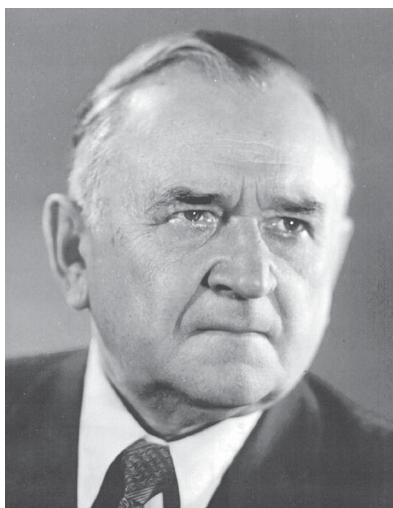




НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
присвячена 100-річчю з дня народження
С. І. КОРХОВА



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

19–20 квітня 2018 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

таламічний дисфункції, що слід враховувати при призначенні терапії. Показано, що основні диспептичні розлади при дисфункції гіпоталамуса усуваються препаратами, що коригують психоемоційний стан хворого.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА СИНДРОМ НАДМІРНОГО БАКТЕРІАЛЬНОГО РОСТУ

Лесна А. С.

*Харківський національний медичний університет,
Харків, Україна*

Актуальність. На сучасному етапі розвитку гастроентерології, кажучи про кількісні та якісні зміни в кишковій екосистемі, ми розуміємо, що мова йде не тільки про бактерії, а й про дріжджоподібні гриби, віруси, рикетсії, що відповідає сучасному терміну — дисбіоз кишечника, а в англomовній літературі зустрічаємо термін «синдром надмірного росту бактерій» (СНРБ) [J. Henker, S. Müller, M. Laass, 2010].

Мета дослідження. Продемонструвати на підставі аналізу літератури сучасний погляд на СНРБ.

Матеріали та методи. Бібліографічний, семантичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення. Частота виявлення СНРБ при різних гастроентерологічних захворюваннях коливається в широких межах від 70 до 97 % [K. Chau, S. Greenberg, 2015]. В основі патогенезу СНРБ лежить порушення моторної функції кишечника, що при сприятливих умовах призводить до колонізації тонкої кишки фекальною мікрофлорою. Ранніми клінічними проявами СНРБ є діарея з поліфекалією, метеоризм, помірний больовий синдром. Діагностика СНРБ полягає в бактеріологічному дослідженні ексудату тонкої кишки або за допомогою водневого дихального тесту з глюкозою або лактулозою на визначення коротколанцюгових жирних кислот. Обов'язковим компонентом лікування СНРБ є дієтотерапія. При тяжкому перебігу застосовують антибактеріальні засоби з сучасними пробіотиками, пребіотиками (інулін), симбіотиками.

Висновок. Дисбіотичні порушення значно ускладнюють перебіг, діагностику та лікування гастроентерологічних захворювань. У зв'язку з цим для забезпечення повного клінічного одужання обов'язковим компонентом комплексної терапії хворих повинна бути корекція мікроекологічних порушень.

ВМІСТ ЦИТОКІНІВ ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ З НАДМІРНОЮ МАСОЮ ТІЛА, ОЖИРІННЯМ І СУПРОВІДНОЮ АНЕМІЄЮ ЛЕГКОГО СТУПЕНЯ

Бідзіля П. П.

*Запорізький державний медичний університет,
Запоріжжя, Україна*

Мета. Вивчити вміст цитокінів інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) та фактора некрозу пухлин- α (ФНП- α) в сироватці крові хворих на

хронічну серцеву недостатність (ХСН) з надмірною масою тіла, ожирінням та супровідною анемією легкого ступеня.

Методи. Обстежено 84 хворих на ХСН II–III функціонального класу внаслідок хронічних форм ішемічної хвороби серця (ІХС) та артеріальної гіпертензії (АГ) з надмірною масою тіла та ожирінням I–III ступенів. До I групи увійшло 13 хворих на ХСН з анемією легкого ступеня, II група — 71 хворий на ХСН без анемії. Досліджувані були співставні за віком, гендерною ознакою та індексом маси тіла. Група порівняння представлена 12 пацієнтами з хронічними формами ІХС та АГ, нормальною масою та без ХСН. Вміст ІЛ-6, ІЛ-10 та ФНП- α у сироватці крові визначали імуноферментним методом. Показники наведені у вигляді Ме [25, 75 %] (Медіана; 25; 75 перцентиль). Різниця вважалась достовірною при $p < 0,05$.

Результати. У групі порівняння був найнижчим вміст ІЛ-6 (1,93 [1,47; 2,16] пг/мл), ІЛ-10 (0,22 [0,16; 0,31] пг/мл) та ФНП- α (2,31 [1,98; 2,75] пг/мл), які достовірно поступалися значенням I (10,2 [7,98; 28,1], 2,51 [1,41; 11,3], 21,9 [11,9; 44,4] пг/мл відповідно) та II груп (5,22 [3,49; 13,8], 1,27 [0,92; 2,87], 13,3 [4,28; 29,2] пг/мл відповідно). У I групі, порівняно з II, переважав рівень ІЛ-6 (на 95,4 %) та ІЛ-10 (на 97,6 %; $p < 0,05$). Супуровідна анемія корелювала з вмістом ІЛ-6 ($r = +0,27$; $p < 0,05$) та ІЛ-10 ($r = +0,24$; $p < 0,05$).

Висновки. Анемія легкого ступеня у хворих на ХСН з надмірною масою тіла та ожирінням супроводжується достовірним переважанням сироваткового вмісту ІЛ-6 та ІЛ-10, що може свідчити про тяжчі прояви імунозапальних реакцій.

ВПЛИВ ВЖИВАННЯ КОФЕЇНОВІСНИХ НАПОЇВ НА РІВНІ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ У СТУДЕНТІВ СТАРШИХ КУРСІВ

Анікоєнко А. А., Шишман Ю. М.

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Мета. Вивчити вплив вживання кофеїновмісних напоїв на показники тривоги (Т) та депресії (Д) у студентів старших курсів.

Матеріали та методи. Проведено анкетування 196 студентів (60 юнаків і 136 дівчат), вік ($22,88 \pm 0,14$) року, рівні Т та Д оцінювали за допомогою шкали HADS. У залежності від характеру вживання кофеїновмісних напоїв респонденти були розподілені на три групи: I група ($n = 91$) — вживають кофеїновмісні напої у дозі < 150 мг/день кофеїну, II група ($n = 78$) — $150\text{--}300$ мг/день; III група ($n = 27$) > 300 мг/день.

Результати. Середній рівень Т у I групі становив ($6,22 \pm 0,33$) бала, у II — ($5,76 \pm 0,29$), у III — ($6,89 \pm 0,81$) бала. Середній рівень Д в I групі становив ($3,84 \pm 0,27$) бала, у II — ($4,17 \pm 0,28$) бала, у III — ($4,33 \pm 0,58$) бала. Середній рівень Т був достовірно вищий, ніж середній рівень Д, в I і II групах ($p < 0,001$) та в III групі ($p < 0,01$).

Субклінічний рівень Т в I групі було виявлено у 18 ($(19,78 \pm 4,18)$ %), у II — у 13 ($(16,67 \pm 4,22)$ %), у III — у 6 ($(22,2 \pm 8,0)$ %) студентів. Клінічно зна-