

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ
НАМН УКРАЇНИ»
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ
РАДИ

Матеріали науково-практичної
конференції з міжнародною участю

**«НОВІТНІ ТЕНДЕНЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ
ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ»,**
присвяченої 100-річчю від дня народження академіка Л. Т. Малої

15 – 16 жовтня 2019 р.

Харків

хворих групи О наприкінці лікування рівні апеліну склали 0,976(0,904;1,083) нг/мл проти 0,871(0,84;0,924) нг/мл на початку лікування ($p < 0,01$) (збільшення рівнів на 12,4%). У хворих групи Р рівні апеліну склали 0,940(0,866;1,058) нг/мл проти 0,875(0,788;0,931) нг/мл ($p < 0,01$) (збільшення рівнів на 7,4%). При цьому рівні апеліну наприкінці лікування вірогідно не відрізнялися між собою в зазначених групах ($p > 0,05$).

Висновки. Застосування олмесартану з лерканідипіном або раміприлу з лерканідипіном на фоні антидіабетичної та гіполілідемічної терапії викликає достовірне підвищення рівнів апеліну в крові. Застосування олмесартану з лерканідипіном на відміну від раміприлу з лерканідипіном викликає достовірне підвищення рівнів ангіотензину 1-7 в крові, що може відігравати патогенетичне значення в диференційному призначенні блокаторів ренін-ангіотензинової системи.

ПРОБИОТИКИ – НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ И ДИСКУССИИ

Яковлева О.А., Иванова С.А., Витрук Т.К.

Витницкий национальный медицинский университет имени Н.И.

Пирогова

Цель: оценить современные проблемы применения пробиотиков при дисбиозах.

Материалы и методы: анализ информационного материала и базы данных в международных статьях и рекомендациях за 2009-2019 годы

Результаты: Пророческие открытия Ильи Мечникова (1905) об ассоциации микроорганизмов, которые «в значительной степени определяют духовное и физиологическое здоровье человека», и углубленная его точка зрения (1915) о пагубной роли «вредных микробов, укорачивающих нашу жизнь и вызывающих преждевременную и мучительную старость» не вызывают сегодня сомнений. Однако понимание грядущей «эры пробиотиков» в XXI веке не так однозначно и понятно. Остается не решенной диагностика всегда вторичного дисбиоза, а коррекция его назначается вслепую (по рекомендациям фирм или как самолечение), остаются неясными качественные и количественные отклонения от нормальной индигенной микрофлоры кишечника. Нарушается главное требование коррекции дисбиоза – только против патогенов. Игнорируются требования к вводимым биопрепаратам – производственным штаммам микроорганизмов, основанным на международных рекомендациях, с четкой физиолого-биохимической, генетической маркировкой и

наличием специфических штаммов. Тем более, не ясны конкретные показания при выборе препарата при конкретной болезни. Оценка риска безопасности нарушается, без учета врачами взаимодействия с антибиотиками (АБ) при одновременной или последующей тактике их применения, риски АБ-резистентности не прогнозируются, не учитываются 4 типа побочного действия пробиотиков, у разных контингентов пациентов.

Большое распространение получили пробиотики с недостаточной эффективностью в силу фальсификации заявителями или гибелью их при производстве (от разрушения средами в ЖКТ, слабой устойчивости лактобактерий к кислоте желудочного сока, желчным кислотам, ферментам кишечника, от антагонизма с биопленками – гибель бактерий достигает 90%).

Наиболее опасно и мало исследовано взаимодействие пробиотиков с индивидуальным спектром микрофлоры у людей от рождения до старости.

Поэтому более оправданным следует считать показания к коррекции дисбиозов спорообразующими пробиотиками. К их преимуществам относят транзиторную самоэлиминацию, устойчивость к разрушению в ЖКТ, улучшение иммунитета, сингез ряда биосубстратов в микробно-тканевом комплексе, возможность сочетания с АБ, в силу полирезистентности к ним, снижение воспаления в стенке кишечника, отсутствие переноса генетической информации в микрофлору пациента. Положительным дополнительным влиянием можно усилить их эффективность растительными пищевыми пребиотиками.

Выводы: Индивидуальная диагностика характера дисбиоза – первый этап для его коррекции, выбор способа коррекции должен определяться преимуществом монокомпонентных биопрепаратов с четкой доказательной базой.

ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ШКАЛИ SILC В ДІАГНОСТИЦІ ЛАЙМ-КАРДИТУ У ХВОРИХ З ПОРУШЕННЯМ АТРІОВЕНТРИКУЛЯРНОЇ ПРОВІДНОСТІ

Ярема Н.І., Шкільна М.І., Миндзів К.В., Коцюба О.І., Гуменна Р.О.

*Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль*

Мета роботи: встановити діагностичне значення визначення факторів ризику за шкалою SILC (Suspicious Index in Lyme Carditis) у хворих на міокардит з порушенням атріовентрикулярної провідності (AV).