

**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

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- β 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

курси ерадикаційної терапії: якщо пацієнт раніше отримував курс ерадикаційної терапії, то при виборі схеми для повторного лікування слід враховувати чутливість НР до антибіотиків, отриману в ході попереднього дослідження. Ефективність ерадикаційної терапії при невідомій резистентності НР становить близько 80%. У разі неефективності лікування слід провести дослідження чутливості НР до антибіотиків і підібрати схему терапії з урахуванням отриманих результатів. У цьому разі перед призначенням лікування варто провести мікробіологічне дослідження на чутливість штамів до різних препаратів. Іншим варіантом ведення цих хворих є призначення їм таких схем, за якими не застосовували досі цих препаратів, чи призначати чотирикомпонентні схеми (квадротерапії), котрі забезпечують ерадикацію у 80-90% випадків, попри наявність резистентних штамів.

Висновки. Ерадикаційна терапія при невідомій резистентності НР має високу ефективність, якщо використовуються рекомендовані схеми лікування. Для зниження резистентності НР до антибіотиків слід дотримуватися заходів щодо правильного використання антибіотиків і профілактики інфекції.

Кашул С.В.

РОЛЬ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ В РОЗВИТКУ КОМОРБІДНОСТІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ І ГІПОТИРЕОЗУ

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

Вступ. Згідно з даними популяційних досліджень, станом на 2019 рік хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) займало третє місце у світі серед причин смерті за кількістю померлих, причому більшість смертей припадає на країни з низьким і середнім доходом. Відомо, що ХОЗЛ пов'язана зі значною кількістю супутніх захворювань, і оцінка витрат, які безпосередньо пов'язані з ХОЗЛ, не враховує їхнього тягара. Що стосується гіпотиреозу, то у 5% загальної популяції він є діагностованим, а невиявленим може бути ще у стількох же людей.

Мета дослідження. Вивчення ролі антиоксидантної системи у розвитку та перебігу коморбідності ХОЗЛ і гіпотиреозу.

Матеріали і методи дослідження. Проведено аналіз літературних джерел.

Результати дослідження. Насамперед, було визначено вплив даної коморбідності на антиоксидантну систему, а саме кореляцію між вмістом тиреоїдних гормонів та ліпофільним коензимом Q10 у хворих на ХОЗЛ. Рівень коензиму Q10 був вищим у групі пацієнтів зі зниженим рівнем тиреоїдних гормонів, аніж у групі хворих, у яких він збережений ($0,91 \pm 0,03$ проти $0,7 \pm 0,04$ мкг/мл), що може пояснюватися зниженим метаболізмом і перевагою окисних процесів у тканинах. Аналогічна вдмінність між групами спостерігається і у співвідношенні коензим Q10/ холестерол ($200,16 \pm 8,96$ та $161,08 \pm 7,03$ нмоль/ммоль відповідно).

Також було описано знижений рівень напруги кисню артеріальної крові в групі пацієнтів, коморбідних на ХОЗЛ і маніфестний гіпотиреоз, аніж у групах пацієнтів з поєднанням ХОЗЛ і субклінічного гіпотиреозу та з ізольованим ХОЗЛ ($60,48$ мм рт.ст. $\pm 6,61$; $63,3$ мм рт.ст. $\pm 9,25$ та $67,6$ мм рт.ст. $\pm 8,97$ відповідно; $p = 0,05$); також була виявлена негативна кореляція між напругою кисню артеріальної крові та рівнем тиреотропного гормону (ТТГ) ($p=0,01$, $r=-0,62$). разом із цим спостерілося статистично незначуще зростання парціального тиску вуглекислого газу в артеріальній крові ($52,04 \pm 13,42$ мм рт.ст., $49,46 \pm 11,6$ мм рт.ст. та $49,44 \pm 12,64$ мм рт.ст.) за відсутності кореляції з рівнем ТТГ.

З іншого боку, гіпоксія та гіперкапнія спричиняють руйнування структур турецького сідла з подальшою дисфункцією гіпофіза, а отже і гіпоталамо-гіпофізарно-тиреоїдної системи. З погіршенням перебігу ХОЗЛ зазнають змін впливи тиреоїдних гормонів на периферичні тканини, і їх уміст значно знижується в хворих із тяжким і дуже тяжким ступенем ХОЗЛ (GOLD 3-4). Так, було виявлено високу позитивну кореляцію між відношенням загального трийодтироніну до загального тироксину і парціальним тиском кисню артеріальної крові ($r=0,61$, $p=0,004$).