

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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. Івашук 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.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



вульгарні вугри із супутнім дисбіозом товстої кишки IV ступеня виявлено вірогідне зменшення відносно кількості Т-хелперної субпопуляції лімфоцитів не лише порівняно з показником осіб контрольної групи (на 39,8%, $p < 0,001$), але й з аналогічним показником у пацієнтів зі змінами кишкового біоценозу I-го, II-го та III-го ступенів (відповідно: на 34,4%, $p < 0,001$, на 21,5% та 22,2%, $p < 0,05$). За наявності у хворих на вульгарні вугри супутнього дисбіозу товстої кишки IV ступеня також встановлено вірогідне зменшення відносно осіб контрольної групи зменшення кількості Т-супресорної субпопуляції лімфоцитів (на 15,4%, $p < 0,05$).

Таким чином, у хворих на вульгарні вугри – мешканців Чернівецької області встановлено наявність диференційованих змін показників системного імунітету, які перебувають у взаємозалежності зі ступенем супутнього дисбіозу вмісту порожнини товстої кишки, що обґрунтовує диференційоване призначення таким пацієнтам імунокоригуючих засобів та мультипробіотиків.

Мироник О.В., Давиденко О.М.

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СЕПТОЛЕТЕ ТА СЕПТЕФРІЛУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Відомо, що в світі щорічно реєструється близько 1 млрд. випадків гострих респіраторних вірусних інфекцій (ГРВІ) які наносять населенню та країні значного економічного збитку. В зв'язку з цим ведеться постійний пошук нових засобів та методів профілактики і лікування ГРВІ. Одним з клінічних проявів запального процесу верхніх дихальних шляхів є біль у горлі. Сучасна фармакологія пропонує широкий вибір препаратів різного походження з місцевою антисептичною, імуномодельюючою, антиоксидантною та анальгізуючою дією.

Обстежено 36 хворих із середньотяжким перебігом ГРВІ віком 18-32 років. Осіб чоловічої статі було 16, жіночої – 20. Пацієнти були розподілені на три групи: I група - налічувала 14 пацієнтів, друга – 12, контрольна - 10 осіб. Всі групи були рандомізовані за статевим-віковим складом і тяжкістю перебігу захворювання. Всі хворі отримували базисну терапію: амізон, аспірин, нафтизин, діазолін, аскорутин. Пацієнти I групи додатково отримували септолете по 1 пастильці 6 разів на добу, II групи – септефріль по 1 табл. 4 рази на добу. Всім пацієнтам проводились традиційні клінічні дослідження (скарги, анамнез, об'єктивне обстеження, загальноклінічні лабораторні та серологічні обстеження).

При госпіталізації пацієнти всіх груп скаржилися на загальну слабкість, головний біль, першіння та біль в горлі при ковтанні, сухість в роті, нежить, підвищення температури тіла. При дослідженні ротоглоткового секрету у пацієнтів всіх груп було встановлено підвищення вмісту нейтрофільних лейкоцитів до $24,0 \pm 0,05$, лімфоцитів до $8,0 \pm 0,02$ та зниження епітеліоцитів до $68,0 \pm 0,03$. В процесі лікування пацієнти I групи відмічали суб'єктивне покращення (зникнення відчуття першіння та болю в горлі) вже з 1-го дня лікування, чого не спостерігалось серед хворих II та контрольної груп. Крім того, пацієнти I-ої групи відмічали усунення неприємного запаху із рота вже з перших днів лікування. Пацієнти I групи відмічали полегшення відходження слизового секрету з верхніх дихальних шляхів вже на 2-3 день лікування, чого не спостерігалось серед хворих інших груп. Ступінь вираженості сухості слизової оболонки носоглотки зменшувався в процесі лікування у хворих всіх груп. Однак слід відмітити, що серед пацієнтів які приймали септолете цей симптом зникав вже на 3-4-й день на відміну від хворих інших груп у яких дані явища зберігалися на 2-3 дні довше. При об'єктивному обстеженні хворих з ГРВІ вираженість гіперемії слизової оболонки ротоглотки стійко зменшувалася або була практично відсутня до 5-го дня лікування у пацієнтів контрольної групи, а в групах порівняння відповідно на 3-4-й день. При дослідженні вмісту формених елементів на 4-й день лікування було встановлено, що на фоні прийому септолете відбулося вірогідне зниження числа нейтрофільних лейкоцитів до $13,0 \pm 0,2$ у ротоглотковому секреті, лімфоцитів до $4,0 \pm 0,1$ і збільшення кількості епітеліальних клітин до $79,0 \pm 0,4$, чого не спостерігалось у пацієнтів інших груп.

Таким чином, отримані дані свідчать про позитивну динаміку клінічного перебігу ГРВІ на тлі призначення препаратів з місцевою антисептичною дією. Призначення в комплексному лікуванні хворих на ГРВІ септолете прискорює клінічне одужання, підсилює імунні механізми місцевого захисту слизової оболонки ротоглотки; швидше усуває больові симптоми.

Підвербецька О.В.

СТАН КИШКОВОЇ ПРОНИКНОСТІ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ З РІЗНИМ ПРОФІЛЕМ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ

*Кафедра фізйотрії та пульмонології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Метою дослідження було визначити стан проникності слизової оболонки тонкої кишки у хворих на чутливий та хіміорезистентний туберкульоз легень.

Обстежено 40 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень (ВДТБ) зі збереженою чутливістю (група 1), 50 хворих на мультирезистентний туберкульоз легень (МРТБ) та 10 хворих на ТБ легень із



розширеною резистентністю (РРТБ) (група 2) та 30 практично здорових осіб у якості контрольної групи (група ПЗО), яким проводили лактулозно-манітоловий тест з метою визначення показника кишкової проникності (ПКП).

Результати дослідження показали, що у хворих на туберкульоз легень ПКП був вірогідно нижчим за значення групи ПЗО ($p < 0,05$). Найменш вираженими були зміни у хворих на чутливий ВДТБ – ПКП у групі 1 становив $7,78/3,86-12,53$ проти $11,94/8,3-12,91$ у ПЗО ($p = 0,038$). У хворих на МРТБ та РРТБ ПКП був вірогідно нижчим порівняно з чутливими випадками ВДТБ - $4,27/1,50-10,29$ у групі 2 проти $7,78/3,86-12,53$ у групі 1 ($p = 0,015$). У групі 1 у 17,5 % хворих ПКП був у межах 6,1-10,9, у 20 % випадків - від 3,1 до 6 та у 20 % пацієнтів - від 0 до 3, з них у 7,5 % ПКП був менше 1. У групі 2 ПКП від 6,1 до 10,9 зустрічався у 11,7% пацієнтів, ПКП від 3,1 до 6 - у 23,3 % групи 2, що не відрізнялось статистично від показників групи 1 ($p > 0,05$). Виражене зменшення ПКП у групі 2 (в межах 0-3) спостерігалось удвічі частіше, ніж у групі 1 - у 41,7 % хворих ($p < 0,05$), при чому у 16,7 % осіб групи 2 ПКП складав 0-1. У групі 2 ПКП у 1,5 рази рідше, ніж у групі 1, був у межах норми - у 23,3 % осіб, проте різниця не була вірогідною статистично ($p > 0,05$).

Концентрація лактулози у сечі була хворих на ВДТБ була дещо нижчою, ніж у ПЗО, та становила $2,17/1,44-2,78$ ммоль/л у групі 1 проти $2,21/1,7-3,2$ ммоль/л у ПЗО ($p > 0,05$). У групі 2 вміст лактулози був дещо нижчим, ніж у групі 1 ($p > 0,05$), та вірогідно відрізнявся від показника ПЗО – $1,73/1,14-2,42$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Концентрація манітолу у сечі у пацієнтів обох основних груп була вірогідно нижчою, ніж у ПЗО ($p < 0,05$). У групі 2 вміст манітолу був вірогідно меншим, ніж у групі 1, та становив $2,17/0,92-4,26$ ммоль/л у групі 2 проти $4,21/1,98-5,51$ ммоль/л у групі 1 ($p < 0,05$).

Встановлено, що у хворих на туберкульоз легень показник кишкового всмоктування є нижчим порівняно з практично здоровими особами ($p < 0,05$). Зміни у хворих на резистентні форми туберкульозу легень були вірогідно більш вираженими, ніж у хворих на хіміочутливі форми ($p < 0,05$). Вміст лактулози у сечі хворих на вперше діагностований туберкульоз легень зі збереженою чутливістю не відрізнявся від показника практично здорових осіб ($p > 0,05$), натомість у хворих на хіміорезистентний туберкульоз був вірогідно нижчим, ніж у контрольній групі, що свідчить про порушення параклітинного транспорту у тонкій кишці. Концентрація манітолу у сечі була вірогідно нижчою у хворих як на чутливий, так і на хіміорезистентний туберкульоз легень, порівняно з практично здоровими особами, що свідчить про зниження трансцелюлярного транспорту ентероцитів ($p < 0,05$).

Сем'янів І.О.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОГРАМИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ УРАЖЕННЯМ ГЕПАТО-ПАНКРЕАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

*Кафедра фізйотрії та пульмонології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Мета роботи полягала в удосконаленні комплексної програми протитуберкульозної терапії із застосуванням ін'єкційних форм ізоніазиду та рифампіцину у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень

Обстежено 60 хворих з вперше діагностованим чутливим туберкульозом (ВДТБ) легень які були розподілені на 2 групи. До першої групи увійшло 30 хворих на ВДТБ які отримували таблетовані протитуберкульозні препарати першого ряду в інтенсивну фазу хіміотерапії. Другу групу склали 30 хворих на ВДТБ які отримували ін'єкційні форми рифампіцину та ізоніазиду в інтенсивну фазу хіміотерапії. Чоловіків було 45 (75%), жінок – 15 (25%). Середній вік становив $(39,6 \pm 1,3)$ роки.

Основним критерієм ефективності лікування хворих на туберкульоз згідно уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної та третинної медичної допомоги хворим на туберкульоз №620 є припинення бактеріовиділення. Після 60 доз інтенсивної фази усім хворим було проведено мікроскопічне дослідження мокротиння встановлено, що у гр. 1 після прийому 60 доз препаратів за загальноприйнятою схемою, бактеріовиділення припинилось у 36,7 % хворих, натомість, у пацієнтів які отримували ін'єкційні форми протитуберкульозних препаратів бактеріовиділення на 60 дозі ІФ припинилося у 60 % випадків ($p < 0,05$). У 31 хворого рішенням центральної лікарської консультативної комісії (ЦЛКК) інтенсивну фазу було продовжено до 90 доз. Після проведення моніторингу мокротиння на 90 дозі, встановлено, що у 16,7 % випадків, у пацієнтів, які отримували стандартну схему лікування продовжилось бактеріовиділення, що вказує на недостатню ефективність перорального шляху введення протитуберкульозних препаратів. У хворих 2-ї групи після 90 доз у інтенсивну фазу спостерігається значно краща динаміка показників, бактеріовиділення продовжилось лише у 3,3% пацієнтів.

У гр.1 3,3% пацієнтів констатовано неефективне лікування на 90 дозі інтенсивної фази та рекомендовано перевід у 2-гу категорію лікування, оскільки не відмічалось зменшення масивності бактеріовиділення. У 16,7% випадках, за рішенням ЦЛКК, інтенсивну фазу продовжено до 120 доз. Після мікроскопії мокротиння на 120 дозі, 10% хворих 1-ї групи були переведені у підтримуючу фазу хіміотерапії та у 3,3%, за рішенням ЦЛКК, встановлено діагноз неефективного лікування та переведено у 2-гу категорію