

**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



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 аерозолу, 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



параметру) Y (хворі на ХОЗЛ з тиреоїдною гіпофункцією). Використано програмне забезпечення SPSS 13,0.

За результатами факторного аналізу системними проявами та суттєвими чинниками прогресування ХОЗЛ є множинні зміни тиреоїдного гомеостазу (за вмістом вільних тиреоїдних гормонів та ТТГ), які виявляються на рівні вертикальної регуляції (гіпофіз-щитоподібна залоза-периферійна конверсія), цитокінова (за вмістом ІЛ-1 β та ІЛ-10), апоптотична та метаболічна дисфункції (оксидативний стрес (за ОМБ НХ та МАпл крові), гемореологічна недостатність (за АТШ, XIII фактором)), що формуються на тлі гіпокортизолезії за гіпотиреоїдним адаптивним типом про що свідчить отриманий нами Варімакс з нормалізацією Кайзера (рис.).

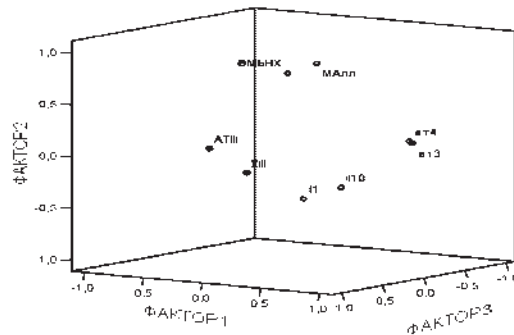


Рис. Метод обертання (Варімакс з нормалізацією Кайзера)

Аналіз показників матриці коефіцієнтів оцінок компонентів тиреоїдного, цитокінового та метаболічного гомеостазу підтвердив отримані нами результати щодо значимості, зокрема, таких основних факторів як вТ₄, ІЛ-1 β , ОМБ НХ, XIII фактора в патогенезі прогресування ХОЗЛ.

Тісні зв'язки між ендокринною, імунною та метаболічною системами при ХОЗЛ мають інтерактивний характер, йдеться про взаємодію ендокриноцитів, імунокомпетентних клітин та циркулюючих і резидентних клітин бронхолегеневої паренхіми та їх вплив на формування системних проявів та прогресування захворювання. Така взаємодія базується на здатності метаболічних чинників (продукти перекисного окиснення ліпідів, окиснювальної модифікації білків, протеолітична активність крові) та цитокінів впливати на експресію вільних тиреоїдних гормонів і кортизолу та їх рецептори і, навпаки. Мова може йти за існування триєдиного метаболічно-ендокринно-цитокінового комплексу, функціонування котрого забезпечує пристосування організму до несприятливих факторів оточуючого середовища при ХОЗЛ, тобто загальну гіпотиреоїдну адаптаційну реакцію.

Таким чином, підтверджено, що наявність ХОЗЛ є визначальним чинником впливу на тиреоїдний гомеостаз у пацієнтів. Вплив тироксину переважав ступінь впливу йодотироніну, обидва персважали над впливом тиреотропного гормону і позитивним титром антитіл до тиреопероксидази. Найбільший ступінь змін виявлявся при асоціації факторів і вплив показників тиреоїдного гомеостазу переважав над рівнем кортизолу.