

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»**

Підсумкова LX науково-практична конференція

**«ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ ТА
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ»**
(присвячена 60-річчю ТДМУ)

14 червня 2017 року

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2017

Відповідальний за випуск: проф. І. М. Кліщ, доц. О. О. Шевчук

«Здобутки клінічної та експериментальної медицини» : матеріали підсумкової науково-практичної конференції, присвяченої 60-річчю ТДМУ (Тернопіль, 14 черв. 2017 р.) / Терноп. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТДМУ, 2017. – 466 с.

<i>Ждан В.М., Кир'ян О.А., Бабаніна М.Ю., Моторна Н.М., Шилкіна Л.М., Волченко Г.В., Ткаченко М.В., Лебідь В.Г., Хайменова Г.С.</i>	
ПРОФІЛАКТИКА АНТИБІОТИКОАСОЦІЙОВАНОЇ ДІАРЕЇ В ПУЛЬМОНОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ У ПОЛТАВСЬКОМУ РЕГІОНІ	42
<i>Заремба Є.Х. , Смалюх О.В.</i>	
ЗМІНИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРА КРОВІ Й ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ З НЕСТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ ПРИ ЛІКУВАННІ АТОРВАСТАТИНОМ ТА АЛЬФА-ЛІПОЄВОЮ КИСЛОТОЮ	45
<i>Ільницький І.Г., Костик О.П., Білозір Л.І., Рудницька Н.Д., Вольницька Х.І., Чуловська У.Б., Луцишин Т.В., Суворкіна І.В., Витриховський О.Я., Тимчак Е.В., Старічек Г.В., Тимчак А.І., Кашкадамова С.М., Петрівська Х.С., Василько А.В.</i>	
ДІАГНОСТИКА ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЗАШПИТАЛЬНОЇ «АТИПОВОЇ» ПНЕВМОНІЇ В УМОВАХ ЕПІДЕМІЇ РЕСПІРАТОРНО-ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ	47
<i>Ільницький І.Г., Костик О.П., Шершун Г.Р., Козак І.С., Жукова В.П., Далевська Н.В., Столяр Д.Г., Кізло Н.А., Мацех Г.С., Гречуха Н.Р., Чумало О.Т., Маленевська О.М., Ковальський Ю.Р., Колеснікова Н.О.</i>	
ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ З ПРОЯВАМИ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ	50
<i>Карвацька Н.С., Русіна С.М., Нікоряк Р.А., Карвацька Т.Г.</i>	
УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ	53
<i>Коваль В.Ю., Архій Е.Й., Савка Ю.М.</i>	
ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ЛІМЗЕР» ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ... 54	
<i>Козут І.Й., Галникіна С.О.</i>	
ЗАСТОСУВАННЯ ДІАГНОСТИЧНИХ МЕТОДИК ІАДС І ІАД-ІТ ПРИ ДЕРМАТИТІ, АСОЦІЙОВАНОМУ З НЕТРИМАННЯМ ВИПОРОЖНЕНЬ	55
<i>Колесник М.Ю., Михайловський Я.М., Міронова О.І.</i>	
ЛАБІЛЬНІСТЬ МІЖНАРОДНОГО НОРМАЛІЗОВАНОГО ВІДНОШЕННЯ НА ТЕРАПІЇ ВАРФАРИНОМ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ: РЕЗУЛЬТАТИ ОДНОРІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ	57
<i>Костик О.П., Ільницький І.Г., Яремик Н.С., Матлашевський С.Л., Витриховський О.Я., Мокрецов М.М., Коваль А.Й., Ольшанецька В.І.</i>	
КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ТА ЕНДОСКОПІЧНА ВЕРИФІКАЦІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИХ ХВОРИХ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО БРОНХІТУ	59
<i>Лихацька Г.В., Бойко Т.В., Лихацька В.О.</i>	
ОСТЕОТРОПНІ ПРЕПАРАТИ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА КОМОРБІДНУ ПАТОЛОГІЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ З ОСТЕОПОРОЗОМ.....	61

9. The Association between Prolactin, High-Sensitivity C-Reactive Protein and Framingham Risk Score in Menopause / E.D. Ozdemir, G.S. Caglar, E. Akgul [et al.] // Gynecol Obstet Invest. – 2014. – Vol. 78 (2). – P. 119-123.

УДК [616.24-002:616.34-008.314.4]-084(477.53)

**ПРОФІЛАКТИКА АНТИБІОТИКОАСОЦІЙОВАНОЇ
ДІАРЕЇ В ПУЛЬМОНОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ
У ПОЛТАВСЬКОМУ РЕГІОНІ**

**Ждан В.М.¹, Кир'ян О.А.¹, Бабаніна М.Ю.¹, Моторна Н.М.²,
Шилкіна Л.М.¹, Волченко Г.В.¹, Ткаченко М.В.¹,
Лебідь В.Г.¹, Хайменова Г.С.¹**

*¹Вищий державний навчальний заклад України «Українська
медична стоматологічна академія»*

²Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського

Винайдення антибактеріальних препаратів в сучасній медицині сприяло успішному лікуванню багатьох патологічних процесів. Однак, необгрунтоване та нераціональне застосування антибіотиків (АБ), нерідко призводить до виникнення побічних ефектів і ускладнень, частіше всього з боку травної системи. Поява антибіотикоасоційованої діареї (ААД) має різну частоту, і коливається від 4,9% до 37%. ААД обумовлена рядом причин, серед яких провідні позиції займають зміни мікробіоти кишечника. Розвиток ААД залежить у значній мірі від призначеного АБ. Найбільш часто у пацієнтів появу діареї виявляють при застосуванні захищених амінопеніцилінів (ЗАП) – до 25% випадків. Цефалоспорины 3 покоління (ЦП) і кліндоміцин, по частоті виникнення ААД посідають 2-е місце в 15-20% випадків. Серед пацієнтів пульмонологічного профілю, відповідно до протоколів МОЗ України, антибактеріальна терапія включає в себе АБ всіх груп і поколінь. При захворюваннях легень, найбільш часто рекомендують призначати ЗАП, ЦП, макроліди (МД), фторхінолони (ФХ), які досить часто провокують розвиток ААД. Тому, профілактика виникнення ААД, допоможе своєчасно попередити появу

ускладнень антибіотикотерапії, сприятиме швидшому одужанню і повноцінній реабілітації пацієнтів.

Нашою метою було вивчити частоту виявлення ААД у стаціонарних пацієнтів із захворюваннями легень в Полтавському регіоні, оцінити ефективність використання пробіотиків у профілактиці ААД у даних хворих.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети проведено ретроспективний аналіз історій 1133 стаціонарно пролікованих пацієнтів в Полтавській обласній клінічній лікарні, пульмонологічному відділенні за 2016 рік. Серед пульмонологічних хворих найбільш часто зустрічалися пацієнти з хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ), різної тяжкості перебігу – 589 (49,5%) хворих, на бронхіальну астму (БА) – 341 (28,6%) хворих і пневмоніями – 203 (17,1%) пацієнтів. Інші захворювання зустрічалися достовірно рідше – 58 (4,8%) хворих ($p < 0,05$). Вік пацієнтів коливався від 18 до 82 років. Достовірної відмінності за статтю та віком серед нозологічних форм не виявлено. АБ застосовувалися як в моно-, так і в комбінованій терапії у 850 (71,4%) хворих, серед них при ХОЗЛ у 417 (70,8%) хворих, при БА – 198 (58,1%) хворим, та в 100% випадків при пневмоніях. Серед антибіотиків найбільш часто призначалися ЗАП, МД, ЦП, ФХ, аміноглікозиди (АГ). Отримані дані були оброблені статистично, використаний метод варіаційно-статистичного аналізу Стьюдента-Фішера, статистично значущі відмінності визначалися при $p < 0,05$.

Основний матеріал. Серед усіх пацієнтів, які отримували АБ, прояви ААД виявили у 211 (24,8%) хворих. ААД не було виявлено у 639 (75,2%) пацієнтів, серед яких 418 (65,4%) використовували різні пробіотики паралельно з призначенням АБ. При аналізі частоти виникнення ААД в залежності від виду антибактеріальної терапії, серед хворих, що отримували АБ в монотерапії, ААД найбільш часто зустрічалася при використанні ЗАП – 23 (30,3%) хворих, МД – 21 (27,6%), ЦП (переважно 3-го покоління) – 19 (25%) випадків. Достовірно рідше ААД зустрічалася при призначенні АГ – 32 (9,2%), і ФХ – 21 (7,9%) випадків ($p < 0,05$). У комбінованому призначенні АБ, у 46 (34,1%) хворих ААД виявлялася при використанні ЗАП і МД, і в 42 (31,1%) випадків при комбінації МД з ЦП ($p < 0,05$).

Для оцінки ефективності профілактики різних пробіотиків у виникненні ААД, ми проаналізували можливість призначення молочнокислих бактерій *Lactobacillus rhamnosus* і *Lactobacillus helveticus* (LR) в порівнянні з іншими пробіотиками. Були виділені 2 групи хворих, з різними легеневиими захворюваннями, у яких на фоні прийому АБ на 2-4-й день антибактеріальної терапії з'явилися ознаки ААД. 34 хворим 1 групи був призначений препарат, що містить (LR), 2 група – 48 пацієнтів, приймали різні моно-, поліпробіотики, симбіотики та ін. На 5-й день лікування в обох групах відзначалася позитивна динаміка. У клініці ААД (кишкові болі, вздуття живота, виявлення слизу в калі) як в 1-й групі, так і в 2-й виявлено достовірне зменшення проявів хвороби ($p < 0,05$). Частота стільця також значно зменшилася в обох групах: у 1-й групі на 5-й день застосування пробіотику до $1,3 \pm 0,7$, у 2-й групі до $1,4 \pm 0,8$ на добу. На 14-й день лікування пробіотиками в обох групах клінічні прояви ААД були відсутні. При аналізі дисбіотичних порушень, на 5-й день лікування у 1-й групі, що отримувала (LR), зниження лакто і біфідобактерій виявляли тільки у 11 (32,5%) хворих, у 2-й групі – у 13 (27,1%) пацієнтів. Збільшення вмісту умовно-патогенної мікрофлори на 5-й день в 1-й групі виявлено у 4 (11,8%) хворих, у 2-й групі – у 8 (16,7%) пацієнтів. На 14 – й день терапії відхилення в мікробіоті у пацієнтів обох груп не виявлялося.

Висновки. Таким чином, в 82,9% випадків при використанні АБ в монотерапії у пацієнтів пульмонологічного профілю причиною виникнення ААД були ЗАП, МД і ЦП. При використанні 2-х АБ у кожного третього хворого виникнення ААД сприяли використанню комбінації ЗАП з МД і ЦП з МД. Призначення пробіотиків було ефективним способом попередження розвитку ААД та дозволяло швидко зупинити розвиток захворювання.