

**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



хронізації екзематозного процесу в шкірі цих пацієнтів. Визначення цитокинового профілю у хворих на екзему, залежно від площі ураження шкіри вірогідних відмінностей вмісту досліджуваних прозапальних цитокінів (ФНП- α , ІЛ-1 β , ІЛ-6) у сироватці крові пацієнтів з обмеженим та поширеним ураженням шкіри не виявив. Водночас у хворих із поширеними формами дерматозу реєстрували вірогідне підвищення вмісту у сироватці крові таких пацієнтів протизапального цитокіну ІЛ-4 (у 2,5 рази, $p < 0,05$).

При аналізі досліджуваних показників цитокинового профілю у сироватці крові хворих на екзему залежно від місця їх проживання (в міських чи сільських населених пунктах) та залежно від статі пацієнтів вірогідних відмінностей досліджуваних показників не виявлено. Разом з тим, у хворих жіночої статі, у яких частіше осіб чоловічої статі реєстрували хронічні форми дерматозу з поширеним ураженням шкіри, помічено тенденцію ($p > 0,05$) до більш істотного порівняно з показниками контрольної групи підвищення рівня прозапальних цитокінів – ФНП- α та ІЛ-1 β (відповідно: в 2,87 та 2,80 рази; у хворих чоловічої статі: в 2,52 та 1,95 рази) на тлі тенденції до зниження рівня ІЛ-4 (в 1,57 рази порівняно з хворими чоловічої статі).

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про те, що у хворих на екзему в період загострення дерматозу має місце певний дисбаланс вмісту в сироватці крові про- й протизапальних цитокінів – вірогідне збільшення рівня прозапальних цитокінів (ІЛ-1 β , ФНП- α) на тлі неістотного зростання вмісту протизапального цитокіну ІЛ-4, який за тривалого перебігу дерматозу істотно знижується, що може бути однією з можливих причин хронізації екзематозного процесу в шкірі.

Тодоріко Л.Д.

ХАРАКТЕР ПОРУШЕНЬ ОРГАНІВ СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ ТА ТИРЕОЇДНА АКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології,

Буковинський державний медичний університет

Україна належить до країн із достатньо високим рівнем захворюваності на туберкульоз (ТБ) - 68,1 на 100 тис. населення. За даними ВООЗ Україна посідає I місце за питомою вагою мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) серед хворих, що отримують повторне лікування (79,4 %). В останні роки ефективність етіотропної терапії туберкульозу легень знижується внаслідок зростання частки хіміорезистентних штамів мікобактерій туберкульозу (МБТ), відсутності нових ефективних антимікобактеріальних препаратів (АМБП), поєднання ТБ та ВІЛ/СНІДу. На зростання показників неефективного та перерваного лікування мають вплив не лише соціально-економічні, але й медичні фактори. Зважаючи на обмежені можливості розширення арсеналу дієвих протитуберкульозних препаратів – удосконалення діючих режимів хіміотерапії є оптимальним вибором в умовах недофінансування галузі. Пошук важливих аспектів особливостей клінічного перебігу та удосконалення програм хіміотерапії і патогенетичного лікування у комплексній терапії хворих на поширені форми туберкульозу легень залишається актуальним завданням сучасної фтизіатрії.

Мета полягала у визначенні особливостей функціонування ЩЗ, вмісту кортизолу, оцінці характеру порушень органів системи травлення у хворих на ХРТБ, удосконаленні методів діагностики та оптимізації програми хіміотерапії.

Використовували наступні методи дослідження: клінічні (зібрання скарг, анамнезу, огляд, фізикальне обстеження анкетно-опитувальні); лабораторні (мікроскопічні, мікробіологічні, загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові); імунологічні (імунограма, лейкоцитарний індекс інтоксикації); імуноферментні (гормональний профіль щитоподібної залози, стан тиреоїдної функції гіпофіза, вміст кортизолу, С-реактивний білок); імуноцитохімічні (ступінь апоптозу епітеліоцитів бронхів, проліферативна активність клітин); інструментальні (оглядова та бокова рентгенографія ОГК, томографія ОГК, комп'ютерна томографія, функція зовнішнього дихання, фібробронхоскопія, УЗД органів черевної порожнини); статистичні (параметричні та непараметричні методи варіаційної та рангової статистики).

Найбільш типовими для токсичних гепатитів, який розвинувся внаслідок поліхіміотерапії є скарги на дискомфорт і важкість у правому підбер'язі, які турбують більше половини хворих. Переважали симптоми: гепатомегалія – 87 (70,73%), інтоксикаційний – 64 (52,03%), астено-вегетативний – 84 (68,29%), диспепсичний – 58 (47,15%), жовтяничний – 53 (43,08%). У хворих на ХРТБ легень з токсичним гепатитом переважав поширений деструктивний туберкульоз – у 67,48% випадків та з бактеріовиділенням – у 63,41% осіб. МРТБ легень діагностований у 73,08%. Імунологічна реактивність організму була знижена у 76% хворих. Погана переносимість препаратів спостерігалася у 69,11%.

Факторами ризику токсичного ураження печінки при прийомі АМБП у хворих з хіміорезистентністю є: вік старше 60 років; концентрація альбуміну в сироватці крові менше 35 г/л; жіноча стать; збільшення показників білірубину та раніше діагностовані хронічні захворювання печінки; позитивний тест на HBsAg; використання значної кількості препаратів відповідно до стандарту, у т.ч. і з включенням піразинаміду; зловживання алкоголем.

Отримані результати тиреоїдної активності свідчать проте, що ТБ процес супроводжується низьким рівнем вільного тироксину (вТ₄), що компенсується за рахунок високої периферійної конверсії вільних тиреоїдних гормонів (вТГ), супроводжується високим показником вільного трийодтироніну (вТ₃), що є адекватною реакцією щитоподібної залози (ЩЗ) на системні прояви інтоксикаційного синдрому інфекційного характеру.



У період захворювання активним токсичним гепатитом (3 тижні) хіміотерапію не проводили. Призначали діету №5, метаболічні, дезінтоксикаційні препарати (у т.ч. глутаргін, тівортін, ентеросорбенти). Після лікування токсичного гепатиту продовжували ХТ двома менш гепатоксичними препаратами на тлі призначення гепатопротекторів, вітамінотерапії.

У хворих на ХРТБ легень із супутньою виразковою хворобою шлунку та ДПК, різними варіантами гастриту, рекомендується застосування в інтенсивну фазу ін'єкційних форм АМБП відповідно до схем лікування за відповідною категорією.

До програми стандартного етіотропного лікування ХРТБ легень за 4 категорією (8ZKm(Am)QE(t)Cs(Tz, PAS) / або 8EZKm(Am)EtPASQ) призначали препарат «Глутоксим». Уводили один раз на добу в дозі 1 мл 3% розчину (30 мг) щодня п'ять днів, потім по 1 ін'єкції через день ще 10 раз (всього 15 ін'єкцій).

Таким чином, включення у стандартні схеми хіміотерапії глутоксиму в кінці I місяця інтенсивної фази виявило вірогідно позитивний ефект через потенціювання дії протитуберкульозних препаратів, що сприяло підвищенню ефективності лікування за рахунок позитивної динаміки імунно-цитокінового та тиреоїдного балансу, прискорилося клінічно-позитивна динаміка (37%), скоротилися терміни припинення БК (28%); за рентгенологічними даними – зменшення вогнищево-інфільтративних змін (49%) та зменшення розмірів деструкції (25%), що призводило до покращання якості життя пацієнтів.

СЕКЦІЯ 16

ФАРМАКОЛОГІЧНА ДІЯ ТА ФАРМАКОКІНЕТИКА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Букатару Ю.С.

АНТИГІПОКСАНТНА АКТИВНІСТЬ ПОХІДНОГО-ЛІДЕРА 2-БЕНЗАМІДО-2-(2-ОКСОІНДОЛІН-3-ІЛІДЕН) ОЦТОВОЇ КИСЛОТИ ЗА УМОВ ГЕМІЧНОЇ ГІПОКСІЇ

Кафедра фармакології

Буковинський державний медичний університет

Спільною патогенетичною ланкою розвитку будь-якого критичного стану є гіпоксія. Існуючі методи і способи корекції гіпоксії часто не приносять належних результатів. Тому питання лікарської профілактики та фармакотерапії гострих видів гіпоксії є важливою медико-біологічною проблемою.

Раніше в серії скринінгових досліджень на моделі гострої гіпобаричної гіпоксії виявлена виражена антигіпоксанта активність похідного 2-бензамідо-2-(2-оксоіндолін-3-іліден) оцтової кислоти – речовини № 15 ((Z)-N-(1-(1-метил-2-оксоіндолін-3-іліден)-2-оксо-2-(фенетиламіно)етил)бензамід).

Метою роботи було вивчення антигіпоксанта активності похідного-лідера 2-бензамідо-2-(2-оксоіндолін-3-іліден) оцтової кислоти, за умов гемічної гіпоксії.

Дослідження проводили на 28 білих нелінійних статевозрілих щурах-самцях масою 180-200 г, віком 3 місяці. Гемічну гіпоксію моделювали внутрішньочеревинним введенням 1% розчину натрію нітриту в дозі 50 мг/кг. Речовину, що досліджували, вводили внутрішньочеревинно за 35 хв до моделювання гіпоксії у дозі 15 мг/кг у вигляді водної суспензії, стабілізованої полісорбатом 80 (Твін 80). Препарат порівняння антигіпоксанта Мексидол вводили в дозі 100 мг/кг. Тваринам контрольної групи вводили еквівалентну кількість водної суспензії з полісорбатом 80.

За результатами дослідження похідне-лідер збільшував час життя тварин при гемічній гіпоксії на 90%, а препарат порівняння Мексидол на 50% ($p < 0,05$) порівняно з даними контролю. Отже, у результаті дослідження була виявлена нова хімічна речовина, яка за антигіпоксанта активністю перевищує препарат порівняння Мексидол, а також активність досліджених раніше похідних 2-бензамідо-2-(2-оксоіндолін-3-іліден) оцтової кислоти.

Гайна Ж.М., Івасюк С.Н.

ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИГЕЛЬМІНТНИХ, АНТИОКСИДАНТНИХ ТА НЕФРОПРОТЕКТОРНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ДИКОРΟΣЛИХ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Кафедра фармацевтичної ботаніки та фармакогнозії

Буковинський державний медичний університет

Застосування фітопрепаратів у XXI столітті є надійним і перспективним науково-практичним напрямком, оскільки активні компоненти лікарських рослин (ЛР) за структурою близькі до метаболітів людського організму і тому діють більш м'яко і з високим ступенем безпечності. Лікарська рослинна сировина може бути використана для профілактики та лікування як самостійно, так і в комплексній терапії системних недуг. Особлива увага надається використанню ЛР при захворюваннях, викликаних ураженням гельмінтними інвазіями, що може супроводжуватися порушенням роботи організму в цілому – зниження імунітету, порушення роботи видільної системи, в тому числі і сечовидільної.

Відомо, що якісний і кількісний вміст діючих речовин в ЛР залежить від місця зростання і фази вегетації. Разом з цим, також, слід враховувати чутливість організму людини залежно від генетично-еволюційного розвитку до природних чинників, їжі, в тому числі до дикорослих ЛР із географічної зони його народження.