

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**105-ї підсумкової науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
присвяченої 80-річчю БДМУ  
05, 07, 12 лютого 2024 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2024 році № 3700679

**Чернівці – 2024**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали підсумкової 105-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2024. – 477 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 105-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Грицюк М.І., професор 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.

професорка Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професорка Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професорка Хухліна О.С.

професор Слободян О.М.

професорка Ткачук С.С.

професорка Годоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професорка Годованець О.І.

ISBN 978-617-519-077-7

© Буковинський державний медичний  
університет, 2024

**Мета дослідження.** Оцінка ефективності медичної реабілітації у пацієнтів хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) при наданні реабілітаційних послуг фахівцями з реабілітації.

**Матеріал і методи дослідження.** Досліджено 268 хворих на ГІМ віком від 42 до 75 років, середній вік яких склав  $55,1 \pm 1,8$  років. Ефективність реабілітації оцінювалась за шкалами Борга та SCORE.

**Результати дослідження.** Хворі, які мали тяжку стенокардію, клінічний профіль високого ризику, а також при виявленні зони ішемії  $>10\%$  міокарда підлягали проведенню інвазивної коронароангіографії незалежно від попередніх досліджень та лікування. Пацієнтам на ГІМ після інтервенційного втручання надавались передбачені реабілітаційні послуги: огляд спеціалістів з реабілітації з встановленням реабілітаційного діагнозу, визначенням реабілітаційного прогнозу, складанням індивідуальної програми реабілітації. Більшість прооперованих пацієнтів відносились до I групи важкості, тобто хворі, яким в гострому періоді проведена реваскуляризація міокарда за рахунок ангіопластики чи стентування і які мають неускладнений перебіг. У складі мультидисциплінарної команди фізичний терапевт під наглядом лікаря фізичної та реабілітаційної медицини здійснював реабілітаційні інтервенції для активації фізичної активності пацієнта під контролем пульсу і артеріального тиску. При виникненні ускладнень фізична активність зменшувалась. Фізичний терапевт проводив фізичне навантаження у вигляді терапевтичних вправ. Це спеціально підібрані й поділені на складові частини рухи, природні для людини, за допомогою яких досягається вибірковий вплив на певні м'язи і пов'язані з ними внутрішні органи. При виконанні терапевтичних вправ застосовуються певні рухи, які направлені на запобігання порушень організму, покращення функцій, зменшення факторів ризику, пов'язаних зі здоров'ям, оптимізації загального стану здоров'я та відчуття благополуччя. З пацієнтами працювали асистенти фізичного терапевта, а при виявленні психологічних проблем у хворого, до пацієнта запрошували психотерапевт, який при потребі, працював тривало. Більшість пацієнтів виписувалась із стаціонару до 12-14 дня і продовжували реабілітаційну програму на амбулаторному етапі. Оцінка функціонального стану пацієнтів за шкалою Борга вказувала на зменшення задишки у обстежених пацієнтів.

**Висновок.** Правильно підібране лікування і рання реабілітація хворих на ІМ впливає на функціонування пацієнта та на емоційний та психологічний стан організму людини, на підвищення рівня самосприйняття та самооцінки, що сприяє поліпшенню якості життя хворих, особливо при наявності коморбідної патології у внутрішньо переміщених осіб.

### Присяжнюк В.П.

## ОСОБЛИВОСТІ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНИХ СИСТЕМ ТА ВМІСТУ ЦИТОКІНІВ У КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ДЕЛЕЦІЙНОГО ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ ГЛУТАТІОН-S-ТРАНСФЕРАЗИ T1 І M1

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Найпоширенішою мутацією генів глутатіон-S-трансферази (GST) GSTM1 і GSTT1, яка пов'язана з втратою активності ферменту та підвищеною вразливістю до цитогенетичних ушкоджень, є нульовий генотип. За даними T. Ikeda, подвійний нульовий генотип ізоформ генів GSTT1 і GSTM1 є чинником ризику хронічних дифузних захворювань печінки, спричинених інтоксикацією троглітазоном, внаслідок низької активності дезінтоксикаційних систем захисту, зокрема, кон'югації сульфгідрильних груп.

**Мета дослідження.** Дослідити можливі асоціації про- та антиоксидантних систем та вмісту цитокінів у крові у хворих на хронічний гепатит (ХГ) невірусної етіології із делеційним поліморфізмом генів GSTT1 і GSTM1

**Матеріали і методи дослідження.** Досліджено делеційний поліморфізм генів GSTT1 та GSTM1 у 57 хворих на ХГ та 45 практично здорових осіб. Активність процесів вільнорадикального окиснення визначали спектрофотометричним методом за вмістом у крові реакційних продуктів тіобарбітурової кислоти (ТБК-реакційних продуктів). Оцінку

активності антиоксидантної системи проводили шляхом вимірювання концентрації відновленого глутатіону, а також визначенням активності каталази, GST та глутатіонпероксидази. Фактор некрозу пухлин- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) та інтерлейкін-10 (IL-10) визначали у плазмі крові імуноферментним методом. Молекулярно-генетичним методом аналізували наявність делеційного або алельного поліморфізму генів GSTT1 і GSTM1 в гомозиготному стані.

**Результати дослідження.** Серед пацієнтів із ХГ осіб із нульовим генотипом гена GSTT1 було 11 (19,3 %), відсутність делеції зазначеного гену встановили у 46 хворих (80,7 %). У групі практично здорових людей делеційний генотип гена GSTT1 визначали у 6 випадках (13,3 %), нормальний генотип – у 39 осіб (86,7 %), що вірогідно не відрізнялось від розподілу генотипів з-поміж пацієнтів із ХГ. Делеційний поліморфізм GSTM1 серед хворих на ХГ відзначали у 29 пацієнтів (50,9 %), нормальний генотип зазначеного гена спостерігали відповідно у 28 хворих (49,1 %). У контрольній групі null-генотип гена GSTM1 виявили у 23 осіб (51,1 %), відсутність делеції – у 22 людей (48,9 %), що достовірно не відрізнялося від розподілу генотипів серед пацієнтів із ХГ. Порівняння активності про- та антиоксидантної систем крові у обстежених пацієнтів із різними варіантами гена GSTT1 не показало яких-небудь статистично достовірних відмінностей. У хворих на ХГ із null-генотипом гена GSTM1, відзначали нижчу на 15,5 % ( $p = 0,03$ ) активність каталази, ніж у хворих без делеції цього гена. Таке зменшення активності зазначеного ферменту у пацієнтів із делецією гена GSTM1 супроводжувалося більшим вмістом ТБК-реакційних продуктів у крові, який був на 10,8 % ( $p = 0,03$ ) вищий, ніж у пацієнтів без делеції. Достовірних змін між пацієнтами з null- та нормальним генотипами гена GSTM1 у показниках глутатіонової системи антиоксидантного захисту не спостерігали. Аналізуючи ймовірні асоціації про- та протизапальних цитокінів із делеційним поліморфізмом гена GSTT1 виявлено вищу у 2,24 раза ( $p = 0,03$ ) концентрацію IL-10 у крові хворих на ХГ із null-генотипом, ніж у пацієнтів із нормальним генотипом зазначеного гена. Також у таких пацієнтів спостерігалася тенденція до вищого вмісту TNF- $\alpha$  у крові. Аналіз можливої залежності рівня цитокінів у крові від делеційного поліморфізму гена GSTM1 не виявив достовірних відмінностей.

**Висновки.** Делеційний поліморфізм гена GSTM1 у хворих на ХГ асоціює з нижчою активністю каталази та вищим рівнем реакційних продуктів тіобарбітурової кислоти у крові, ніж у пацієнтів із нормальним генотипом. У пацієнтів із null-генотипом гена GSTT1 відзначали вищу концентрацію інтерлейкіну 10 у крові, ніж у хворих із нормальним генотипом зазначеного гена.

**Сенюк Б.П.**

## **ВПЛИВ АРТИЖЕЛЮ НА КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА МОТОРНУ ФУНКЦІЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ.**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Артижель – комбіноване рослинний засіб з гепатопротекторну дію. Сприяє усуненню застою в жовчовивідних шляхах за рахунок нормалізації синтезу, виділення і поліпшення фізико-хімічних властивостей жовчі. Завдяки комплексній дії інозиту, холіну і біологічно активних речовин екстракту артишоку і екстракту кореня кульбаби. Артижель сприяє нормалізації функціонального стану печінки, жовчного міхура і жовчовивідних шляхів при тривалому прийомі, проте, в «гостри клінічних дослідженнях» він оцінений недостатньо.

**Мета дослідження.** Вивчення впливу Артижелю на моторику жовчного міхура у хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) в «гострих» клінічних дослідженнях за допомогою фармакодинамічної ехохолецистографії, та при курсовому лікуванні.

**Матеріали і методи дослідження.** Клінічні, ультрасонографічні, статистичні. Спостереження проведені за 34 хворими на ХНХ в період помірною загострення у віці 40-65 роки. Контрольні виміри об'єму жовчного міхура проводили кожні 10 хвилин упродовж 1-