

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



МАТЕРІАЛИ

96 – І

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



СВД за ГіперТТ та КН, а також формування значної інтенсивності нітрозитивного стресу у пацієнтів з поєднаним перебігом ХНХ та СВД ГіпоТТ, які складають переважну більшість.

Бачук-Понич Н.В.

ФІТОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ГІПЕРТОНІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Хронічна серцева недостатність (ХСН) залишається однією з ключових проблем сучасної кардіології. Поширеність ХСН у загальній популяції становить 2–10%.

Метою дослідження було вивчення клінічної ефективності кардіоліну та вазавіталу, а також вплив цих препаратів на добовий профіль АТ, ішемію міокарда лівого шлуночка у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), ускладнену ХСН І–ІІ А стадії, ІІ–ІІІ ФК. Без належного контролю за добовим рівнем АТ, ЕКГ безпечно використання необхідних пацієнту лікарських засобів має певні труднощі, особливо при застосуванні гемодинамічно значимих лікарських препаратів, які, згідно останніх рекомендацій, застосовують для лікування хронічної серцевої недостатності (ХСН) (інгібітори АПФ, β -адреноблокатори), оскільки існує ризик розвитку небезпечної гіпотонії на фоні ішемічних змін міокарда. Нами обстежено 100 пацієнтів із ХСН віком від 45 до 70 років ($58,34 \pm 9,52$), із середньою тривалістю захворювання $12,4 \pm 5,6$ роки. Серед обстежених у 54 хворих встановлено ХСН ІІ ФК, у 46 – ХСН ІІІФК. Пацієнтам групи порівняння (40 осіб) призначали лише препарати базис-лікувального комплексу (іАПФ, β -адреноблокатор, діуретик, нітропрепарат). Хворі основної групи були розподілені на дві підгрупи: перша (32 пацієнтів) отримувала окрім препаратів базисного комплексу вазавітал (підгрупа А) по одній капсулі тричі на добу, до базисного лікування другої основної підгрупи (28 пацієнтів) було включено кардіолін (підгрупа Б) в дозі 30 крапель тричі на добу впродовж 14–16 днів і продовжували прийом препаратів на амбулаторно-поліклінічному етапі. Додаткове моніторування АТ та ЕКГ проводили впродовж 24 годин за допомогою портативного комплексу „Solveig” (Угорщина). Обстеження проводились в перші дві доби на безмедикаментозному фоні та через 14-16 днів після проведеного курсу лікування.

Результати клінічного спостереження свідчать, що в пацієнтів підгрупи А основної групи суттєво зменшувались задишка, набряки на ногах в порівнянні з підгрупою Б, що може свідчити про більш характерні кардіотонічні властивості кардіоліну. Водночас, при застосуванні вазавіталу поряд із зменшенням болю в серці, серцебиття, задишки мало місце суттєве зменшення проявів цереброваскулярних порушень (зменшення головного болю, запаморочення, шуму у вухах), особливо у старших вікових груп. Достовірної ($p < 0,05$) відмінності щодо більш раннього зменшення проявів артеріальної гіпертензії вдалося досягти у пацієнтів підгрупи А, які отримували на фоні препаратів базового комплексу вазавітал. Після проведеної терапії відбулося зниження середньодобового систолічного АТ у хворих групи порівняння на 4,49%, підгрупи А на 5,66%, підгрупи Б – на 5,52%. Достовірне зниження середньодобового діастолічного АТ було досягнуто в пацієнтів підгрупи А, які додатково до комплексного лікування отримували вазавітал. Такий вплив вазавітал проявляє, ймовірно, завдяки вмісту в ньому екстракту гінкго білоба і зокрема, його складових флавоноїдів (кверцетин, ізокверцетин, рутин, тритерпенові сполуки, гінкголіди А, В, С, J та білобалиди). Саме вони визначають спазмолітичні, капіляррозширюючі, протизапальні, вазопротекторні та мембраностабілізуючі властивості вазавіталу. До складу кардіоліну входить екстракт арніки гірської, який містить у великій кількості флавоноїди та арніцин, що також володіють вазодилатуючими, кардіотонічними властивостями.

Отже, вазавітал та кардіолін як ад'ювантні засоби позитивно впливають на динаміку клінічної симптоматики хворих із ХСН ішемічного генезу, значно покращують якісні показники життя. Використання вазавіталу у складі комбінованої терапії в обраного контингенту хворих спричиняє більш швидкий антигіпертензивний ефект у порівнянні із кардіоліном, що запобігає збільшенню дози гемодинамічно значимих препаратів.

Безрук Т.О.*, Безрук В.В., Бліндер О.В.*****

СУЧАСНА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ

*Кафедра внутрішньої медицини**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини***

Буковинський державний медичний університет

Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І.Медведя МОЗ України»,

*відділ медико-екологічних проблем, м. Чернівці****

Інфекційно-запальні захворювання сечової системи (ІЗСС) – група гетерогенних захворювань, що займає чільне місце серед інфекційної патології серед дітей та дорослих на всіх рівнях надання медичної допомоги.

З метою встановлення спектру чутливості до антибактеріальних препаратів (антибіотиків) серед основних груп збудників ІЗСС у населення Чернівецької області та виявлення їх регіональних особливостей проведено бактеріологічне дослідження 2828 зразків сечі пацієнтів лікувальних закладів Чернівецької області.



Антибіотикочутливість штамів бактерій визначали диско-дифузійним методом згідно МВ 9.9.5-143-207 «Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів»; набір дисків включав 24 антибактеріальних препарати (ампіцилін, карбеніцилін, амоксилав, імipенем, цефалексин, цефазолін, цефроксим, цефотаксим, цефтазидім, цефоперазон, цефтриаксон, цефепін, цефокситін, гентаміцин, амікацин, офлоксацин, ципрофлоксацин, пefлоксацин, левофлоксацин, тетрациклін, доксициклін, канаміцин, левоміцетин, фосфоміцин).

За результатами нашого дослідження та беручи до уваги неефективність використання антибактеріального препарату для емпіричної терапії ІЗСС у разі, якщо відсоток резистентних штамів до цього збудника перевищує в популяції рівень 10-20% [S. Tekgul et al., 2012], застосування пеніцилінів, цефалоспоринів першого-другого покоління, тетрациклінів, канаміцину та левоміцетину в якості «стартової терапії» у хворих із ІЗСС у Чернівецькій області без обов'язкового проведення бактеріологічного дослідження сечі з визначенням антибіотикочутливості штамів збудників ІЗСС є не доцільним і не обґрунтованим.

Березова М.С., Зуб Л.О.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ ТА СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ: ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Останнім часом велика увага приділяється питанню вивчення факторів патогенезу та прогресування ДН. На сьогодні близько 80% пацієнтів з ЦД 2 типу характеризуються надлишковою масою тіла або ожирінням. Ушкодження нирок, яке виникає при ЦД, неспинно прогресує та врешті призводить до розвитку хронічної ниркової недостатності.

Мета дослідження - визначити ефективність впливу статинів на рівень ТФР- $\beta 1$ та $\beta 2$ - мікроглобуліну крові та сечі тапоказники ліпідного спектру крові у хворих на діабетичну нефропатію з супутнім ожирінням.

Під спостереженням перебувало 121 хворих на ЦД 2-го типу віком від 40 до 65 років із тривалістю захворювання 10- 15 років. Всіх пацієнтів розподілено на чотири груп: до 1 групи увійшли хворі на ДН ІІІ ст. з ожирінням 1 ст. (32 чоловік), до 2 групи - хворі на ДН ІІІ ст. з ожирінням 2 ст. (29 чоловік), 3 групу склали 35 пацієнтів з ДН ІV ст. з ожирінням 1 ст., а до 4 групи увійшло 25 пацієнтів з ДН ІV ст. та ожирінням 2 ст. Групу контролю склали 23 практично здорових осіб.

Аналіз клінічно-лабораторних показників обстежених пацієнтів показав порушення ліпідного обміну сироватки крові у вигляді вірогідного збільшення рівнів ЗХС, ТГ і ХС ЛПНЩ на тлі зниження ХС ЛПВЩ порівняно з показниками у практично здорових осіб ($p < 0,05$), а також підвищення рівня ТФР- $\beta 1$ у крові хворих на діабетичну нефропатію порівняно з показниками у практично здорових осіб ($p < 0,05$). Також, було виявлено підвищення вмісту $\beta 2$ - мікроглобуліну крові та сечі у пацієнтів з діабетичною нефропатією, при чому більшою мірою у хворих на діабетичну нефропатію ІV стадії ($p < 0,05$).

При аналізі показників рівнів між ТФР- $\beta 1$, $\beta 2$ - мікроглобуліну крові та сечі у пацієнтів з ДН ІІІ та ІV ст. нами були досліджені наявні кореляційні зв'язки - між рівнями ТФР- $\beta 1$ та $\beta 2$ – мікроглобуліну крові існував сильний прямий кореляційний зв'язок ($r = 0,67$).

Після лікування було виявлено вірогідне зниження досліджуваних показників в крові та сечі хворих з ДН ІІІ ст групи, у пацієнтів з ДН ІV ст зміни були менш вагомими.

У хворих на діабетичну нефропатію спостерігається значне підвищення вмісту ТФР- $\beta 1$ у крові та $\beta 2$ - мікроглобуліну крові та сечі. Виявлено сильні прямі кореляційні зв'язки між сироватковими рівнями ТФР- $\beta 1$ та $\beta 2$, ТФР- $\beta 1$ крові та $\beta 2$ м сечі та $\beta 2$ м крові та сечі .В результаті тримісячної терапії аторвастатином виявлено вагоме зниження вмісту - $\beta 1$ у крові та $\beta 2$ - мікроглобуліну крові та сечі.

Білецький С.В., Петринич О.А., Казанцева Т.В., Бойко В.В.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ З УРАЖЕННЯМ НИРОК У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2

Кафедра сімейної медицини

Буковинський державний медичний університет

Метою дослідження було вивчити показники ліпідного обміну та клубочкової фільтрації у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) ІІ стадії у поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД-2).

Обстежено 100 хворих на ГХ ІІ стадії І-3 ступенів, у т.ч. 60 хворих на ЦД-2 середньої тяжкості. Хворі на ГХ сформували І групу, до ІІ групи увійшли хворі на ГХ в поєднанні з ЦД-2. У дослідження не включали хворих на хронічні захворювання нирок. Групу контролю склали 24 практично здорові особи, репрезентативні за віком і статтю. Стан ліпідного обміну вивчали шляхом визначення рівнів загального холестеролу (ЗХС), холестеролу ліпопротеїнів високої та низької щільності (ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ), триацилгліцеролів (ТГ) за стандартними методиками. Вміст креатиніну у плазмі крові визначали кінетичним методом за реакцією Яффе. Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) вираховували за формулою Cockcroft-Gault. Статистичну обробку результатів дослідження проводили шляхом визначення середніх арифметичних величин (М) та стандартної похибки (m), t-критерію Стьюдента, коефіцієнта рангової кореляції Спірмена – r.

У хворих на ГХ ІІ стадії (І група) та в поєднанні з ЦД-2 типу (ІІ група) встановлено вірогідне підвищення порівняно з контролем рівнів ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ. У пацієнтів ІІ групи рівні ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ