



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,  
присвячена 110-річчю  
з дня народження  
І. В. САВИЦЬКОГО



# СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

22–23 квітня 2021 року

**Тези доповідей**



ОДЕСЬКИЙ  
МЕДУНІВЕРСИТЕТ



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,  
присвячена 110-річчю з дня народження  
І. В. САВИЦЬКОГО



# СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

(для студентів та молодих вчених)

22–23 квітня 2021 року

**Тези доповідей**



ОДЕСЬКИЙ  
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875  
С 91

***Головний редактор:***

ректор, академік НАМН України,  
проф. В. М. Запорожан

***Заступники голови:***

в. о. проректора з науково-педагогічної роботи,  
з. д. н. т. України, проф. О. О. Шандра,  
науковий керівник Ради СНТ та ТМВ  
проф. О. Г. Юшковська

***Редакційна колегія:***

проф. Р. С. Вастьянов, проф. В. Г. Марічереда,  
проф. А. С. Сон, доц. К. О. Талалаєв,  
проф. І. П. Шмакова

**Сучасні** теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини  
С 91 (для студентів та молодих вчених) : наук.-практ. конф. з міжнар.  
участю, присвячена 110-річчю з дня народження І. В. Савицького.  
Одеса, 22–23 квітня 2021 року : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2021.  
— 168 с.

ISBN 978-966-443-104-7

У тезах доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю для студентів та молодих вчених, присвяченої 110-річчю з дня народження І. В. Савицького, подаються стислі відомості щодо результатів наукової роботи, виконаної учасниками конференції.

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБІОТИКІВ У ХВОРИХ З ПОЗАЛІКАРНЯНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ

Басюк О. О., Касаткін О. І.

Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна

огляді хворих дільничними і цеховими лікарями в 1й день звернення у 125 з 387 хворих (32,3 %) діагноз пневмонії НЕ був встановлений, при цьому помилково діагностовано ГРВІ, гострий бронхіт (ГБ), грип, міозит і міжреберна невралгія. Гіпердіагностика пневмонії в 1й день звернення виявлено у 93 хворих (24 %), у яких в подальшому діагноз не підтвердився і при обстеженні виставлені діагнози: ГБ, ГРВІ, грип, ХОЗЛ та інші захворювання. Діагноз пневмонія, таким чином, в 1й день звернення встановлений менш ніж у половини хворих — у 169 осіб (46,2 %), що в основному зумовлено атиповим перебігом і мізерністю клінічних симптомів. Значний вплив на перебіг пневмонії мають терміни призначення антибіотиків, адекватний їх вибір і дози. Адекватна антибактеріальна терапія в групі хворих з пневмонією призначалася в середньому з 3-го дня хвороби, в групі хворих затяжною пневмонією призначалася в середньому з 5,4 дня хвороби. Хворі з гостро перебігаючою пневмонією (ГП) отримували антибіотики в середньому 10,2 дня, а при ЗП, в середньому 22,6 дня. Відсутність або незначний клінічний ефект, динаміки лабораторних і рентгенологічних даних в перші 10 днів призначення антибактеріальної терапії зареєстровані у 134 (67 %) хворих ЗП і у 72 (35,6 %) хворих ГП, що вимагало зміни або додаткового призначення антибіотиків хворим ЗП в 64,3 % випадків, при ГП це було потрібно у 17,8 % хворих. При ЗП частіше розвивалися ускладнення від застосування антибіотиків (алергічні реакції, дисбактеріоз та інші), відповідно у 6 % хворих ЗП і у 1,9 % хворих ГП. Вивчення факторів ризику затяжного перебігу пневмонії показало, що ЗП частіше розвивається серед чоловіків зрілого та похилого віку. Куріння, як один з найважливіших факторів розвитку ЗП склав у хворих цієї групи 83,9 % у хворих ГП 42 %. Професійні шкідливості (запиленість, загазованість) також переважали у хворих ЗП (68,3 %) у порівнянні з хворими ГП (37,6 %). ЗП частіше ніж ГП розвивалася на тлі грипу та ГРВІ. 17 % хворих ГП і 26,6 % хворих ЗП зловживали прийомом алкоголю, у кожного другого хворого ЗП в анамнезі відзначалися перенесені в минулому пневмонії. Хронічні вогнища інфекції верхніх дихальних шляхів і алергія виявлялися з однаковою частотою при ГП і ЗП. Таким чином, серед обстежених хворих важливими факторами ризику, що призводять до сповільненого розв'язання запального процесу в легенях є куріння, професійні шкідливості, переохолодження, вірусні інфекції, перенесені в минулому пневмонії, зловживання алкоголем. Атиповий початок пневмонії, особливо серед осіб похилого віку, ускладнює своєчасну діагностику пневмонії і ранній початок антибактеріальної пневмонії. ЗП не є самостійним захворюванням, а тільки варіантом пневмонії. Відомі труднощі в діагностиці виникають, якщо ЗП протікає на тлі ХОХ. При постановці діагнозу слід виключити інші захворювання легень (туберкульоз, дисеміноване захворювання легень, новоутворення, вроджені аномалії).

Лікування пневмонії включає вплив на етіологічний фактор, патогенетичне і симптоматичне лікування. У більшості випадків, призначаючи антибіотики, лікар поліклініки не має інформації про збудника. На визначення етіології пневмонії і чутливості мікрофлори до антибіотиків потрібно кілька днів. На амбулаторно-поліклінічному етапі вибір антибіотика здійснюється на підставі даних епідеміологічного анамнезу і особливостей клінічних проявів пневмонії, приналежності до нозокоміальної або внутрішньолікарняної пневмонії, ступеня тяжкості пневмонії і результатів мікроскопії мокротиння по Граму. Вибір першого антибіотика практично здійснюється лікарем первинної ланки охорони здоров'я, емпірично. Стартова, емпірично обрана терапія в разі неефективності лікування через 48–72 години повинна обов'язково коригуватися на підставі даних бактеріологічного дослідження, при можливості, на підставі даних посіву мокротиння або аспірату з дихальних шляхів. У клінічній практиці макроліди розглядаються найбільш прийнятною альтернативою пеніцилінів, а в багатьох випадках є препаратами вибору.

**Метою** роботи була порівняльна оцінка лікування кларитроміцином і традиційної антибактеріальної терапії пневмонії.

З метою оцінки ефективності лікування кларитроміцином був проведений порівняльний аналіз результатів лікування у 40 хворих з позалікарняної пневмонією (ПП), які лікувалися амбулаторно і стаціонарно на базі МКЛ № 1 м. Одеси. Перша група складалася з 20 осіб, які отримували антибактеріальну терапію кларитроміцином по 250 мг або 500 мг 2 рази на день. Середній курс лікування тривав від 7 до 12 днів. Друга група — 20 осіб отримувала — традиційну терапію. Антибактеріальна терапія проводилася антибіотиками різних груп. Тривалість лікування хворих 2-ї групи (стаціонарні хворі) склала від 19 до 21 дня. В обох групах антибіотики призначалися в найкоротші терміни після встановлення діагнозу ПП (від 1 до 3 діб). У 2 групі частіше використовувався пеніцилін, переважно при пневмококовій інфекції. Порівняні групи хворих були репрезентативні за віком, статевим складом, функціях зовнішнього дихання (ФЗД), клінічним, рентгенологічним даними, характером мікрофлори мокротиння. В обох групах в мокроті переважала стрептококова інфекція (*S. Pneumoniae* і *S. Pyogenes*), відповідно 51 % в першій групі і 55 % у другій групі. На другому місці виявлялися ентеробактерії, відповідно 28 % і 22 % в асоціації з іншого мікрофлорою. Інші мікроорганізми визначались рідше (від 5 % до 13 %): дріжджові гриби, золотистий стафілокок, мікоплазма, гемофільна паличка. Всі хворі мали сим-

птоми інтоксикації (лихоманка, пітливість, тахікардія, слабкість) і лабораторні ознаки: лейкоцитоз, прискорення ШОЕ. Фізикальні зміни в легенях різного ступеня вираженості також виявлені у всіх хворих 1-ї і 2-ї групи. Після лікування кларитроміцином у хворих 1 групи в мокроті висівалася мікрофлора тільки у 4 хворих (дріжджові гриби). У хворих 2-ї групи, які отримували традиційну терапію антибіотиками, висівали пневмококи у 10 % хворих, піогенний стрептокок — 5 %, стафілокок — у 3 % хворих. При застосуванні кларитроміцину побічних явищ у хворих ПП не відзначено. Терміни тимчасової непрацездатності в першій групі склали  $(11,05 \pm 1,2)$  дня. У 2 групі —  $(20,2 \pm 1,2)$  дня, що на 9,15 дня більше, ніж в першій групі. Таким чином, кларитроміцин є високоефективним препаратом лікування ПП.

### **ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ НОРМОДИПІНУ У ХВОРИХ, РЕЗИСТЕНТНИХ ДО ЛІКУВАННЯ ІНШИМИ ГІПОТЕНЗИВНИМИ ЗАСОБАМИ, В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ**

**Бірюк М. В., Шияновський О. М.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

Нормодипін є найбільш широко використовуваним представником антагоністів кальцію пролонгованої дії, що має рівномірний гіпотензивний ефект протягом доби і здатним запобігати підвищенню артеріального тиску (АТ) в ранні ранкові години, коли значно підвищується ризик серцево-судинних катастроф і смерті. Не менш важливим є зручний одноразовий режим дозування препарату, добра переносимість та, як правило, ефективна терапія.

**Мета:** вивчення клінічної ефективності нормодипіну у хворих, резистентних до лікування інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), бета-адреноблокаторами, допаміном, розвитком ускладнень в ході лікування цими препаратами або наявності протипоказань до їх призначення.

**Матеріали та методи.** У дослідження були включені 15 осіб (11 чоловіків і 4 жінки) у віці від 21 до 72 років, які звернулися за допомогою у відділення терапії МКЛ № 5 м. Одеси. У 12 (86 %) хворих була артеріальна гіпертонія (АГ) II ст. Середня давність АГ складала 12 років. У більшості хворих були супутні фактори ризику: ожиріння — 52 %, обтяжена спадковість по АГ — 31 %, наявність ІХС — 40 %, шкідливі звички (алкоголь, куріння) — 10 %, гіподинамія — 25 %, психоемоційний фактор — 15 %. У 3 (20 %) хворих мала місце гемодинамічна АГ. Раніше лікувалися з приводу АГ 80 % хворих — усі вони тривало приймали інгібітори АПФ в максимальних добових дозах, з розвитком резистентності до них і появою ускладнень (сухий кашель).

Нормодипін призначали в дозі 5 мг один раз на добу. При рівні АТ вище 140/90 мм рт. ст. через один тиждень дозу нормодипіну збільшували до 10 мг одноразово на добу. Тривалість лі-

кування склала 6 тижнів. У дні звернення до лікаря у хворих вимірювали АТ, ЧСС; оцінювали переносимість препарату, психологічне налаштування на лікування. Протягом лікування пацієнти вели щоденник спостереження, вимірювали артеріальний тиск вранці і ввечері. Добове моніторування АТ проводили з використанням портативного тонометра Medtronic з 15-хвилинними інтервалами в денний і 30-хвилинними інтервалами в нічний час. При аналізі результатів моніторування АТ враховувалися: середні показники систолічного артеріального тиску (САТ) і діастолічного АТ (ДАТ), ЧСС за добу, а також окремо в денний і нічний час.

**Результати.** Гіпотензивний ефект на тлі прийому нормодипіну в дозі 5 мг одноразово був зафіксований вже на 1-му тижні терапії. САД знизилася з 160 до 135 мм рт. ст., ДАД з 95 до 84 мм рт. ст. Цільовий рівень АТ (САТ <140/90 мм рт. ст.) був досягнутий у 74 % хворих, гіпотензивний ефект наростав поступово. При погодинній динаміці показників артеріального тиску і ЧСС, в період з 22 год. вечора до 9 год. ранку, за даними добового моніторування АТ, виявлено, що на тлі ранкового прийому нормодипіну в добовій дозі 5 — 10 мг спостерігалася зниження САТ і ДАТ протягом усього періоду спостереження, в тому числі у найбільш вразливий час — ранні ранкові години (з 4 ч. до 9 ч. утра).

За результатами добового моніторування АТ вихідна ЧСС склала 66 уд. за хвилину, в кінці лікування 69-70 уд. за хвилину. На тлі лікування відзначено поліпшення клінічного стану у 13 пацієнтів — зменшення головного болю, підвищення працездатності. У 3 хворих з супутньої ІХС відзначено значне зменшення нападів стенокардії. У той же час на тлі зниження артеріального тиску у 2 хворих були зафіксовані виражені синусова тахікардія, набряки кінцівок, головний біль, у зв'язку з чим препарат був скасований, і хворі вибули з дослідження. Закінчили дослідження 13 чоловік: у 9 (69 %) — переносимість нормодипіну добра, у 4 (31 %) — задовільна. У легкій формі відзначалися такі симптоми, як пастозність нижніх кінцівок, відчуття серцебиття, головний біль.

**Висновки.** Нормодипін, що приймається в дозі 5 — 10 мг на добу одноразово, забезпечує хороший гіпотензивний ефект з досягненням цільового рівня артеріального тиску.

### **ФАКТОРИ, ЩО ВИЗНАЧАЮТЬ ПРОГНОЗ У ВИСОКОПРИХІЛЬНИХ ЛІКАРСЬКІЙ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНОСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА**

**Блажевич О. О., Дзигал Л. О.**

*Одеський національний медичний університет,  
Одеса, Україна*

В останні роки спостерігається позитивна динаміка зниження смертності пацієнтів з інфарктом міокарда (ІМ), але при цьому показник смертності пацієнтів залишається високим, що в значній мірі може бути обумовлено різними факторами ризику.