

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**105-ї підсумкової науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
присвяченої 80-річчю БДМУ  
05, 07, 12 лютого 2024 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2024 році № 3700679

**Чернівці – 2024**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали підсумкової 105-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2024. – 477 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 105-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Грицюк М.І., професор 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.

професорка Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професорка Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професорка Хухліна О.С.

професор Слободян О.М.

професорка Ткачук С.С.

професорка Годоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професорка Годованець О.І.

ISBN 978-617-519-077-7

© Буковинський державний медичний  
університет, 2024

**Результати дослідження.** Одноденний прийом МВ у здорових осіб незалежно від режимів стимулює ШКФ, нирковий транспорт електролітів, екскрецію натрію і калію за добу. При цьому, в нічний період доби зростає абсолютна реабсорбція, знижується екскреторна фракція та абсолютна екскреція калію. У хворих на пієлонефрит, при 3-х разовому режимі прийому МВ ШКФ, кліренс натрію, екскреція калію, натрію, креатиніну, реабсорбція води були нижчими за контроль. Фракція води, що екскретується перевищувала контрольні показники. У групі хворих за умов одноразового прийому МВ хвилинний діурез, екскреція креатиніну і ШКФ, фільтраційний заряд натрію, абсолютна реабсорбція натрію і калію зростали. У здорових осіб в умовах спонтаного діурезу ритмостаз екскреторної функції нирок мав циркадінний характер з акрофазою показників на денний період доби. За одноденного прийому МВ у здорових зростає рівень виділення води та креатиніну нирками не порушуючи їх циркадінний характер. У хворих на пієлонефрит в умовах спонтаного діурезу циркадні порушення екскреторної функції нирок характеризувалися зміщенням акрофазі показників відносно контрольної групи, зниженням амплітуди коливань та згладжуванням синусоїдального характеру виділення нирками води та електролітів, мезор. Структура добового ритму діурезу, натрійурезу за водного навантаження питною водою суттєво не змінювалася, маючи інвертований характер. Водне навантаження не змінювало ритм екскреції калію. За умов 3-х разового прийому та навантаження МВ відбувалася синхронізація ритмів виділення нирками води, креатиніну, натрію і калію, окрім того, навантаження МВ викликало збільшення амплітуди коливань діурезу та екскреції натрію порівняно, зумовлювало зростання діурезу та виділення нирками креатиніну за добу, збільшення амплітуди коливань діурезу та екскреції натрію в порівнянні.

**Висновки.** Функціональне навантаження нирок сприяє усуненню явищ десинхронозу. Перемінний режим внутрішнього прийому МВ типу “Нафтуса” у хворих на хронічний пієлонефрит дозволяє попередити розвиток “синдрому адаптації” (В.О.Калугін,1999) регуляторних та виконавчих систем, досягнути достатнього діуретичного ефекту без збільшення добової та курсової дози МВ.

**Горбан Б.В.**

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ВМІСТУ ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРУ РОСТУ-БЕТА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ КОРОНАВІРУСНУ ХВОРОБУ**

*Кафедра внутрішньої медицини*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Проблема лікування пацієнтів на хронічну хворобу нирок, які перенесли коронавірусну хворобу, на сьогодні залишається надзвичайно актуальною у зв'язку з розвитком ускладнень, які прискорюють темпи прогресування даної патології. Тому виникає нагальна необхідність подальшого вивчення механізмів розвитку та прогресування даної патології для подальшої розробки диференційованих підходів до лікування.

**Мета дослідження.** Дослідити вміст трансформуючого фактору росту-бета у крові та сечі хворих на хронічну хворобу нирок I - III стадій, які перенесли коронавірусну хворобу з наявністю пієлонефриту, гломерулонефриту, діабетичної нефропатії.

**Матеріал і методи дослідження.** Визначали показники трансформуючого фактору росту-бета у плазмі крові та сечі 72 хворих імуноферментним методом, яких було поділено на 3 групи: I група – пацієнти з пієлонефритом (25 осіб); II – гломерулонефрит з анефротичним синдромом (23 особи); III – діабетична нефропатія IV ст.(цукровий діабет 2 типу) (24 особи)). Контрольну групу склали 25 хворих з хронічною хворобою нирок без коронавірусної хвороби в анамнезі. Для порівняння було обстежено 20 здорових осіб. Вік пацієнтів був у межах  $47 \pm 4,5$  років. Обстежували пацієнтів з 8-12-місячним терміном після коронавірусної хвороби.

**Результати дослідження.** Виявлено, що показники трансформуючого фактору росту-бета були найвищими у хворих III групи, що вірогідно відрізнялося від відповідних даних

усіх решти обстежених ( $p < 0,05$ ). Найнижчими були рівні трансформуючого фактору росту-бета у пацієнтів I групи, але все ж дані показники були вірогідно вищими за норму ( $p < 0,05$ ) та вірогідно нижчими за показники групи контролю ( $p < 0,05$ ). Необхідно зазначити, що рівень трансформуючого фактору росту-бета в сечі був найвищим також у хворих III групи дослідження, і це було вірогідним у порівнянні як з показниками I групи ( $p < 0,001$ ), так і з даними II групи ( $p < 0,05$ ). Значення показників трансформуючого фактору росту-бета у пацієнтів групи контролю (без коронавірусної хвороби в анамнезі) не відрізнялися від відповідних даних II групи ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Виявлено найбільше зростання рівня ТФР- $\beta$  крові та сечі у пацієнтів з хронічною хворобою нирок, які перенесли коронавірусну хворобу на тлі діабетичної нефропатії. Нозологічна форма хронічної хвороби нирок має значення у прогресуванні даної патології у хворих, які перенесли коронавірусну хворобу. Трансформуючий фактор росту-бета можна використовувати як прогностичний маркер прогресуючого перебігу ХХН у хворих з наявністю артеріальної гіпертензії та попередження розвитку грізних ускладнень.

**Каньовська Л.В.**

### **ОСОБЛИВОСТІ ЕРАДИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ НЕВІДОМІЙ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб,  
Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** *Helicobacter pylori* є однією з найпоширеніших бактеріальних інфекцій у світі, яка асоційована з численними гастроентерологічними захворюваннями, такими як хронічний гастрит, пептична виразка шлунка і дванадцятипалої кишки, та підвищеним ризиком розвитку онкологічних захворювань. Ерадикаційна терапія, спрямована на видалення інфекції *H. pylori*, є ключовим фактором у запобіганні розвитку асоційованих захворювань, але ефективність стандартних схем терапії в останні десятиріччя зменшується, особливо через зростання резистентності до антибіотиків.

**Мета дослідження.** Проаналізувати дані літератури з метою дослідження схем ерадикаційної терапії за невідомої резистентності до антибіотиків

**Матеріал і методи дослідження.** Аналіз публікацій з вказаної тематики

**Результати дослідження.** На сьогодні вже немає сумніву, що досягнення ерадикації *H. pylori* інфекції стає дедалі складнішим. З часом ефективність запропонованих схем знижується. Це пояснюється передусім появою нових штамів *H. pylori*, стійких до препаратів, що призначають. Резистентні штами тяжче піддаються ерадикації і знижують ефективність терапії: за резистентності *H. pylori* до одного препарату ефективність ерадикації знижується до 30-40%, до двох - до 15%, що робить їх використання клінічно безперспективним та економічно не вигідним. Саме зі зростанням стійкості *H. pylori* до антибактеріальних препаратів пов'язують зростання захворюваності й збільшення кількості ускладнень, що вимагає значно більших витрат на лікування і є вже не тільки медичною, а й соціально-економічною проблемою. Вивчення динаміки стійкості штамів *H. pylori* у популяції має дуже важливе значення для прогнозування ефективності ерадикації в майбутньому і засвідчує важливість створення і корекції рекомендацій з лікування захворювань, асоційованих з *H. pylori*. Для ефективної боротьби з *H. pylori*, у тому числі з резистентними штамми, належить призначати адекватну терапію, до якої інфекція була б чутливою. Резистентність *H. pylori* до амоксициліну або тетрацикліну дуже низька (0-5%) в різних популяціях. Якщо в анамнезі хворого вказується на прийом метронідазолу чи антибіотиків, що їх використовують у схемах антигелікобактерної терапії, то ризик зустрічі з резистентними до цих препаратів штамми доволі високий. Вибір схеми ерадикаційної терапії при невідомої резистентності *H. pylori* залежить від таких факторів, як: 1. вік пацієнта: у дітей та літніх людей ефективність ерадикаційної терапії нижча, ніж у дорослих; наявність супутніх захворювань: наявність супутніх захворювань, таких як цироз печінки або ВІЛ-інфекція, також може знижувати ефективність ерадикаційної терапії; перенесені раніше