статистики МОЗ України, поширеність захворювань підшлункової залози (ПЗ) за 2006-2010 рр. зросла на 21,3% та у 2010р. досягла рівня 2311,3 на 100 тис. дорослого населення (12,3% від усіх захворювань органів травлення).

Основою прогресування обох захворювань є периферична інсулінорезистентність, порушення толерантності до глюкози, гіперглікозилювання гемоглобіну, дис- та гіперліпідемія, накопичення продуктів анаеробного гліколізу, до яких поступово приєднуються панкреотоксичність фармакологічних засобів, що використовуються для зниження маси тіла, імунологічні порушення внаслідок переорієнтації моноцитарно-макрофагальної сиистеми від контролю за антигенним складом організму на боротьбу із надлишком проатерогенних ліпопротеїнів у системному кровообігу та їх ендоцитоз з перетворенням на пінисті клітини, сприяння атерогенезу, розвиток жирової дистрофії панкреатоцитів та атеросклерозу артерій, які постачають кров до ПЗ.

Провідна роль у розвитку зазначених змін належить хронічному персистуючому системному запаленню, яке має різні наслідки на організм: синтез жировою тканиною великої кількості адіпоцитокінів, які мають прозапальні властивості, наслідком чого є прогресування інсулінорезистентності, атерогенез, ендотеліальна дисфункція та коронарогенні серцево-судинні захворювання: ішемічна хвороба серця, ішемія ПЗ, цукровий діабет 2-го типу, ішемія товстої кишки, остеоартроз, остеопороз, церебральний атеросклероз, депресія.

Тому актуальним, на нашу думку, є дослідження взаємовпливу перебігу хронічного панкреатиту та ожиріння (інтенсивності оксидативного та нітрозитивного стресу, факторів протиоксидантного захисту, змін показників фібринолітичної та протеолітичної активності крові, ліпідного дистрес-синдрому, стану компонентів сполучної тканини та регуляції їх метаболізму за участі адіпоцитокінів) для поглиблення уявлень про особливості клінічного перебігу, невідомі раніше ланки патогенезу, з можливістю розробки ефективних схем лікування хронічного панкреатиту та ожиріння.

Ткач Є.П.

ПАТОЛОГІЯ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ: ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ

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

Зниження чутливості основних збудників респіраторних інфекцій до антибіотиків викликає велике занепокоєння світової медичної спільноти та потребує ретельного епідеміологічного контролю за вживанням протимікробіних лікарських засобів. Метою нашого дослідження стало спостереження за динамікою етіологічної картини негоспітальної пневмонії (НП) з визначенням рівня чутливості основних респіраторних патогенів до протимікробних засобів з 2016 по 2020 рр.

Проведено ретроспективний аналіз 218 медичних карток стаціонарних хворих на НП, які лікувались у відділеннях «Лікарні швидкої медичної допомоги» м.Чернівці у епідемічний період грудня 2015 р. - березня 2016 р. – І період, березень-серпень 2020 року – ІІ період. Вивчались показники результатів бактеріограм мокроти, рівень та спектр антибіотикочутливості висіяних патогенів. Результати дослідження. За результатами дослідження встановлено, що найчастіше у у хворих на НП висівались S.pneumoniae (І період - 72,7% та ІІ період - 62,7%) та K.pneumoniae (І період - 22,0% та ІІ період 22,9%). У ІІ періоді спостереження у 6,8% висівалась P.aeruginosa серед негоспітальних штамів, чого не спостерігалось у 2016 році. Абсолютна чутливість ізолятів S.pneumoniae визначалась до тикарциліну, левофлоксацину, моксифлоксацину, карбапенемів, цефоперазону/сульбактаму, амікацину та тобраміцину. Чутливість пневмококу до цефтриаксону була у 58,8% штамів. В динаміці відмічено різке зниження абсолютної чутливості пневмококу до фторхінолонів до 23-37,5%. Абсолютною залишається чутливість до амоксициліну клавуланату, меропенему, лінезоліду. Чутливість до цефалоспоринів ІІІ покоління залишається не на належному рівні –

до цефтріаксону та цефотакисму – 50%, цефоперазону – 80%. Висновки. Результати дослідження свідчать про значну поширеність антибіотикорезистентності до антибіотиків групи цефалоспоринів ІІІ покоління, значне зниження чутливості до фторхінолонів, ут.ч.респіраторних. На наш погляд загрозливим виглядає у 2020 році серед негоспітальних респіраторних штамів P.aeruginosa.

Трефаненко І.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ІКСОДОВИХ КЛІЩІВ В ЛАНДШАФТНО-ГЕОГРАФІЧНИХ ЗОНАХ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

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

Іксодові кліщові (ІК) бореліози, в тому числі хвороба Лайма (ХЛ), залишаються найбільш поширеними природно-осередковими трансмісивними інфекціями, що зустрічаються в США, Європі та в Україні зокрема. Впродовж останніх 10-ти років в Україні відмічається тенденція до зростання рівня захворюваності на ХЛ з інтенсивним показником від 0,12 у 2000 році до 6,45 – у 2016-му. Рівень захворюваності на ХЛ у Чернівецькій області за період реєстрації захворювання зріс в 30 разів. Метою роботи було дослідити розповсюдженість ІК, в тому числі з позитивними знахідками на Borrelia burgdorferi, в Чернівецький області за період 2018-2019 років.

Порівняння даних, отриманих за 2018 та 2019 роки показало, що за період дослідження спостерігається значне зростання кількості кліщів, які переносять патогенну борелію, в усіх регіонах, окрім гірської зони. Особливо виражене воно в зоні Передгірних Карпат. За статистикою знаходили РВ (ризик виявлення), який інтерпретується як ризик заразитися ХЛ при укусі кліща. При порівнянні зон Передгірні Карпати (19,5 %) та Гірські Карпати (21 %) в 2018 році РВ складав 0,92 [0,63-1,36], а в 2019 році – Передгірні Карпати (41 %) та Гірські Карпати (15 %) відповідно РВ 2,7 [1,66-4,41]. За обома роками РВ 1,4 [1,66-4,41]. При порівнянні зон Передгірні Карпати (19,5 %) та Лісостеп (13,5 %) у 2018 році РВ складав 1,44 [1,01-2,06], а в 2019 році – Передгірні Карпати (41 %) та Лісостеп (24 %) відповідно РВ 1,56 [1,17-2,09]. За обома роками РВ 1,5 [1,2-1,89]. Також був виявлений достовірний зв’язок середньої сили між бактеріальним забрудненням води та відсотком заражених кліщів – коефіцієнт Крамера склав 0,37.

Отже ми виявили збільшення чисельності іксодових кліщів, в тому числі переносників Borrelia burgdorferi, в Чернівецькій області за останні два роки. Ризик зараження на бореліоз від іксодових кліщів має достовірне зростання та поширюється від Лісостепної зони на Передгірну зону та на Гірські Карпати за період 2018-2019 років. Виявили достовірний зв’язок між бактеріальним забрудненням води та відсотком заражених іксодових кліщів в Чернівецькій області.

Ферфецька К.В.

КОРЕКЦІЯ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ, ПОЄДНАНИЙ З ОЖИРІННЯМ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2

Кафедра внутрішньої медицини
Буковинський державний медичний університет

Відомо про властивість ХС ЛПНЩ знижувати продукцію інсуліну бетаклітинами ПЗ (як прояв ліпотоксичності) та про здатність Аро-В конкурувати з інсуліном за специфічні рецептори. Тому поєднання ХП із ожирінням та ЦД типу 2 можуть мати взаємообтяжливий перебіг внаслідок ДЛ. Медикаментозна корекція порушень ліпідного обміну, в тому числі при поєднанні ХП із ожирінням і ЦД типу 2, базується на призначенні статинів з метою зменшення в крові ХС ЛПНЩ. Як відомо, вони здатні зменшувати 48 вираженість постпрандіальної ліпемії. Виявлені органопротекторний, церебропротекторний, нефропротекторний і протиатеросклеротичний ефекти статинів. У лікуванні ДЛ, у тому числі при поєднанні ХП з ожирінням, ЦД типу 2, крім статинів використовуються секвестранти