



**Львівська  
медична  
спільнота**

**МІЖНАРОДНА  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА  
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ  
МЕДИЦИНИ: СУЧАСНИЙ СТАН  
ТА ШЛЯХИ РОЗВИТКУ»**

**м. Львів, 23-24 березня 2012**

**ЛЬВІВ 2012**

ББК 5  
УДК 61  
А - 40

А-40 **Актуальні питання медицини: сучасний стан та шляхи розвитку.**  
Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 23--  
24 березня 2012 року): – Львів.: ГО «Львівська медична спільнота»,  
2012. – 100 с.

ББК 5  
УДК 61  
А - 40

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЦИНИ: СУЧАСНИЙ СТАН ТА ШЛЯХИ РОЗВИТКУ

### ЗМІСТ

<b>НАПРЯМ 1. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА</b> .....	7
Амеліна Т. М., Полянська О.С., Ташук В. К., Поліщук О. Ю. ....	7
ЗМІНИ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ТА АНТИОКСИДАТНОГО ЗАХИСТУ КРОВІ У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ: РОЛЬ КАРВЕДИЛОЛУ	
<b>Бессараб М. Ю.</b> .....	8
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПАРАГРИПУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
<b>Беліков О.Б., Хухліна О. І.</b> .....	9
КОНТАМІНАЦІЯ HELICOBACTER PYLORI У РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ В ПАЦІЄНТІВ З H.PYLORI-АСОЦІЙОВАНИМ ГАСТРИТОМ	
<b>Боднар Г. Б., Ластівка І. В.</b> .....	11
ВРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	
<b>Плеш І. А., Борейко Л.Д., Ганжа В. Д., Борейко С. О.</b> .....	12
ВПЛИВ КАРДОСАЛУ НА ДОБОВИЙ ПРОФІЛЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТ.	
<b>Buriak O.G., Nechytaulo D. Y.</b> .....	14
TENSION OF OXIDANT-PROOXIDANT SYSTEMS OF CONDENSATE IN EXPIRED AIR IN NEWBORNS WITH RESPIRATORY DISTRESS	
<b>Бучок Р. А.</b> .....	16
АКТУАЛЬНІСТЬ ПИТАННЯ НЕКАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ	
<b>Васильсва Н. В., Яремчук О. Б., Білоус І. І.</b> .....	17
ДІАБЕТИЧНА ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ – АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ	
<b>Височанська Т. П., Денисенко О. І., Гулей Л. О.</b> .....	18
ЗАСТОСУВАННЯ ТОПІЧНОГО ЗАСОБУ «МОМЕДЕРМ» У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЕКСУДАТИВНУ ФОРМУ ПСОРИАЗУ	
<b>Герасим Л. М.</b> .....	19
СУЧАСНІ АСПЕКТИ ОНКСТОМАТОЛОГІЇ	
<b>Гінгуляк О. М., Ташук В. К., Іванчук П. Р.</b> .....	20
АНАМНЕСТИЧНІ, ЛАБАРАТОРНІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ З РИЗИКОМ РОЗВИТКУ АТЕРОСКЛЕРОЗУ	
<b>Гулага О. І., Ташук В. К., Полянська О. С.</b> .....	21
АКТИВНІСТЬ ПРОТЕОЛІЗУ ЯК МАРКЕР КОЛАГЕНУОУТВОРЕННЯ	
<b>Гречко С. І., Ташук В. К., Руснак І. Т., Бачинська І. В.</b> .....	24
ЗМІНИ ЕРГОМЕТРИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ І ГЕМОДИНАМІКИ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУЖЕННЯ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ	
<b>Дмитренко Р. Р., Ходоровський Г. І., Ясінська О. В., Гончаренко В. А.</b> .....	26
ФІЗІОЛОГІЧНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ТКАНИН ЯСЕН: СТАН І НЕОБХІДНІСТЬ ПОДАЛЬШОГО ВИВЧЕННЯ	
<b>Ішков М. О., Беліков О. Б.</b> .....	27
ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ “ДІОКСИЗОЛЬ” ТА ПІДРОКСИДУ КАЛЬЦІЮ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ВЕРХІВКОВИХ ПЕРІОДОНТИТІВ	

У всіх підгрупах пацієнтів на фоні проведеного лікування помічена позитивна динаміка розвитку захворювання. Показник ЗАОА в пацієнтів на ІХС, що перебували на стандартній терапії, має тенденцію до збільшення і становить  $50,8 \pm 2,15\%$ . Рівень ЦПТ знизився до  $233,5 \pm 13,70$  мг/л ( $p < 0,0001$ ). Кількість SH-груп зросла до  $0,5 \pm 0,02$  мкмоль/мл ( $p < 0,0001$ ). Активність каталази становить  $11,7 \pm 0,57$  мкмоль/хв. ( $p < 0,001$ ). Показники МА та ОМБ на фоні терапії зменшились до  $18,0 \pm 0,34$  мкмоль/л ( $p < 0,001$ ) і  $1,17 \pm 0,57$  ООГ/мл ( $p < 0,001$ ) відповідно.

У пацієнтів на ІХС, яким був призначений карведилол, ЗАОА плазми зросла до  $57,1 \pm 0,77\%$  ( $p < 0,0001$ ). Вміст ЦПТ в динаміці лікування зменшився до  $210,1 \pm 15,83$  мг/л ( $p < 0,0001$ ). Вміст SH-груп зріс -  $0,45 \pm 0,02$  мкмоль/мл ( $p < 0,0001$ ), активність каталази підвищилась до  $12,9 \pm 0,36$  мкмоль/хв ( $p < 0,0001$ ), кількість МА знизилась до  $16,2 \pm 0,47$  мкмоль/л ( $p < 0,0001$ ), показник ОМБ також поменшав до  $1,16 \pm 0,06$  ООГ/мл ( $p < 0,0001$ ).

Слід відмітити покращання стану антиоксидантного захисту та процесів перекисного окиснення ліпідів у групі пацієнтів з поєднаним перебігом ІХС та ХОЗЛ при призначенні базових схем лікування із включенням  $\beta$ -адреноблокатора. ЗАОА плазми крові зросла до  $50,54 \pm 1,15\%$ . ЦПТ плазми значно зменшився до  $180,4 \pm 16,07$  мг/л. Кількість SH-груп збільшилась -  $0,46 \pm 0,04$  мкмоль/мл ( $p < 0,0001$ ), активність каталази зросла до  $12,2 \pm 0,28$  мкмоль/хв ( $p < 0,0001$ ), рівень МА знизився до  $18,1 \pm 0,34$  мкмоль/л ( $p < 0,0001$ ), показник ОМБ також поменшав до  $1,8 \pm 0,06$  ООГ/мл ( $p < 0,0001$ ).

У пацієнтів на ІХС з супутнім ХОЗЛ, що приймали карведилол, порівняно з вихідним рівнем показник ЗАОА підвищився до  $56,5 \pm 1,32\%$  ( $p < 0,001$ ) та є достовірно вищим рівня 3-ої підгрупи. Рівень ЦПТ зменшився і становить  $206,1 \pm 10,68$  мг/мл ( $p < 0,0001$ ), вміст SH-груп підвищився до  $0,42 \pm 0,02$  мкмоль/мл ( $p < 0,0001$ ), рівень каталази зріс  $12,7 \pm 0,28$  мкмоль/хв ( $p < 0,0001$ ), кількість МА зменшилась до  $16,9 \pm 0,46$  мкмоль/л ( $p < 0,0001$ ), показник ОМБ також зменшився до  $1,47 \pm 0,06$  ООГ/мл ( $p < 0,0001$ ) та вірогідно відрізняється від рівня ОМБ 3-ої підгрупи.

Використання карведилолу покращує антиоксидантний захист плазми крові в хворих на ІХС із ХОЗЛ за рахунок вірогідного зростання активності каталази, загальної антиоксидантної активності, вмісту SH-груп, зменшення рівня церулоплазміну. Наслідком зростання антиоксидантного впливу є притищення процесів вільнорадикального окиснення ліпідів і білків, що підтверджується достовірним зниженням малонового альдегіду та зменшенням окиснювальної модифікації білків.

#### Література:

1. Зміни показників імунного запалення у хворих з ішемічною хворобою серця та при її поєднанні з хронічним обструктивним запаленням легень під впливом тривалого лікування метопрололом ретардом / К.М.Амосова, Т.І.Гавриленко, Д.П. Січинава [та ін.] // Укр. кардіол. ж. - 2008. - № 1. - С. 14 - 19.
2. Кароли Н.А. Хронический обструктивный бронхит и ишемическая болезнь сердца / Н.А. Кароли, А.П. Ребров // Клини. медицина. - 2005. - № 6. - С. 72 - 76.
3. Козлова Л.И. В чем опасность длительного применения бета-блокаторов у больных ишемической болезнью сердца с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких / Л.И. Козлова, З.Р. Айсанов, А.Г. Чучалин // Терапевтический архив. - 2005. - Т. 77, № 3. - С. 18 - 23.
4. Мостовий Ю.М. Бронхіальна астма, ХОЗЛ та серцево-судинні захворювання / Ю.М. Мостовий // Здоров'я України. - 2011. - № 3 (256). - С. 30-31.
5. Beta-blockers use in patients with chronic obstructive pulmonary disease and concomitant cardiovascular conditions / Albouaini K., Andron M., Alahmar A. [et al.] // Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis. - 2007. - Vol. 2, № 4. - P. 535-575.

Бессараб М. Ю.

асистент кафедри інфекційних хвороб та епідеміології  
Буковинський державний медичний університет  
м. Чернівці, Україна

#### ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПАРАГРИПУ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Проведено обстеження і лікування стандартним методом (цитрамон, амброксол, альбуцид, нафтизин, діазолін, септифрил, бромгексин, полоскання горла теплим розчином фурациліну)

40 хворих на парагрип, спричинений вірусом парагрипу II типу, які перебували на стаціонарному лікуванні в період 2008-2011 років в інфекційному відділенні Чернівецького базового військового госпітально. Усі хворі були чоловічої статі, віком від 19 до 24 років.

У всіх хворих були ушкоджені дихальні шляхи, зокрема – гортань і бронхи. Набухання слизової оболонки носа супроводжувалося утрудненням дихання, серозними виділеннями з носа, які згодом густішали. Спостерігали помірну гіперемію слизової оболонки носоглотки. У половини хворих розвивався двобічний кон'юнктивіт. У деяких хворих (25%) виникав парагрипозний (несправжній) круп, який характеризувався нападками сухого кашлю, що переходив у шумне стенотичне дихання із втягненням міжреберних проміжків та ціанозом.

У більшості хворих (37; 92,5%) під час госпіталізації констатовано виражений ексудативний компонент запалення. Прояви загальної інтоксикації були помірними (середній ступінь інтоксикації за лейкоцитарним індексом та індексом Я.Я.Кальф-Каліфа). У 31 (77,5%) пацієнтів спостерігалось підвищення температури тіла в межах 37-38°C.

У 33 (82,5%) хворих спостерігався кашель, який спочатку був сухим з «гавкаючим» відтінком, а згодом (через 2-3 дні) поступово ставав вологим зі значним виділенням мокротиння. У 10 (25%) хворих спостерігали парагрипозний круп, у 37 (92,5%) – виражену ринорею. У всіх хворих були симптоми фарингіту і ларингіту, що супроводжувалися болем у горлі при ковтанні, відчуттям печії, дертя у длянці глотки, сухим кашлем.

Об'єктивно у 35 (87,5%) хворих слизова оболонка ротоглотки набрякла, включаючи і піднебінні мигдалики. У 23 (57,5%) хворих фарингіт поєднувався з ларингітом. Місцями на слизовій оболонці спостерігали слизово-гнійні нашарування, іноді на задній стінці глотки виступали у вигляді червоних зернин окремі фолікули. Язик у більшості пацієнтів був набряклим.

Першим і провідним симптомом парагрипу у всіх пацієнтів був риніт. Хворі скаржилися на сильні виділення з носа. У всіх хворих виявлено одночасне ураження задньої стінки глотки, слизової оболонки носа та піднебінних мигдаликів. Захворювання перебігало за типом ринофаринготонзиліту.

У 6 (15%) хворих, в яких температура тіла була в межах 38-39°C, симптоми виражались кон'юнктивітом, фарингітом, ринітом та збільшенням регіональних лімфатичних вузлів. Ця форма парагрипу розпочалася гостро: у 37 (92,5%) осіб виникали симптоми подрагування за грудиною, біль у горлі, закладення носа, ломота у тілі, біль в очах, світлобоязнь. Перелічені симптоми виникали впродовж перших 2 днів хвороби. У 25 (62,5%) хворих відзначали двобічний кон'юнктивіт, який був усунений через 4-6 днів лікування у 5 (50%) хворих та через 7 днів перебування в стаціонарі – у 2 (20%) хворих.

Отже, результатом клінічних досліджень, свідчать про типовий перебіг парагрипу на сучасному етапі.

Беліков О.Б.

к. мед. н., професор

Хухліна О. І.

Буковинський державний медичний університет

м. Чернівці, Україна

#### КОНТАМІНАЦІЯ HELICOBACTER PYLORI У РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ В ПАЦІЄНТІВ З Н. PYLORI-АСОЦІЙОВАНИМ ГАСТРИТОМ

Вважається, що близько 50-60% населення світу інфіковано *Helicobacter pylori* [2, с.50-58]. *H. pylori* є мікроаерофільною, Грам-негативною, спіральною та рухливою бактерією, яка є одним з головних чинників розвитку гастриту, виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки (ДПК) із ступенем рецидиву понад 80% за рік, а також карциноми шлунку [1, с.45-48; 4, с.68-73].

Чимало дослідників вважають, що ротова порожнина може грати роль резервуара *H. pylori*-інфекції в організмі людини та джерела реінфікування [6, с. 72-73, 7, с. 331-334], і підтверджують персистенцію *H. pylori* в зубоясенних кишнях, слині, зубному нальоті та букальному епітелії [5, с.5-8; 8, с. 896-901]. Інші дослідники дотримуються думки, що *H. pylori* належить до аутохтонної мікрофлори ротової порожнини [1, с.45-48]. Протилежні результати наводить Cheschi L. (2000), який вважає появу *H. pylori* у ротовій порожнині випадковою,