



Було проведено ретроспективний аналіз 188 медичних карток стаціонарних хворих на НП, які знаходились на лікуванні у терапевтичних відділеннях та ВРІТ «Лікарні швидкої медичної допомоги - університетській лікарні» м.Чернівці у епідеміологічний зимовий період (грудень 2015 – березень 2016 року).

Предметом дослідження стали показники результатів бактеріологічного дослідження мокроти, виділені мікроорганізми, а також спектр їх антибіотикочутливості. Визначення чутливості проводили диско-дифузійним методом. Мікробіологічне дослідження проведено всім пацієнтам на НП. У більшості хворих забір мокроти здійснювався уже на фоні антибіотикотерапії (78%), можливо з цим пов'язано те, що етіологію НП не було встановлено у 114 пацієнтів (60,6%).

Етіологічна картина щодо бактеріальних патогенів хворих на НП, які знаходились на стаціонарному лікуванні, виглядає наступним чином: *S.pneumoniae* визначено у 62,7% хворих, *K.pneumoniae* у 26,7%, *S.pyogenes* у 2,7%, *P.aeruginosae* у 4,0%, *S.aureus*, *P.mirabilis*, *Citrobacter* у рівних часток хворих (по 1,33%). У нашому дослідженні визначено, що чутливість *S.pneumoniae* зберігалась на 100% до тикарциліну, карбапенемів (іміпенему та меропенему), цефоперазону/сульбактаму, амікацину та тобраміцину. Чутливість до оксациліну була у 66,7% хворих, до ампіциліну у 83,3%, до амоксициліну у 87,5%, до піперациліну/тазобактаму у 92,7%, до еритроміцину у 72,5%. З групи цефалоспоринів відмічено досить низьку чутливість до цефтриаксону у 58,8% хворих, з яких у 47,1% визначено помірну стійкість збудника, тобто ефективність у майже половини пацієнтів, які отримували цей антибіотик все ж була, але за умови використання його максимальних добових доз. Чутливість до респіраторних фторхінолонів (левофлоксацину та моксифлоксацину) була на рівні 95,7% та 96,6%, проте відмічена когорта пацієнтів, яким потрібні були дози цих препаратів вище середніх та максимальні добові, щоб подолати помірну стійкість ізолятів пневмококу у 17,4% хворих для левофлоксацину та 13,8% хворих для моксифлоксацину. Чутливість пневмококу була досить високою до лінезоліду (97,2%) та ванкоміцину (92,9%). Не залишено поза увагою той факт, що до групи карбапенемів, як групи антибіотиків резерву, на фоні 100% чутливості у 74,9% хворих ізоляти *S.pneumoniae* виявились помірно стійкими, що теж потребувало корекції добових та разових доз до більш високих або адекватної заміни протимікробної терапії хворих.

Отже, результати нашого дослідження свідчать про те, що *S.pneumoniae* залишається провідною етіологічною причиною виникнення негоспітальної пневмонії, хворі на яку підлягають госпіталізації до лікувально-профілактичних закладів. Визначено достатньо виражену розповсюдженість антибіотикорезистентності до антибіотика групи цефалоспоринів цефтриаксону серед ізолятів *S.pneumoniae*. А це, в свою чергу, потребує перегляду рекомендацій по лікуванню хворих на НП пневмококової етіології.

**Трефаненко І.В., Рева Т.В.**

### **МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНОГО ДИСБАЛАНСУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Регуляція коронарного кровопостачання підпорядковується метаболічним потребам міокарда та здійснюється за допомогою метаболічних посередників. Споживання міокардом кисню тісно пов'язано з метаболізмом кардіоміоцитів. Корекція енергетичного обміну клітин міокарда пов'язана з створенням ефективних напрямків мобілізації резервних можливостей циклу Кребса, індукції трансмембранного обміну кисневих еквівалентів, використанням енергодавальних сполук та човникових механізмів електроакцепторних систем, збільшення шляхів доставки кисню, субстратів та каталізаторів енергетичного обміну. Тому метаболічна терапія, як фактор адаптації до різних стресорних та пошкоджуючих впливів, сприятливо впливає на перебіг органічних та функціональних захворювань людини. Враховуючи перспективу "наслідування" природним, метаболічним системам, метою нашої роботи стало вивчення впливу кверцетину на вегетативний статус у хворих з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Обстежено 67 хворих на ІХС. Дифузний кардіосклероз. СНІА І-ІІ ф.к. Для оцінки вегетативного статусу хворих було розподілено на дві групи: перша група – 29 (43%) хворих на ІХС контрольна група. Середній вік пацієнтів склав  $51,4 \pm 5,9$  року. Другу групу склали 38 (57%) пацієнтів на ІХС, які отримували додатково кверцетин в дозі 2 г 2 рази на добу. Середній вік пацієнтів  $53,3 \pm 8,1$  року. Діагноз встановлювали відповідно до критеріїв ВООЗ. Стан вегетативного гомеостазу оцінювали згідно опитувальнику розробленому Ушаковим Г.К. в модифікації Соловйової А.Д. Хвилиний об'єм крові (ХОК) визначали непрямим методом Лільє-Штрандера та Цандера, частоту серцевих скорочень (ЧСС) та артеріальний тиск (АТ) – методом Короткова. Динаміку серцево-судинної реакції оцінювали за допомогою навантажувальних проб за вегетативним індексом (ІК) запропонованим І.Кердо для визначення стану вегетативного тону. Також вивчали індекс хвилиного об'єму (ІХО), коефіцієнт Хільдебранта (КХ). Проводили аналіз динаміки показників ішемії міокарда при проведенні ЕКГ. Результати оцінювалися за бальній системою, з урахування переважання симпатичної (Сс) або парасимпатичної (Пс) системи.

Застосування кверцетину дозволило зменшити кардіальний синдром у 80% та зменшити його у 20% пацієнтів, дихальні розлади у 40%, розлади серцевого ритму – 76% випадків. Астеновеgetативний синдром зник на 5-ту добу у 29%, на 7-у добу у 54%, на 10-у добу у 17% пацієнтів. ЧСС зменшилась на 11% ( $78,6 \pm 3,5$  та  $69,7 \pm 2,6$  за хв,  $p < 0,05$ ). Переважання симпатичного відділу вегетативної нервової системи чітко простежується



у хворих на ІХС 2-ї групи (Сс  $60,5 \pm 3,2$  балів) на відміну від пацієнтів контрольної групи (Сс  $35,2 \pm 4,5$  балів,  $p < 0,001$ ). Величина ХОК була максимальною в ІІ групі  $5,07 \pm 0,33$  л, при суттєвому зниженні даного показника в І групі  $3,96 \pm 0,23$  л ( $p < 0,001$ ). Показник ІХ0 був достовірно вищим в ІІ групі  $1,64 \pm 0,12$ , на відміну від відповідного показника в І групі  $0,75 \pm 0,09$  ( $p < 0,001$ ). Таким чином підтверджується переважання симпатичного відділу вегетативної нервової системи у хворих 2-ї групи. Звертає на себе увагу те, що показники ІК та КХ також достовірно відрізнялись в ІІ групі, відповідно  $0,59 \pm 0,16$  та  $4,2 \pm 0,18$ , в порівнянні з І групою  $-0,4 \pm 0,19$  ( $p < 0,001$ ) та  $3,8 \pm 0,17$  ( $p < 0,05$ ). Застосування кверцетину, як засобу базисної терапії, у хворих на ІХС дозволило зменшити дисбаланс вегетативної нервової системи за рахунок достовірного зниження ІХ0, ІК та ХОК ( $p < 0,05$ ).

Застосування кверцетину в базисному лікуванні хворих на ІХС дозволяє попередити прогресування захворювання, сприяє його зворотній регресії, в тому числі за рахунок стабілізації дисбалансу вегетативної нервової системи.

**Ферфецька К.В., Федів О.І.**

### **РОЛЬ АДИПОЦИТОКІНІВ У ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, ПОЄДНАНОГО З ОЖИРІННЯМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2**

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці*

Мета: вивчити ролі адипоцитокінів у патогенезі хронічного панкреатиту (ХП), поєднаного з ожирінням та цукровим діабетом типу 2 (ЦД) шляхом дослідження рівнів лептину, резистину, адипонектину та фактору некрозу пухлин –  $\alpha$  у сироватці крові.

У дослідження було включено 68 хворих на хронічний панкреатит (ХП), віком від 27 до 64 років. Усіх обстежених було розподілено на 2 групи, репрезентативних за чисельністю, віком та статтю (І група – 30 хворих на ХП без супутньої патології; ІІ група – 38 хворих на ХП, поєднаний з ожирінням та ЦД типу 2). У дослідження увійшли також 15 практично здорових осіб, вік та стать яких суттєво не відрізнялися від цих характеристик хворих на ХП. Серед обстежених хворих переважали жінки 44 (64,7 %) та 24 чоловіків (35,3%). Проводили антропометричне обстеження: визначали зріст (м), масу тіла (кг), обчислювали індекс маси тіла (ІМТ,  $\text{кг}/\text{м}^2$ ) за формулою Кетле. Для оцінки абдомінального типу ожиріння визначали обвід талії, оскільки цей показник більшою мірою корелює з абсолютною кількістю вісцерального жиру, ніж відоме співвідношення обводу талії / обводу стегон. Визначення рівня лептину, адипонектину та резистину в крові проводили методом з використанням таких наборів реагентів: Leptin Elisa (Diagnostics Biochem Inc., Канада), AssayMax Human Adiponectin Elisa Kit (США), Resistin ELISA (Mediagnost, Німеччина). Вміст TNF- $\alpha$  визначали за допомогою реагентів набору реактивів Human TNF- $\alpha$  total Platinum\_E.L.I.S.A (Австрія).

Згідно отриманих даних концентрація ФНП- $\alpha$  у хворих І групи достовірно підвищувалася відносно таких у практично здорових осіб (у 1,76 раза,  $p < 0,05$ ), що можна розглядати як показник хронічного латентно перебігаючого персистуючого запалення. У ІІ групі пацієнтів активність ФНП- $\alpha$  зросла в 2,6 ( $p < 0,05$ ), 1,49 ( $p < 0,05$ ) раза відповідно до показників ІЗО та І клінічної групи, що є прогностично небезпечним для перебігу ХП та ЦД типу 2 завдяки виникненню ускладнень як з боку хронічного панкреатиту, так і цукрового діабету, а також кардіоваскулярних подій.

Аналізуючи результати, отримані при визначення лептину, встановлено достовірне збільшення показників (у 3,4 раза,  $p < 0,05$ ) у хворих І групи порівняно з такими у практично здорових осіб, що може підтверджувати роль лептину у регулюванні системного хронічного запалення. У ІІ групі хворих показники лептину значно збільшилися як проти таких у практично здорових осіб (у 8,0 разів,  $p < 0,05$ ), так і проти таких у І групі (у 2,3 раза,  $p < 0,05$ ). У проведеному нами дослідженні було встановлено значне зниження показників адипонектину. Так, у ІІ групі показники знизилися у 2,0 раза ( $p < 0,05$ ) порівняно з показниками практично здорових осіб та в 1,4 раза порівняно з хворими І групи. Зниження адипонектину було значнішим у пацієнтів із поєднаним перебігом, що підтверджує регуляторну роль цього гормону жирової тканини у ліпідному та вуглеводному обміні, особливо в групі ХП із ожирінням та ЦД типу 2.

Отже, підвищення рівнів ФНП- $\alpha$  та лептину підтверджують роль вісцеральної жирової тканини у підтримці хронічної мало інтенсивної генералізованої реакції та розвитку інсулінорезистентності у хворих на ХП.

**Хухліна О.С., Дрозд В.Ю.**

### **ОСОБЛИВОСТІ ОКСИДАНТНОГО ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ ІЗ КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ГАСТРОЕЗОФАГАЛЬНОЇ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ ТА ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) і гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) – розповсюджена клінічна ситуація. В Україні статистична реєстрація ГЕРХ почалася з 2009 р. і, на жаль, дані ще не є повними і становлять 10 випадків на 1000 населення. Розповсюдженість ГЕРХ зростає зі збільшенням віку респондентів, що призводить до зміни структури клінічної картини захворювання та домінування