

**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



спрямування. Під спостереженням перебували 110 хворих на розацеа, з них 71 (64,5%) жінка та 39 (35,5%) чоловіків віком від 29 до 64 років, з них у 36 (32,7%) хворих діагностовано еритематозно-телеангіектатичну стадію (форму), а в 74 (67,3%) осіб – папуло-пустульозну стадію (форму) дерматозу. У 43 пацієнтів дерматоз тривав до 6 місяців, у 44 – від 6 до 12 місяців, у 23 – більше року. У хворих на розацеа до і після лікування досліджували вміст у сироватці крові окремих цитокінів про- і протизапального спрямування – інтерлейкінів - 4, 8, 10, 17A і 18 (ІЛ-4, ІЛ-8, ІЛ-10, ІЛ-17A, ІЛ-18) методом імуноферментного аналізу. Контрольну групу склали 18 практично здорових осіб (донорів) подібного віку й статі. Статистичну обробку результатів досліджень проводили з використанням пакетів ліцензованих програм «Microsoft Excel» та «STATISTICA 6.0» StatSoft Inc.

Встановлено, що у хворих на розацеа є дисбаланс показників цитокінового профілю периферійної крові, а саме вірогідне підвищення порівняно з контрольною групою рівня прозапальних цитокінів – ІЛ-8 (в 2,14 рази, $p=0,012$), ІЛ-17A (в 4,11 рази, $p<0,001$) та ІЛ-18 (на 63,3%, $p=0,002$) на тлі неістотного підвищення вмісту ІЛ-10 ($p=0,96$) та тенденції до зниження ІЛ-4 (на 22,1%, $p=0,076$). Більш істотні зміни сироваткового вмісту досліджуваних цитокінів визначено у хворих на папуло-пустульозну стадію (форму) дерматозу порівняно з еритематозно-телеангіектатичною стадією розацеа. У процесі лікування хворі на розацеа були розподілені на дві подібні за клінічними проявами дерматозу групи: першу (порівняльну) – 56 хворих, які отримали стандартну терапію дерматозу, та другу (основну) – 54 хворих, яким з урахуванням клінічних проявів розацеа та рівня показників досліджуваних цитокінів додатково призначали антигістаміновий засіб із протизапальною дією із вмістом біластину та препарат кетотифену фумарат, що гальмує вивільнення й активність гістаміну та інших медіаторів запалення. Для оцінки клінічних проявів розацеа у хворих до і після лікування застосовували шкалу діагностичної оцінки розацеа (ШДОР). Згідно результатів досліджень, у хворих на розацеа основної групи після комплексного лікування встановлено зменшення сироваткового вмісту ІЛ-8 (на 45,2%, $p = 0,036$), ІЛ-17A (на 49,4%, $p = 0,006$) та ІЛ-18 (на 27,5%, $p = 0,075$) за лише тенденції до зменшення у пацієнтів порівняльної групи ІЛ-18 (на 22,7%, $p = 0,15$). У хворих основної групи також встановлено кращі клінічні результати лікування з вірогідним зменшенням у них показника ШДОР відносно його значення після лікування у пацієнтів порівняльної групи (на 39,4%, $p < 0,001$).

Отже, застосування у комплексному лікуванні хворих на розацеа антигістамінових засобів із протизапальною дією (біластин, кетотифену фумарат) сприяє нормалізації чи тенденції до нормалізації сироваткового вмісту цитокінів прозапального спрямування (ІЛ-8, ІЛ-17A, ІЛ-18), а також вірогідно покращує клінічні результати лікування таких пацієнтів.

Сулятицька Ж.В.

НЕБУЛАЙЗЕРНА ТЕРАПІЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗИ ЛЕГЕНЬ ТА БРОНХООБСТРУКТИВНОМУ СИНДРОМІ

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Розробка методів для доставки протитуберкульозних препаратів безпосередньо в легені через дихальні шляхи є важливою терапевтичною метою. Очевидні переваги інгаляційної терапії включають в себе можливість безпосереднього і швидкого впливу на зону запалення в слизовій оболонці, орієнтацію на альвеолярні макрофаги, що несуть мікобактерії, знижений ризик системної токсичності та поліпшення дотримання пацієнтом прийому препаратів. У період епідемії стає очевидним, що поширені форми туберкульозу (ТБ) легенів, особливо деструктивні, розвиваються із залученням бронхіальної системи, що стає однією із важливих причин низької ефективності програм лікування.

Проведений аналіз вітчизняних та закордонних літературних даних щодо застосування небулайзерної терапії в лікуванні хворих на туберкульоз із супутнім бронхообструктивним синдромом.



За допомогою небулайзерної терапії можлива ефективна доставка препаратів з протизапальною, муколітичною, бронходилатуючою та антимікобактеріальною дією. Основною метою інгаляційної терапії є досягнення максимального місцевого терапевтичного ефекту в дихальних шляхах при відсутності побічних проявів. Розпилювання лікарського препарату, яке відбувається при утворенні аерозолі, збільшує загальний обсяг лікарської суспензії, поверхню контакту з ураженими ділянками тканин, що істотно підвищує ефективність лікування.

При проведенні інгаляційної терапії необхідно дотримуватися певної послідовності використання лікарських речовин. Наявність великої кількості мокротиння перешкоджає всмоктуванню речовини, яка вдихається. У зв'язку з цим інгаляції потрібно починати з відхаркувальних засобів, що розріджують слиз.

Інгаляції антибіотиків рекомендують після визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до даної групи препаратів і відсутності протипоказів: легеневі кровотечі, травматичний або спонтанний пневмоторакс, бульозна емфізема легенів, серцева аритмія, важка серцева недостатність.

Хороший результат продемонструвало комбіноване застосування розчину ізоніазиду: 2,5 мл 10%-го розчину ізоніазиду вводити внутрішньовенно. Через 2,5-3 год., коли досягається максимальна концентрація препарату в організмі, 2,5 мл розчину ізоніазиду розвести у 2,5 мл фізіологічного розчину та проводити інгаляції протягом 15 хв. за допомогою небулайзера. Таку схему можна використовувати 1 раз на день протягом інтенсивної фази хіміотерапії.

З метою кращого надходження лікарського розчину у зону ураження та зняття бронхообструктивного синдрому у хворих на ТБ легень із першого дня проводять бронходилатативну терапію (фенотерол + іпратропію бромід, сальбутамол + іпратропію бромід, пролонговані β_2 -агоністи + інгаляційні кортикостероїди). За необхідності тривалого застосування аерозолетерапії в комплексному лікуванні необхідно робити перерви між курсами інгаляцій на 2 тижні з метою відновлення мукоциліарного кліренсу слизової дихальних шляхів.

Призначення коротких курсів інгаляцій АМБП та бронходилататорів у комплексному лікуванні хворих на ТБ сприяє: ліквідації симптомів інтоксикації, розсмоктуванню запальних змін в легенях, зменшенню запального набряку слизової оболонки дихальних шляхів, усунення проявів бронхообструктивного синдрому, використання їх в передопераційному періоді разом із бронхолітиками та іншими патогенетичними засобами підвищує синтез сурфактанту, а в післяопераційному періоді зменшує частоту таких ускладнень, як ателектаз або нерозправлення легені, пневмонія.

Тодоріко Л.Д.

**ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМНИХ ПРОЯВІВ
ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ)
ЗА ФАКТОРНИМ АНАЛІЗОМ**

Кафедра фтизіатрії та пульмонології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Метою було визначення предикторів патогенетичних механізмів прогресування ХОЗЛ і формування системних проявів, шляхом проведення дисперсійного аналізу повнофакторного експерименту.

Був проведений факторний аналіз з оцінкою відсотка дисперсії, суми квадратів відхилен параметрів, що вивчалися („моделюемого” параметру-відгуку X: окремі показники гормонального (вільний трийодтиронін, тироксин (вТ₃ та вТ₄), тиреотропний гормон (ТТГ), антитіла до тиреопероксидази (АТ-ТПО), кортизол), цитокінового (ІЛ-1 β , ІЛ-10, ІЛ-6, ФНП- α) та метаболічного гомеостазу при ХОЗЛ) під впливом фіксованого (контролюемого