

**Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
Департамент охорони здоров'я
Чернівецької обласної державної адміністрації
Чернівецька обласна організація
«Асоціація терапевтів імені академіка В.Х.Василенка»**

**МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ:
МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД**

**Матеріали науково-практичної конференції
(14-15 квітня 2016 року)**

**м. Чернівці,
2016**

потенціалу у хворих з ішемічною хворобою серця та цукровий діабет, спостерігається загальна тенденція до прогресування атеросклеротичних ушкоджень.

УДК: 616.24-002-053.2-07-08

ОСОБЛИВОСТІ НАПАДНОГО ПЕРІОДУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ЗА НАЯВНОСТІ СУПУТНОЇ ПАТОЛОГІЇ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Білоус Т.М.

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці, bilous.tetiana@bsmu.edu.ua*

Актуальність. На сьогодні досить актуальним залишається питання коморбідного перебігу бронхіальної астми (БА), зокрема, за наявності супутніх запальних захворювань дихальних шляхів, причому показано, що у таких пацієнтів тяжчі симптоми астми та частіші загострення.

Наукова новизна роботи. Незважаючи на чисельні дослідження перебігу БА за наявності супутньої алергічної патології, у літературі недостатньо висвітлені питання щодо моніторингу контролю та особливостей нападного періоду за умови наявності у хворих бактеріального запалення органів дихання на кшталт синуситу й евідобронхіту.

Мета. Вивчити перебіг та виразність запального процесу дихальних шляхів у випадковому періоді бронхіальної астми за наявності супутньої інфекційно-запальної патології органів дихання.

Методи. В умовах пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 285 хворих на БА школярів, які сформували клінічні групи залежно від наявності чи відсутності супутньої інфекційно-запальної патології бактеріального генезу. Так, I групу сформували 215 хворих без супутньої патології, до складу II групи увійшло 52 хворих на БА з супутнім гострим гнійним синуситом, а до III групи – 18 пацієнтів із БА

та супутнім гнійним ендобронхітом. Середній вік представників I групи становив $11,25 \pm 0,27$ року (73,2% хлопчиків), II групи порівняння – $11,70 \pm 0,45$ року (70,0% хлопчиків), III групи – $10,45 \pm 0,94$ року (63,2% хлопчиків), ($P > 0,05$). У всіх дітей визначали в конденсаті видихуваного повітря протеолітичну активність за лізисом азоальбуміну та азоказеїну за Вермеєнком К.Н. та співавт.; вміст метаболітів оксиду азоту за Ємченко Н.Л. і співавт. (1994) у модифікації Гоженка А.І. (2002).

Результати дослідження. Виявлено, що у дітей із БА та супутнім ендобронхітом частіше траплявся тяжкий перебіг астми (43,5% випадків проти 26,5% у I групі та 28,8% у II групі, $p < 0,05$) та рідше легкий варіант захворювання (8,78% спостережень проти 19,6% у I групі та 9,6% у II групі, $p > 0,05$). Показано, що в пацієнтів I групи рідше зареєстровані явища інтоксикації (7,8% випадків) порівняно з представниками II групи (11,1%) та III групи (17,4% спостереження), а підвищена температура тіла відмічалася у 18,3% дітей I групи, 32,6% - II групи і 33,3% хворих III групи ($p > 0,05$). На задишку скаржилися 60,9% представників I групи, 88,9% дітей II групи та 77,8% пацієнтів III групи ($p < 0,05$ при I:II), а кашель турбував відповідно у 75,4% випадків, 100% та 94,4% ($p < 0,05$ при I: II, III).

Відмічено, що рівень метаболітів монооксиду нітрогену в конденсаті видихуваного повітря у дітей I групи становив у середньому $41,9 \pm 2,40$ мкмоль/л, II групи – $54,2 \pm 6,89$ мкмоль/л, а III групи – $64,7 \pm 7,31$ мкмоль/л (I:III $p < 0,05$). Встановлена тенденція до підвищеного рівня даного показника зберігалася після курсу лікування – $43,2 \pm 3,05$, $46,0 \pm 5,22$ та $48,7 \pm 8,79$ мкмоль/л відповідно ($p > 0,05$). Протеолітична активність конденсату видихуваного повітря була підвищеною у пацієнтів із БА та супутньою патологією органів дихання як за лізисом азоальбуміну (у I групі $1,43 \pm 0,05$ мл/год, II групі – $1,74 \pm 0,19$ мл/год та у III групі – $2,44 \pm 0,60$ мл/год ($p > 0,05$), та за лізисом азоказеїну (в I групі - $1,31 \pm 0,06$ мл/год, у II групі – $1,58 \pm 0,19$ мл/год та в III групі – $1,94 \pm 0,30$ мл/год ($p < 0,05$ при I, II: III).

Висновки. У дітей, хворих на бронхіальну астму, за наявності супутньої інфекційно-запальної патології органів дихання бактеріального

характеру переважає тяжчий перебіг захворювання, що зумовлено виразнішим запальним процесом дихальних шляхів.

УДК: 616.12-008.331.1-085.225.2

КОМБІНОВАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ БЕТА-БЛОКАТОРІВ ТА МЕТФОРМІНУ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Бобкович К.О., Шевчук С.М.*

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»,
м. Чернівці, katernyna.bobkovych@ukr.net,*

** м. Чернівці, Комунальна медична установа «Міська лікарня №1»*

Медикаментозна терапія артеріальної гіпертензії потребує корекції препаратів базисного ряду у пацієнтів з метаболічним синдромом. Зокрема, тривале використання бета-блокаторів може призвести до порушень толерантності до глюкози та ліпідного обміну.

Мета дослідження – оцінити ефективність комбінації препаратів бісопролол та метформін у хворих з артеріальною гіпертензією на фоні цукрового діабету (ЦД) та підвищеної маси тіла.

Нами обстежено 48 пацієнтів на гіпертонічну хворобу II ступеня, з латентним та легким ЦД (глікозильований гемоглобін (HbA1) – $6,63 \pm 0,34$) та підвищеним індексом маси тіла (ІМТ) – $28,39 \pm 0,45$ кг/м². Хворі контрольної групи отримували бісопролол, лізиноприл, ацетилсаліцилову кислоту, аторвостатин. В основній групі пацієнтам додатково призначали препарат метформін 500 мг зранку після їжі впродовж 6 місяців.

Встановлено, що в основній групі пацієнтів за досліджуваний період ІМТ практично не змінився, у той же час як мало місце невірогідне підвищення HbA1. Водночас додаткове призначення невеликих доз метформіну сприяло достовірному регресу на 15% HbA1 – «дзеркала діабету» та на 17% ІМТ ($p < 0,05$). Водночас корекція вище зазначених факторів ризику артеріальної гіпертензії призвела до більш суттєвого