю. Для корекції вищезазначених поєднаних патологічних процесів доцільним є використання омега-3-поліненасичених жирних кислот, водночас дане питання вивчено недостатньо.

Метою дослідження стало з'ясування впливу омега-3 поліненасичених жирних кислот на зміни добового профілю артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з остеоартрозом та ожирінням. Обстежено 42 хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з остеоартрозом та ожирінням. Проводили добове моніторування артеріального тиску впродовж 24 год за допомогою вимірювача артеріального тиску ВАТ 41-2 (фірма „Solvaig”, Угорщина). В подальшому нами аналізувалися дані отримані в певні часові інтервали, а саме о 12, 16, 20, 24, 4, 8 год, за якими розраховували мезор і амплітуду систолічного і діастолічного артеріального тиску. Усі пацієнти були поділені на дві групи: 1 група - контрольна (артеріальна гіпертензія + остеоартроз + ожиріння), яка отримувала базисну терапію (лізиноприл в добовій дозі 10 мг) і 2 група - дослідна (артеріальна гіпертензія + остеоартроз + ожиріння + омега-3-поліненасичені жирні кислоти), яка крім базисної терапії додатково отримувала препарат Епадол Нео по 1 капсулі тричі на день. Проведення багатофакторного регресійного аналізу виявило вираженість достовірних корелятивних зв'язків між діастолічним тиском о 20 год, діастолічним тиском о 24 год та діастолічним тиском о 4 год ночі в хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з остеоартрозом та ожирінням.

Таким чином, за рахунок вищеперелічених властивостей омега-3 поліненасичені жирні кислоти у хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з остеоартрозом та ожирінням зумовлювали зниження систолічного артеріального тиску о 4 год ночі та гальмування діастолічного артеріального тиску в вечірній та нічний періоди доби, а саме о 20, 24, 4 год. Виявлені найбільш істотні протекторні властивості омега-3 поліненасичених жирних кислот у хворих на артеріальну гіпертензію у поєднанні з остеоартрозом та ожирінням на рівень діастолічного тиску в вечірній та нічний періоди доби дають змогу рекомендувати їх застосування таким хворим переважно на ніч.

Шоріков Є.І.

ПРЕДИКТОРИ РИЗИКУ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

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

Відомо, що артеріальна гіпертензія є найбільш розповсюдженим захворюванням серцево-судинної системи, яке займає одне з провідних місць у структурі серцево-судинної смертності. У економічно розвинених



країнах спостерігається підвищення артеріального тиску у 30-40% відсотках населення. Цукровий діабет (ЦД), у свою чергу, є важливою медико-соціальною проблемою внаслідок дуже широкої розповсюдженості: до 2030 року у світі очікується збільшення кількості хворих на ЦД до 438 млн. людей (7,8%). Від часу появи у пацієнта ЦД, особливо 2 типу, до його виявлення може пройти від 7 до 12 років, але на момент встановлення діагнозу вже майже 50% хворих мають те або інше ускладнення. Отже оцінка ролі різноманітних факторів ризику у виникненні гострих порушень мозкового кровообігу у хворих на цукровий діабет 2 типу із артеріальною гіпертензією за даними тривалого 5 річного проспективного спостереження за пацієнтами Буковинського регіону і стало метою нашої роботи.

У проспективне 5-річне дослідження було включено 594 пацієнти із артеріальною гіпертензією та цукровим діабетом 2 типу, що проживають на території Чернівецької області. Наявність гострого порушення мозкового кровообігу (ішемічного інсульту або транзиторної ішемічної атаки) виступало причиною госпіталізації пацієнтів, що було зафіксовано у протоколі досліджень (основна група). З традиційних факторів ризику Фремінгемської моделі проводилась оцінка виникнення ГПМК в залежності від віку хворого, індексу маси тіла, рівня холестерину плазми крові, вмісту креатиніну, швидкості клубочкової фільтрації, структурних змін серцевого м'язу. З інших факторів ризику («нетрадиційних») у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу оцінювалась зміни рівню гемоглобіну, гематокриту, кількісних показників вмісту лейкоцитів, сегментоядерних та паличкоядерних нейтрофілів, лімфоцитів, моноцитів та еозинофілів, показники вмісту фібриногену, толерантності плазми до гепарину, часу рекальцифікації, а також частоти серцевих скорочень у спокої.

Кількість хворих, яким разом із артеріальною гіпертензією встановлено діагноз супутнього цукрового діабету 2 типу склало в цілому по групі 190 осіб (31,98%), у 404 (68,02%) осіб цукровий діабет був відсутній. Загальна кількість епізодів ГПМК під час нашого дослідження становила 44 випадки на 594 хворих, що становить 7,71% серед усіх обстежених хворих. Таким чином, наявність супутнього цукрового діабету може слугувати одним із факторів ризику розвитку епізодів ГПМК у хворих на артеріальну гіпертензію серед обстежених хворих ($p=0,047$). Нами встановлено відсутність впливу вікового фактору та вихідної частоти серцевих скорочень на вірогідність появи епізодів ГПМК у хворих на артеріальну гіпертензію та супутній цукровий діабет 2 типу серед жителів Буковинського регіону. Натомість, ми спостерігали серед пацієнтів із супутнім цукровим діабетом 2 типу велику кількість пацієнтів із збільшеним індексом маси тіла ($p=0,02$). Щодо дослідження взаємозв'язку між такими нетрадиційними факторами ризику як загальний клітинний склад крові та рівень гемоглобіну та виникненням епізодів ГПМК у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу, то вірогідного впливу у жителів Буковинського регіону виявлено не було, (у всіх випадках $p>0,05$). Аналогічними виявилися результати дослідження таких традиційних факторів ризику як рівень холестерину та швидкість клубочкової фільтрації та змін рутинної коагулограми ($p>0,05$). Стійка асоціація між виникненням ГПМК у хворих на артеріальну гіпертензію із супутнім цукровим діабетом 2 типу та за відсутності даних хвороб спостерігалась при збільшенні товщини стінок лівого шлуночка (як задньої стінки лівого шлуночка, так і міжшлуночкової перетинки) ($p<0,05$). Відповідно, у цьому ж напрямку зростала і показник величини маси міокарду та індекс маси міокарду ($p<0,05$).

Аналогічними виявились результати дослідження взаємозв'язку між такими нетрадиційними факторами як загальний клітинний склад крові та рівень гемоглобіну та виникненням гострих порушень ритму у хворих на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2 типу, (у всіх випадках $p>0,05$). Стійка асоціація між виникненням пароксизмальної форми фібриляції передсердь у хворих на артеріальну гіпертензію із супутнім цукровим діабетом 2 типу та за відсутності даної хвороби спостерігалась при зниженні фракції викиду ($p<0,05$) та збільшенні індексу маси міокарда ($p<0,05$) у пацієнтів даної групи. Крім того достатньо високий вплив на появу гострої аритмії встановлено і при збільшенні кінцевого систолічного розміру ($p=0,07$).

«Нетрадиційні» фактори ризику та більшість предикторів, які включені у Фремінгемську шкалу не справляють суттєвого впливу на виникнення епізодів ГПМК хворих на артеріальну гіпертензію із супутнім цукровим діабетом 2 типу у Буковинському регіоні. Предикторами ризику виникнення ГПМК у хворих на артеріальну гіпертензію із супутнім цукровим діабетом 2 типу у Буковинському регіоні виступають підвищення індексу маси тіла та потовщення стінок лівого шлуночка, збільшення маси міокарду та індексу маси міокарду.

Шумко Г.І.

ІМУНОЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ.

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

Бронхіальна астма (БА) продовжує займати провідне місце в структурі захворюваності органів дихання в дорослих та дітей і тому залишається актуальною науковою проблемою як в Україні, так і в інших країнах. За даними епідеміологічних досліджень, на БА хворіють від 3 до 15 % населення у світі (Фещенко Ю.І., 2012; Яшина Л.О., 2012). Особливе занепокоєння викликає зростання захворюваності БА серед осіб молодого віку. На думку деяких дослідників цьому сприяє відсутність своєчасного виявлення хворих, неадекватна профілактика та терапія. Істотне значення має і обтяжена спадковість щодо атопії (Фещенко Ю.І., 2012; Яшина Л.О., 2012). У патогенезі БА важливу роль відіграють зміни в імунітокіновій системі. Патохімічні та патофізіологічні зміни, що відбуваються у хворих на БА, призводять до активації системи цитокінів, яка сприяє