

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА ВІЙСЬКОВА (ДЕРЖАВНА) АДМІНІСТРАЦІЯ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
ГО «АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ БУКОВИНИ»**



**Збірник матеріалів науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
«КОМОРБІДНИЙ ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАНЬ  
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ  
ТА НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ КОРЕКЦІЇ»  
16-17 березня 2023 року**

Конференція внесена до реєстру заходів  
безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2023 році №5501283

**м. Чернівці  
2023**

УДК 616.1/4-036.1-06-07-08(063)

К 63

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Коморбідний перебіг захворювань внутрішніх органів: сучасний стан проблеми та невирішені питання корекції” (Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, 16-17 березня 2023 року) – Чернівці: Медуніверситет, 2023. – 144 с.

У збірнику наведені матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю “Коморбідний перебіг захворювань внутрішніх органів: сучасний стан проблеми та невирішені питання корекції” (Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, 16-17 березня 2023 року) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним питанням поєданого перебігу захворювань внутрішніх органів у хворих різних вікових груп.

***Рецензенти:***

**Ілащук Т.О.** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці) МОЗ України.

**Плеш І.А.** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці) МОЗ України.

Наукова та загальна редакція - д.мед.н., професор О.С. Хухліна

ISBN 978-617-519-024-1

Рекомендовано до друку Вченою Радою Буковинського державного медичного університету (протокол №11 від 23 березня 2023 року)

Буковинський державний медичний університет, 2023.

При дослідженні структурно-функціонального стану тканин пародонта пацієнтів проводили індексну оцінку. Середнє значення індексу РМА у пацієнтів 1-ї групи становило ( $0,37 \pm 0,18$ ), що відповідало середньому ступеню запалення, і було у 1,2 рази меншим від значення у 2-й групі ( $0,46 \pm 0,03$ ) ( $p < 0,05$ ), але перевищувало показник у групі контролю у 1,9 рази ( $p < 0,01$ ).

Встановили, що середнє значення КПП у хворих 1-ї групи становило ( $2,7 \pm 0,24$ ), у той час як у 2-й групі воно було більшим у 1,3 рази ( $p < 0,01$ ) і сягало ( $3,55 \pm 0,12$ ). В обидвох групах порівняння індекс свідчив про середній ступінь тяжкості ураження пародонта та перевищував такий в групі контролю у 2,3 рази та 3,0 рази відповідно ( $p < 0,05$ ). Однак максимальну глибину пародонтальних кишень виявили у пацієнтів 2-ї групи порівняння ( $3,8 \pm 0,07$ ).

Оцінка гігієнічного статусу ротової порожнини показала незадовільний рівень гігієни в усіх групах порівняння. Значення індексу ОНІ-S в осіб 1-ї групи було у 1,4 рази меншим за показник 2-ї групи – ( $1,77 \pm 0,13$ ) проти ( $2,56 \pm 0,09$ ), що свідчить про додаткову потребу у проведенні професійної гігієни у пацієнтів із ЗП.

**Висновок.** Встановлено високу поширеність захворювань тканин пародонта у пацієнтів із супутнім хронічним панкреатитом, при чому у групі пацієнтів із зубними протезами цей показник на 9,5 % був більшим, ніж в осіб без зубного протезування ( $p < 0,05$ ). Ця закономірність також прослідковувалася при індексній оцінці стану тканин пародонта: РМА у 1,2 рази більший ( $p < 0,05$ ) у 2-й групі обстежуваних, КПП – у 1,3 рази ( $p < 0,01$ ). Тобто, зубні протези є фактором ризику, що обтяжує наявне захворювання тканин пародонта при хронічному панкреатиті.

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ІЗ КОМОРБІДНИМ ХРОНІЧНИМ НЕКАМЕНЕВИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

**Дудка Т.В.**

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

*tetyana.dudka@bsmu.edu.ua*

Актуальність проблеми. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) залишається одним із найпоширеніших хронічних захворювань у світі. Діагноз ХОЗЛ у Європі визначається у 12,4% населення. Відповідно до даних ВООЗ, ХОЗЛ є причиною близько 3 мільйонів смертей щорічно. Серед хронічних захворювань біліарної системи хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) посідає провідне місце. На сьогоднішній день зростає кількість хворих із поєднаною патологією, а ураження органів травлення здатні обтяжувати та ускладнювати перебіг інших захворювань. Поєднаний перебіг захворювань травної та дихальної систем зустрічається у 8-50% випадків.

Мета. Вивчити функціональний стан жовчного міхура, склад жовчі у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень за коморбідності з хронічним некаменевим холециститом.

Матеріал і методи досліджень. Основу дослідження складав матеріал клінічного спостереження за 60 хворими: 30 хворих на ХОЗЛ, група В (GOLD 2, II стадії) у фазі загострення (перша група - 1), 30 хворих на ХОЗЛ, група В (GOLD 2, II стадії) у фазі загострення із коморбідним хронічним некаменевим холециститом у фазі загострення (друга група - 2). Групу контролю склали 30 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку. Вентиляційну функцію легень вивчали за допомогою комп'ютерного спірографа. Жовч отримували за допомогою багатомоментного (шестифазового) ДЗ одноразовим дуоденальним зондом №15. Оцінювали тривалість кожної фази жовчовиділення та об'єм виділеної жовчі (мл), обчислювали коефіцієнт напруження жовчовиділення (КНЖ).

Результати. Дослідження функціонального стану ЖМ та ЖВШ у хворих на ХОЗЛ та ХОЗЛ із ХНХ показали, що тривалість першої фази в 1-й групі не перевищувала показник у ПЗО ( $p > 0,05$ ), у той час, як у пацієнтів 2-ї групи – була довшою на 26,0 % ( $p < 0,05$ ). Звертали на себе увагу і зміни кількості виділеної жовчі: в обох групах спостереження було встановлено істотне збільшення об'єму виділеної жовчі, що перевищувало норму відповідно у 1,6 та 2,0 рази (обидва  $p < 0,05$ ). Також, у даної категорії пацієнтів було встановлено: тривалість 2-ї фази ДЗ у хворих 1-ї та 2-ї груп була подовжена відповідно у 1,7 та 2,2 рази (обидва  $p < 0,05$ ), подовження тривалості 3-ї фази відповідно у 3,3 та 5,4 рази (обидва  $p < 0,05$ ), збільшення об'єму виділеної жовчі відповідно у 3,5 та 4,7 рази (обидва  $p < 0,05$ ) у порівнянні з нормативними показниками. Свідченням наявності гіпокінетичної дискінезії ЖМ в обстежених пацієнтів були зміни тривалості 4-ї фази у хворих 1-ї та 2-ї груп, яка істотно перевищувала показники у ПЗО відповідно у 1,8 та 2,2 рази (обидва  $p < 0,05$ ), а також істотне зростання об'єму виділеної жовчі під час 4-ї фази ДЗ – у 1,5 рази в обох групах (обидва  $p < 0,05$ ). Тривалість 5-ї фази жовчовиділення у хворих 1 та 2-ї груп була вірогідно подовженою і перевищила показник у ПЗО відповідно у 1,6 та 2,1 рази (обидва  $p < 0,05$ ), а кількість виділеної жовчі (порція С) перевищувала показник у ПЗО відповідно у 1,5 та 1,6 рази (обидва  $p < 0,05$ ), що вказує на істотний застій жовчі у внутрішньопечінкових протоках. Аналіз часових характеристик 6-ї фази ДЗ вказує на подовження тривалості жовчовиділення у хворих 1 та 2-ї груп відповідно у 1,4 та 2,6 рази (обидва  $p < 0,05$ ). Об'єм залишкової міхурової жовчі у пацієнтів 1 та 2-ї груп зростав у 1,5 та 2,1 рази (обидва  $p < 0,05$ ).

Висновки. Таким чином, результати проведеного дослідження вказують на наявність типових ознак ХНХ у 2-й групі хворих, а також наявність гіпокінетичної дискінезії ЖМ не лише у пацієнтів з ХНХ із супровідними ХОЗЛ, а також у хворих на ХОЗЛ з ізольованим перебігом. Провівши аналіз показників функціонального стану сфінктерного апарату ЖВШ, ми встановили

гіпертонічну дисфункцію СО в обох групах, максимально виражену в групі хворих із коморбідним перебігом ХНХ та ХОЗЛ.

## **КІНЕЗІОТЕЙПУВАННЯ – ОДИН З СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРИТ КОЛІННОГО СУГЛОБА**

**Собко Д.І.**

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

*sobko.diana@bsmu.edu.ua*

Актуальність. Остеоартрит (ОА) колінних суглобів є досить поширеним захворюванням, що прогресує та стає причиною ранньої інвалідності, у зв'язку з чим привертає до себе особливу увагу дослідників. Якість життя пацієнтів, які страждають на цю недугу, значно погіршується, традиційні методи лікування не дають бажаного й довготривалого ефекту, тому пошук нових терапевтичних засобів і методів реабілітації є актуальним питанням сучасної медицини.

Мета – проаналізувати й узагальнити дані наукових праць щодо ефективності використання кінезіотейпування для зменшення болю під час остеоартриту колінного суглоба.

Матеріали та методи. Матеріалами слугували вітчизняні та закордонні літературні джерела останніх 10 років, опубліковані у фахових виданнях України, базах даних Scopus та Web of Science., що містять інформацію про результати використання кінезіотейпування. Для аналізу результатів використано аналітичний і бібліосемантичний методи.

Результати дослідження. З'ясовано, що ОА колінного суглоба є хронічним захворюванням, яке постійно прогресує та погіршує якість життя. Основні його симптоми – це біль, скутість суглобів, зменшення діапазону їх рухів, запалення й набряк. Окрім того, пацієнти з ОА колінного суглоба можуть страждати від його деформації, атрофії м'язів нижніх кінцівок, аномальної ходи або навіть нездатності ходити.

Дані літератури свідчать, що найчастішою причиною звернення хворих на гонартроз до лікарів різного профілю є хронічний больовий синдром, генезис якого різноманітний і багатогранний, оскільки будь-які порушення в твердій чи м'якій тканині суглоба чи навколо нього (обмінні й трофічні процеси, травми, стиснення тощо) можуть його спричинювати чи посилювати. У зв'язку з цим метою і традиційних, і інноваційних методів лікування хворих на це захворювання та їх реабілітації є зменшення інтенсивності болю, посилення м'язової сили, покращення функції колінного суглоба, а також запобігання його деформації.

На нашу думку, одним із сучасних і перспективних напрямів у лікуванні ОА колінного суглоба є кінезіотейпування (КТ), що базується на застосуванні еластичних тейпів, які дозволяють не тільки підтримати та стабілізувати його функцію, а й прискорюють відновлення роботи м'язів і суглоба без обмеження діапазону рухів.