

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



МАТЕРІАЛИ

101 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

10, 12, 17 лютого 2020 року

Чернівці – 2020

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2020. – 488 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Іващук О.І.,
доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професор Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-843-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2020



Скринінг пройшло 110 пацієнтів із ЕАГ, підвищеною масою тіла, чи АО. Вік пацієнтів становив від 25 до 79 років (в середньому $53,3 \pm 6,05$ року). Серед обстежених було 56,4% (62) жінок, 43,6% (48) чоловіків. Хворих на ЕАГ I стадії (ст.) – 22,7% осіб (25), на ЕАГ II ст. – 45,45% (50), на ЕАГ III ст. – 31,8% (35). Серед них із нормальною масою тіла – 8,18% випадків (9), надмірною масою – 38,2% (42), із АО загалом – 53,6% (59): АО I ступеня – 27,3% осіб (30), АО II ступеня – 17,3% (19), АО III – 9,09% осіб (10). Контрольну групу склали 50 практично здорових осіб, які не були в родинних стосунках із хворими, без вірогідних відмінностей за статевим розподілом і віком. Медикаментозна базова та немедикаментозна терапія хворих на ЕАГ, включених у дослідження передбачала за наявності надмірної маси тіла, чи АО хворим додатково призначали за схемами орлістат чи рослинний препарат "Стиміфол®". Тривалість спостереження складала 6 місяців.

Рівень лептину як у жінок, так і в чоловіків вірогідно зменшився під впливом лікування: у носіїв II-, ID- і DD-генотипів гена ACE жінок – на 34,5% ($p=0,01$), 39,9% ($p<0,001$) і 57,4% ($p<0,001$) із достовірною різницею між ID- і DD-генотипами на 22,4% ($p<0,05$), а у чоловіків – на 42,4% ($p=0,016$), 44,9% ($p=0,019$) і 37,7% ($p=0,028$) відповідно, зі збереженням різниці між II та ID-генотипами на 30,6% ($p<0,05$). У жінок-носіїв Ala-алеля та ProPro-генотипу гена PPAR- $\gamma 2$ вміст лептину знизився на 37,5% ($p=0,035$) і 33,7% ($p=0,024$) відповідно, при цьому рівень лептину у власників ProPro-генотипу продовжував перевищувати такий у осіб із Ala-алелем на 53,1% ($p<0,05$). У чоловіків вірогідне зниження лептину після терапії спостерігали тільки у носіїв ProPro-генотипу на 48,5% ($p=0,014$), котрий перевищував такий у носіїв Ala-алеля на 39,9% ($p<0,05$). Вміст адипонектину після лікування виріс за всіх генотипів гена ACE та PPAR- $\gamma 2$ на 5,78-7,58% ($p<0,05$), продовжуючи залишатись вірогідно нижчим у власників DD-генотипу, ніж у II-носіїв на 5,65% ($p<0,05$). ЗХС статистично значимо зменшився через 6 місяців терапії в осіб із DD- і Pro12-генотипами на 15,4% і 12,9% ($p<0,05$) відповідно. Динаміка лептинорезистентності (ЛР) засвідчила вірогідне його зменшення під впливом лікування у чоловіків – на 36,3%, 44,7% і 52,2% ($p<0,05$) відповідно, вагомніше у носіїв D-алеля, ніж II-генотипу на 31,5% ($p<0,05$), у жінок – на 39,5% ($p<0,05$), 39,1% ($p=0,016$) і 56,0% ($p<0,01$) відповідно, із вірогідно сильнішим зниженням лептину у власниць DD-генотипу, ніж ID – на 24,3% ($p<0,05$). За геном PPAR- $\gamma 2$ вірогідне сильніше зменшення індексу ЛР на фоні терапії спостерігали у жінок-носіїв Ala-алеля – на 45,7% ($p=0,019$), ніж Pro12-генотипу – на 34,7% ($p<0,05$) зі збереженням достовірної різниці між ними – на 45,1% ($p<0,05$). У чоловіків динаміку ЛР встановили тільки у власників Pro12-генотипу – зниження на 53,0% ($p<0,001$). Однак, незважаючи на вагомніше зниження, показник ЛР у чоловіків-носіїв Pro12-генотипу продовжував перевищувати такий у осіб із Ala-алелем на 32,3% ($p<0,05$).

Отже, гіперлептинемія та лептинорезистентність у хворих на артеріальну гіпертензію та ожиріння асоціюють із наявністю D-алеля у генотипі гена ACE у жінок та ProPro-генотипу гена PPAR- $\gamma 2$ у осіб обох статей. Рівень адипонектину, загального холестеролу (ЗХС), тригліцеридів (ТГ) не залежать від алельного стану аналізованих генів; вміст холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) вірогідно вищий у носіїв DD-генотипу гена ACE.

Ступницька Г.Я.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОРОТКОСТРОКОВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ У ХВОРИХ ІЗПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ АСТМА-ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Останнім часом значна увага приділяється легеневій реабілітації хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Доведена ефективність коротко- та довгострокових реабілітаційних програм у хворих на ХОЗЛ із різними стадіями хвороби.



Однак у доступній літературі немає даних щодо ефективності реабілітаційних програм у групі хворих із поєднаною патологією Астма-ХОЗЛ (АХП).

Метою дослідження була оцінка ефективності короткострокової легеневої реабілітації у хворих на АХП.

Програма легеневої реабілітації включала 30 хворих із АХП (середній вік 63.87 ± 10.1 років) які були поділені на три групи залежно від індексу маси тіла (ІМТ): пацієнти із нормальною масою тіла (ІМТ 18,5-24,9 кг/м²), із надмірною вагою (ІМТ 25-29,9 кг/м²) та з ожирінням (ІМТ більше 30кг/м²). Для оцінки легеневої реабілітації використовували індекс BODE, який обраховується за показниками індексу маси тіла, відсотку жирової маси, м'язової маси, рівня вісцерального жиру, шкали задишки mMRC, об'єму форсованого видиху за першу секунду, тесту із 6-хвилинною ходьбою та тест оцінки ХОЗЛ (САТ-тест). М'язову масу, відсоток жирової маси та рівень вісцерального жиру оцінювали за допомогою портативного апарату для біоімпедансного аналізу BC-601 (TANITA, Японія).

Встановлено що для групи хворих з надмірною вагою та ожирінням характері вищі показники ОФВ1 ніж у пацієнтів з нормальним ІМТ. Легенева реабілітація виявилася найефективнішою у хворих на ХОЗЛ із надмірною масою тіла. У даній групі хворих вірогідно знизилася задишка (на 30,2%), та кількість балів за САТ-тестом (на 31,3%), покращились показники ФЗД (ОФВ1 зріс на 6%) за збільшилась толерантності до фізичного навантаження (на 11,8%). При використанні легеневої реабілітації в комплексній терапії хворих на АХП із ожирінням через шість місяців лікування спостерігалось зменшення ІМТ (на 10,4%), відсотка жирової маси (на 12,3%) і рівня вісцерального жиру (на 13,4%) за незначного зростання м'язової маси (на 2,6%). Звертають на себе увагу зміни індексу BODE у всіх групах хворих в динаміці лікування: зниження на 22,4% у хворих на АХП із нормальним ІМТ, на 28,2% у хворих на АХП із супутнім ожирінням та на 44,7% у хворих на АХП із надмірною масою тіла.

Раннє використання легеневої реабілітації у хворих на АХП є ефективним методом лікувального впливу для покращення перебігу захворювання, толерантності до фізичного навантаження та якості життя пацієнтів. Класичний індекс BODE може слугувати критерієм оцінки короткострокових реабілітаційних програм у хворих на АХП, у тому числі за різного нутритивного статусу.

Юрнюк С.В.

ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА У СУЧАСНІЙ ТЕРАПЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кафедра фармації

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Роль фармацевтичної опіки в сучасних умовах розвитку самолікування стрімко зростає, є одним із найважливіших аспектів професійної діяльності провізора в аптеці.

Термін «фармацевтична опіка» означає комплексну програму співпраці провізора з лікарем упродовж усього періоду фармакотерапії, починаючи від моменту відпуску лікарського засобу до повного закінчення його дії. Фармацевтична опіка передбачає активне залучення провізора (фармацевта) до керування процесом фармакотерапії. У сучасній охороні здоров'я розширення професійної орієнтації провізора (фармацевта) належить до нагальних завдань. Суть цієї нової діяльності сформульована Європейською комісією: «Фармацевти відіграють ключову роль у наданні допомоги, порад та інструкцій членам суспільства при потребі самостійного застосування лікарських засобів, а також у випадках, які належать до медичної допомоги». Зокрема, провізор зобов'язаний кваліфіковано надати допомогу відвідувачу аптеки при самодіагностиці, допомагати вибрати лікарський засіб, інформувати відвідувача про можливість профілактики захворювання.

Фармацевтична опіка охоплює і комплекс етичних та деонтологічних підходів до хворого, що звернувся по допомогу в аптеку як заклад охорони здоров'я. Цей етап є найважливішим, оскільки від нього залежить успіх і результати фармакотерапії. Йдеться про