

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ  
95 – ї  
підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

**17, 19, 24 лютого 2014 року**

**Чернівці – 2014**

УДК 001:378.12(477.85)  
ББК 72:74.58  
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

**Наукові рецензенти:**

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.  
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 Польовий В.П.  
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.  
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.  
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.  
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.  
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2014



особи), гетерозиготний генотип G/T – у 40,0% (44 особи) та гомозиготний генотип за рідкісним алелем T/T – у 18 осіб (16,3%). При розподілі основної групи хворих на ЦД 2-го типу з ДПН на підгрупи встановлено достовірне ( $\chi^2=4,39$ ;  $p=0,03$ ) зниження майже в 3 рази гетерозиготних генотипів G/T та недостовірно більше генотипів G/G в 1,6 рази і T/T в 2,4 рази у осіб з тяжким ступенем ДПН порівняно з контролем.

Наступним кроком нашого дослідження стало виявлення особливостей вуглеводного обміну в основній групі хворих з ДПН за розподілом генотипів. У хворих з гомозиготним генотипом за рідкісним алелем T/T простежувалися найвищі показники глікемії натще порівняно із хворими з генотипом G/G на 10,1% та з генотипом G/T на 16,9%, однак ці значення були статистично недостовірними. Суттєвих відмінностей значень постпрандіальної гікемії в основній групі хворих залежно від розподілу алельних варіантів гена eNOS G894T поліморфізму нами не спостерігалися. При аналізі показників HbA<sub>1c</sub> встановлено, що вірогідно вищим рівень HbA<sub>1c</sub> ( $p \leq 0,05$ ) відмічали у хворих з генотипом T/T порівняно з групою пацієнтів з генотипом G/T на 17,4% та вищим порівняно з групою хворих з генотипом G/G на 9,1% ( $p > 0,05$ ).

У пацієнтів основної групи хворих на цукровий діабет 2 типу, ускладнений діабетичною полінейропатією встановлена асоціація гомозиготного генотипу за рідкісним алелем T/T поліморфізму G894T гена ендотеліальної NO-синтази з більш високим рівнем глікемії натще у поєднанні з підвищенням показників глікозильованого гемоглобіну ( $p \leq 0,05$ ).

Ілюшина А.А.

#### МІКРОБІОЛОГІЧНІ ЗМІНИ КИШЕЧНИКУ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
Буковинський державний медичний університет*

Поширеність метаболічного синдрому (МС) серед дорослого населення, що визначена навіть за допомогою більш «м'яких» критеріїв 2001 р., досить висока, й у США складає 23,7% (24% — серед чоловіків, 23,4% — серед жінок) [Власенко Н.В., 2012; Митченко Е.И., Романов В.Ю., 2006; Mancía G., Bombelli M., Souza G., 2006]. Незважаючи на те, що аспекти МС розглядаються вченими достатньо ретельно в останні роки, але більшу увагу приділяють порушенням з боку серцево-судинної системи – тим станам, що можуть привести до важких кардіоваскулярних катастроф. А вплив патофізіологічних порушень на роботу органів травлення при МС та їх роль у підтримці цих змін залишається недостатньо визначеною, оскільки органи травлення мають безпосереднє відношення до розвитку МС і нерідко самі стають органами-мішенями [Белобородова Н.В., Белобородов С.М., 2000; Bartnik M., 2004].

Метою нашого дослідження було вивчити видовий склад та популяційний рівень мікрофлори кишечника до та після лікування хворих з метаболічним синдромом.

Обстежено 20 хворих з метаболічним синдромом (9 чоловіків і 11 жінок) у віці від 48 до 60 років до та після лікування МС, та 14 практично здорових осіб, що склали контрольну групу. Лікування МС передбачало виконання 5 основних задач: нормалізацію маси тіла (орлістат — інгібітор шлунково-кишкових ліпаз); збільшення фізичної активності; антигіпертензивну терапію (інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ), антагоністи рецепторів ангіотензину II, антагоністи кальцію); ліпідознижуючу терапію (статиї - сторвас); цукрознижуючу терапію (метформін). Крім загально-клінічного, лабораторного та інструментального обстеження всім хворим проведено мікробіологічне дослідження вмісту порожнини товстої кишки з встановленням видового та кількісного складу автохтонних облигатних і факультативних та алохтонних мікроорганізмів. Екологічний стан мікробіоценозу порожнини товстої кишки оцінювали за індексом сталості (С%), показниками частоти виявлення (Рі) та значущості (С) кожного виду [Л.В.Дячишина, 1998].

Аналіз змін видового складу та популяційного рівня мікрофлори порожнини товстої кишки надав можливість встановити, що у 14 хворих виявлений дисбактеріоз, а у 6 — дисбіоз. Дисбактеріозом I, II і III ступенів страждали по одному хворому, а дисбактеріоз IV ступеня верифікований у 11 (55%) хворих. Дисбіоз IV ступеня встановлений у 5 (26%) хворих та III ступеня — у одного хворого. Таким чином, дисбактеріоз та дисбіоз IV ступеня встановлений у 16 (80%) хворих, III ступеня — у 2 (10%) хворих, II ступеня — у 1 хворого, I ступеня — у 1 хворого.

З метою оптимізації корекції виявлених дисбіотичних порушень мікроекології порожнини товстої кишки у хворих на МС проведено дослідження видового складу і популяційного рівня порожнинної мікрофлори товстої кишки після двотижневого лікування основного захворювання. Так, після лікування МС через два тижні відбулася елімінація з порожнини товстої кишки у всіх хворих пептострептококів та у частини хворих умовно патогенних превотел, протеїв та стафілококів. Не дивлячись на це, зростав індекс сталості та показник зустрічаємості у пептокока, клостридій, цитробактера, ентеробактера та дріжджоподібних грибів роду Candida. Крім того, у даної групи хворих відмічався процес незначного покращання як видового складу, так і популяційного рівня мікрофлори порожнини товстої кишки за рахунок зростання мікроекологічних показників та популяційного рівня біфідо- та лактобактерій, елімінації з порожнини товстої кишки у всіх хворих пептострептококів. Проте в жодного хворого не нормалізувалась мікрофлора кишечника. А саме, у 12 хворих виявлений дисбактеріоз, а у 8 — дисбіоз кишечника. Дисбактеріоз та дисбіоз IV ступеня встановлений у 14 (70%) хворих, III ступеня — у 2 (10%) хворих, II ступеня — у 2 хворих (10%), I ступеня — у 2 хворих (10%).



Виходячи з цього можна дійти висновку, що двотижнева терапія МС не призводить до відновлення видового складу та популяційного рівня мікрофлори порожнини товстої кишки. Тому, з метою прискорення нормалізації мікрофлори порожнини товстої кишки необхідна її корекція за допомогою пробіотиків.

Каспрук Н.М.

#### ОСОБЛИВОСТІ КРОПИВ'ЯНКИ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
Буковинський державний медичний університет*

Актуальність проблеми алергічних захворювань шкіри зумовлена збільшенням їх частоти. Загальне розповсюдження алергічних захворювань серед населення планети складає до 50%. За нашими даними цей показник складає від 10 до 25%. Безпосередній зв'язок алергодерматозів, зокрема хронічної кропив'янки (ХК), з деякими хронічними захворюваннями ще раз підтверджує велике практичне значення різних її видів в клінічній практиці лікарів різних спеціальностей. Зростання епізодів ХК серед пульмонологічних хворих, недостатня ефективність антимедіаторних засобів спонукали нас вивчити детально провокуючі фактори щодо розвитку хронічної кропив'янки у цієї когорти хворих та запропонувати шляхи найбільш ефективного вирішення цієї проблеми.

Мета роботи – аналіз відомих або передбачуваних на момент обстеження етіологічних факторів ХК у хворих на хронічний бронхіт, що дозволить лікарям оптимізувати діагностику і лікування, планувати профілактичні заходи щодо попередження алергічних реакцій у таких пацієнтів у майбутньому.

За період 2011-2013 років нами обстежено 60 хворих, що звернулись за медичною допомогою в обласну клінічну лікарню, у яких ХК була асоційована з хронічним бронхітом, але попередньо, за даними анамнезу виключена атопія, а хронічний бронхіт був в стадії ремісії.

На основі аналізу отриманих даних була сформована група з 24 пацієнтів.

Виявлені нами причини розподілилися наступним чином:

Групи хворих	Етіологічні фактори	Кількість хворих (%)
I	Реакції на лікарські препарати (МА) (серед них а/б - 60%)	10 (41,6%)
II	Паразитарні інфекції (ПІ)	13 (54,16%)
III	Поєднання МА+ПІ	6 (25%)
IV	Чинники хімічного походження (побутова хімія, професійні фактори)	3 (12,5%)
V	Неатопічні реакції, які пов'язані із харчовими продуктами (домішки: зокрема барвники, консерванти, стабілізатори тощо)	2 (8,3%)

Усім хворим призначали Гістафен по 50мг 2 рази на добу. Тривалість терапії склала 14 днів. Окрім блокади H1-рецепторів, він активує діамінооксидазу, а також блокує серотонінові рецептори. Раніше нами була показана ефективність цього препарату у хворих із загостренням ХК, які попередньо недостатньо реагували на терапію іншими антимедіаторними засобами.

Лікування проводилось в період ремісії хронічного обструктивного бронхіту, у вигляді монотерапії, за умов елімінаційного режиму по відношенню до виявлених провокуючих факторів. Клінічну ефективність оцінювали за допомогою шоденників самостереження, в яких зверталася увага на інтенсивність свербіжу, виразність шкірних висипань, порушення сну внаслідок свербіжу. Ці симптоми пропонувалося оцінювати за 3-х бальною шкалою. Крім того, пацієнтів просили звернути увагу на можливі побічні ефекти препарату: сонливість, порушення уваги, сухість у роті та інші. Позитивні результати лікування препаратом Гістафен (повний і значний ефект) отримані у 18 (75%) пацієнтів.

Більшість хворих відзначили хорошу переносимість препарату, небажані ефекти розвинулися лише у 4 пацієнтів. Одна пацієнтка відзначала сонливість, і одну хвору турбувала нудота. Ці симптоми були слабо виражені, турбували короткочасно, не вимагали призначення медикаментів. Вони вирішилися самостійно протягом 2-3 днів, в одному випадку було запропоновано скасування проведеної терапії Гістафеном на 4 добу.

Таким чином, серед причин ХК у хворих на ХБ домінує медикаментозна непереносимість та паразитарна інфекція. В план диференціальної діагностики хронічної рецидивуючої кропив'янки на фоні хронічного обструктивного бронхіту обов'язково слід включати ретельні паразитологічне дослідження та вивчення фармакологічного анамнезу. Відмінностями ХК на фоні ХОБ є тривала персистенція уртикарій або інших елементів висипу, недостатня ефективність терапії антигістамінними препаратами 2-го покоління та кортикостероїдами.

Гістафен – високоефективний антигістамінний препарат для лікування хронічної кропив'янки при поєднаній патології: більшість хворих (83%) відзначили добру переносимість препарату, виразні позитивні зміни наступають на 3-4 добу із максимумом ефекту на 7-8 добу.