

**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



супроводжується ішемічними порушеннями в плаценті і затримкою росту плода. Пізня ПЕ асоціюється з низько градієнтним хронічним запаленням, більш високим індексом маси тіла, інсулінорезистентністю.

З метою покращення метаболізму та активації гомеостатичних реакцій фето-плацентарного комплексу вагітним групи ризику розвитку ПЕ з 8 до 18 тиж. вагітності доцільно призначити гестагени (дюфастон по 20мг), метаболічну терапію курсами, в якості якої використовуються стандартні комплекси (кардонат по 1 капс. 2 рази на день, ліпосева кислота 1табл. 3 рази на день, калію оротат по 0,5 г 3 рази на день, троксевазин 1 капс. 2 рази на день, ериніт 1т. 3 р. на день); нейрометаболічні стимулятори (інстенон по 1 драже 1раз на добу) та препарати гепатопротекторної та антиоксидантної дії – “ХОФІТОЛ” по 1-2 таблетки 3 рази на день за 20 хв. до їди.

Використання запропонованого комплексу дало змогу знизити - в 1,2 рази частоту розвитку пізніх форм ПЕ важкого ступеня та субкомпенсованих та декомпенсованих форм ПД. Використання Хофітола в комплексному лікуванні ПЕ має достовірно позитивний вплив на стан новонароджених – частота народження дітей у стані асфіксії зменшилася на 13,5%. Отже, вагітним групи ризику розвитку ПЕ доцільно призначити гестагенні препарати, метаболічну терапію та препарати нейрометаболічної та гепатопротекторної дії з метою покращення процесів інвазії трофобласта, метаболізму та активації гомеостатичних реакцій фето-плацентарного комплексу.

Ясніковська С.М.

ПРОФІЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ АНЕМІЇ ВАГІТНИХ

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Буковинський державний медичний університет*

Анемія є важливою проблемою охорони здоров'я багатьох країн світу. За даними ВООЗ, аліментарна анемія вражає 20-80% жінок репродуктивного віку, в тому числі 49-90% вагітних. Серед усіх анемій у вагітних 90% припадає на частку залізодефіцитної (ЗДА). Анемія є фактором високого ризику розвитку гестозу (5-32%), акушерських кровотеч (до 40%), невиношування вагітності (до 18%), дистресу плода під час вагітності та пологів (до 34%), СЗРП (4-17%), мертвонародження (3-7,5%), перинатальної захворюваності і смертності, післяпологових гнійно-септичних захворювань.

Під спостереженням знаходилося 90 вагітних із ЗДА, яка не була обумовлена ні важкою екстрагенітальною, ні акушерською патологією. З них 46 – із анемією середнього ступеня тяжкості, 44 – із важкою ЗДА. Аналіз перебігу вагітності у обстежуваних жінок із ЗДА показав, що у більшості з них спостерігалися ускладнення: пізній гестоз, загроза переривання вагітності, ПД, дистрес плода під час вагітності, СЗРП, відсоток яких був набагато вищий при важкому залізодефіциті.

Це спонукало нас до вибору оптимального методу корекції залізодефіциту. Із препаратів, що містять залізо, нами був обраний Мальтофер (Мальтофер - таблетки жувальні 100 мг № 30 та Мальтофер Фол - таблетки жувальні 100 мг/ 0,35 мг № 30). 1 таблетка містить: 357 мг заліза (III) гідроксиду полімальтозату, що еквівалентно 100 мг заліза. Препарат має ряд переваг: доведена висока ефективність у лікуванні ЗДА; добре переноситься та викликає значно менше побічних ефектів порівняно з іншими препаратами заліза; не взаємодіє ні з їжею, ні з іншими лікарськими препаратами; має широкий спектр лікарських форм та приємний смак; зручність у застосуванні; не зафарбовує зубну емаль.

Оскільки дефіцит заліза розвивається до кінця вагітності у кожній жінки і втрата гемоглобіну матері складає 240 мг (із розрахунку 0,8 мг на добу), в останні 3 місяці вагітності плід активно росте і споживає до 200-400 мг заліза, застосування феротерапії проводилося в II-III триместрах вагітності. Добова доза складала 100-300 мг, залежно від ступеня тяжкості ЗДА.

Усі вагітні добре переносили запропоноване лікування, неприємних суб'єктивних почуттів ні у кого з них не було. Позитивна динаміка клінічної симптоматики залізодефіциту спостерігалась у 77,6% пацієнток із середнім ступенем важкості та у 50,0% жінок з тяжким перебігом анемії. Спостерігалось покращення загального самопочуття у вигляді зникнення головокружіння та загальної слабкості. Приріст еритроцитів при запропонованому лікуванні перевищував традиційне на 0,12 ($\times 10^{12}/л$) при ЗДА середньої тяжкості та на 0,23 ($\times 10^{12}/л$) при важкій анемії. Середня концентрація гемоглобіну зростала достовірно вище і суттєво відрізнялась після терапії Мальтофером: при середньому ступені важкості ЗДА – на 3,67%, при важкому - на 2,11%. Спостерігалось збільшення кількості ретикулоцитів в крові при середньому ступені важкості ЗДА – до 11,7%; при важкому – до 14,6%.

Аналіз клінічного перебігу вагітності та пологів показав, що корекція ЗДА із застосуванням Мальтоферу сприяла зменшенню частоти акушерських ускладнень. Достовірно меншою була кількість передчасних пологів (1,4% проти 7,4%), ні в одному випадку не спостерігалось переносування вагітності, а також випадків передчасного відшарування плаценти. В той же час серед вагітних, які отримували традиційну терапію, ця патологія відмічена відповідно в 2,1 і 3,2% випадків. Дистрес плода і асфіксія новонародженого відповідно в 2,5 і 5 разів рідше спостерігалась після проведення терапії з використанням Мальтоферу. Не було також випадків перинатальної смертності, тоді як в групі порівняння цей показник склав 3,2%. Отже, результати клінічного застосування Мальтоферу в комплексній терапії анемії вагітних свідчать про високу ефективність цього препарату, який сприяє зниженню частоти акушерських ускладнень при вище зазначеній патології.

СЕКЦІЯ 10 СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ТА ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРИЮВАНЬ

Білоус І.І.

КЕЛТИКАН В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
Буковинський державний медичний університет*

Діабетична полінейропатія (ДПН) – одне з найчастіших хронічних ускладнень цукрового діабету (ЦД), що діагностується майже у половині хворих. Відомо, що за наявності діабетичної полінейропатії в 1,7 разів збільшується ризик ампутації кінцівки, в 12 разів - ризик розвитку деформації стопи та в 39 разів - ризик розвитку виразки стоп.

Нами було обстежено 86 хворих на цукровий діабет II типу, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному ендокринологічному диспансері. Серед хворих було 36 жінок та 50 чоловіків, віком від 36 до 65 років. ЦД середнього ступеня тяжкості спостерігався у 82 хворих, у 4 хворих – важкий. 12 хворих знаходилися в стані компенсації захворювання, 74 – в стані субкомпенсації. Пацієнти були розподілені на 3 групи: I гр. - хворі на ЦД терміном до 1 року (29 хворих); II гр. - хворі на ЦД терміном до 10 років (30 хворих); III гр. - хворі на ЦД терміном понад 10 років (27 хворих).

Додатково хворі були розподілені на дві підгрупи. I підгрупа - пацієнти, які отримували базисну терапію: вона включала дієту №9, манініл по 5мг двічі на добу або інсулінотерапію (2/3 добової дози вранці та 1/3 дози ввечері з розрахунку 0,7 – 1,0 Од/кг маси тіла), пентоксифілін 5мл внутрішньовенно крапельно на 250 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, вітаміни групи В (42 хворих); II підгрупа - хворі, які на фоні базисного лікування отримували КЛТ (по 1 капсулі 3 рази на добу впродовж двох тижнів) (44 хворих). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Дослідження функціонального стану периферичних нервів проводили методом стимуляційної електронейроміографії (ЕНМГ) на апараті Нейро-МПВ-4 (Нейрософт, Росія).

Визначали показники амплітуди М-відповіді n.tibialis (m.abductorhallucis). У хворих I групи з тривалістю ЦД до 1 року відмічалось зниження амплітуди М-відповіді n.tibialis на 21,5% порівняно з контролем ($p<0,05$). По мірі збільшення тривалості захворювання амплітуда знижується. Так, у хворих II групи амплітуда М-відповіді знизилась на 38,6% ($p<0,05$), а у пацієнтів з тривалістю ЦД більше 10 років відмічалось вірогідне зниження амплітуди М-відповіді n.tibialis на 54,0% порівняно з контролем. У хворих I групи відмічалось збільшення амплітуди М-відповіді n.tibialis після базисного лікування на 2,6% ($p>0,05$); після додаткового призначення КЛТ на 20,7% ($p<0,05$). В II групі відмічалось незначне збільшення амплітуди М-відповіді після базисного лікування на 9,6% ($p>0,05$); після додаткового призначення КЛТ на 34,0% ($p<0,05$). У хворих з тривалістю ЦД понад 10 років відмічалась лише тенденція до збільшення амплітуди М-відповіді після базисного лікування на 6,8%; після додаткового призначення КЛТ на 36,1% ($p>0,05$).

Таким чином, в результаті інструментальних досліджень було встановлено, що у хворих ЦД вже в ранні строки захворювання відбуваються значні зміни периферичного нейромоторного апарату. Вони проявляються зниженням амплітуди М-відповіді. Вираженість та характер цих змін характеризує ступінь важкості патологічного процесу. Це свідчить про високу діагностичну цінність ЕНМГ та необхідності включення їх в комплекс обстеження хворих з ДПН. Вираженість виявлених зсувів в значній мірі визначається вихідним станом нейромоторного апарату, залежить від тривалості та важкості ЦД. Все це дозволяє зробити висновок про необхідність проведення лікувальних заходів у більш ранні стадії захворювання, до розвитку виражених структурних змін в периферичних нервах.

Васильєва Н. В.

ОСОБЛИВОСТІ НЕЙРОФАРМАКОЛОГІЇ ТІОЦЕТАМУ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології
Буковинський державний медичний університет*

Сучасна нейрофармакологія переживає нині еру найстрімішого розвитку за всю історію свого існування. Це пояснюється насамперед прогресивним зростанням кількості неврологічної патології, її подальшою актуалізацією, як одного з провідних факторів захворюваності, інвалідизації та смертності населення. За даними ВООЗ, понад 30% населення світу вживає ті чи інші нейротропні ліки, а якщо взяти до уваги тільки країни ЄС і Північної Америки, то цей показник досягає 45-50%. Тому зрозуміле постійне зростання зацікавленості фармакологів і клініцистів до пошуку та впровадження у неврологічну практику нових ефективних і безпечних препаратів.

Проблема поєднання ефективності і безпечності, безумовно, є провідною для фармакології в цілому, однак при практичному застосуванні нейротропних засобів вона набуває особливого значення, оскільки об'єктом фармакологічного втручання є мозок людини - найбільш складна та загадкова структура її організму. Тому, незважаючи на досить широкий вибір сучасних нейротропних засобів, серед них не надто багато препаратів, які цілком та повністю відповідають максимально жорстким критеріям оптимальності застосування в неврології. Саме цю обставину слід враховувати в першу чергу при розробці і впровадженні в практику нових лікарських препаратів такого типу дії.