

**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

МОШ₅₀, МОШ₇₅), середня об'ємна швидкість видиху (СОШ₂₅₋₇₅), співвідношення ОФВ₁/ЖЄЛ) та статичні (життєва ємність легень (ЖЄЛ), повільна ЖЄЛ та максимальна вентиляція легень (МВЛ)) параметри ФЗД аналізували до та після проби з бронхолітиком. Оцінювали форму кривої «потік-об'єм» та зворотність обструкції.

Результати дослідження. При аналізі показників ФЗД було встановлено, що у хворих на АХП ОФВ₁ (на 12,5 та 21,7%) був вірогідно нижчим порівняно з пацієнтами на БА та ХОЗЛ відповідно. Такі показники як співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ, МОШ₅₀ та МОШ₇₅ також вірогідно були нижчими порівняно з групами хворих на БА або ХОЗЛ. Повільна ЖЄЛ у хворих на АХП виявилась найбільш чутливим показником щодо наявності стійкої обструкції (вона була вірогідно нижчою відповідно до належної величини ніж у хворих на ХОЗЛ та БА).

Висновки. Для хворих на ХОЗЛ характерним є більш виражена обструкція на рівні середніх та дрібних бронхів, нижче співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ. Такий показник як повільна ЖЄЛ може бути додатковим критерієм діагностики стійкої обструкції при АХП.

Ташук В.К.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕРАПІЇ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ В ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ: ФОКУС НА КАРДІОЦИТОПРОТЕКЦІЮ

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Більшість пацієнтів зі стабільною стенокардією (СтСт) мають супутні захворювання, такі як артеріальна гіпертензія (АГ), дисліпідемія, цукровий діабет, серцева недостатність зі зниженою чи збереженою фракцією викиду. Поряд з традиційною антиангінальною та антигіпертензивною терапією СтСт в поєднанні з АГ чільне місце займає кардіоцитопротекторна терапія – лікування, яке шляхом безпосереднього впливу на кардіоміоцит сприяє його виживанню в умовах ішемії (гіпоксії), усуває порушення метаболізму та функцій мембран кардіоміоцитів завдяки взаємодії з певними рецепторними ділянками мембрани, ферментами або фрагментами іонних каналів.

Мета дослідження. Встановити ефективність кардіоцитопротекторної терапії (L-аргініну) у пацієнтів при поєднанні стабільної стенокардії та артеріальної гіпертензії за цифрової обробки стандартної ЕКГ з диджиталізацією її показників на базі власного медичного програмного забезпечення «Смарт-ЕКГ» (свідоцтво реєстрації авторського права №73687 за 05.09.2017).

Матеріал і методи дослідження. Здійснено дослідження за участю 45 пацієнтів зі СтСт в поєднанні з АГ (розподіл груп відбувався згідно отриманого лікування: оптимальна медикаментозна терапія з/без додавання L-аргініну (діюча речовина препарату Тівортін®, «Юрія-Фарм»). Доцільність призначення кардіоцитопротекторної терапії оцінювали за допомогою клінічного огляду, опитувальника EQ-5D-5L з візуальною шкалою EQ-VAS, цифрової обробки стандартної ЕКГ з диджиталізацією її показників. Результати представлені у вигляді зміни процентного приросту ($\Delta\%$) показників в процесі спостереження, різниця вважалася статистично значимою при рівні $p < 0,05$.

Результати дослідження. Співвідношення змін якості життя з/без додавання Тівортіну складало ($\Delta +19,49$ проти $\Delta +11,94\%$), збільшення ВМШ в зоні ішемії ($\Delta +26,51$ проти $\Delta +12,82\%$), зменшення ВМШ у відведенні V2 ($\Delta -10,53$ проти $\Delta -3,93\%$), підвищення SDNN ($\Delta +24,21$ проти $\Delta +64,55\%$), зниження частоти серцевих скорочень ($\Delta -18,21$ проти $\Delta +3,16\%$), систолічного артеріального тиску ($\Delta -13,0$ проти $\Delta -9,76\%$) та діастолічного артеріального тиску ($\Delta -8,62$ проти $\Delta -3,6\%$), у всіх випадках $p < 0,05$. В обох групах спостерігали підвищення SDNN ($\Delta +24,21\%$ проти $\Delta +64,55\%$ при $p < 0,05$), невелике зниження RMSSD ($\Delta -8,09\%$ проти $\Delta -8,75\%$ при $p < 0,05$) та виражене підвищення pNN50 ($\Delta +250,48\%$ проти $\Delta +202,71\%$ при $p < 0,05$). Варто зазначити, що в нашому попередньому дослідженні відмітили, що за СтСт вплив Тіворелю на показник SDNN ($\Delta +5,64\%$) був подібним до впливу блокатора калієвих каналів кордарону на SDNN ($\Delta +5,44\%$).

Стосовно впливу Тіворелю на показник першої похідної зубця Т, відзначили позитивний вплив на показник ВМШ в зоні ішемії з його позитивним спрямуванням ($\Delta +0,97\%$). Отже, підвищення SDNN свідчить про вплив на зниження ризику несприятливих подій при СтСт, активації парасимпатичного контуру та механізмів саморегуляції. Результати власного дослідження вказують на позитивний вплив Тівортину на значення показника ВМШ в зоні ішемії, оскільки реєстрували його збільшення, що свідчить про відновлення ішемізованого міокарда. За прийому Тівортину відмітили зниження ВМШ у маркерному відведенні гіпертрофії V2, що свідчить про нормалізацію процесів деполяризації гіпертрофованого міокарда.

Висновки. Кардіоцитопротекція – перспективний терапевтичний напрямок лікування стабільної стенокардії в поєднанні з артеріальною гіпертензією. Тівортин оптимізує гемодинамічні показники, покращує якість життя, чинить позитивний вплив на показник диференційованої ЕКГ ВМШ в зоні ішемії та гіпертрофії, активує механізми саморегуляції, тому є ефективним додатком до терапії пацієнтів зі стабільною стенокардією в поєднанні з артеріальною гіпертензією.

Хомко О.Й.

КВАНТОВА ТЕРАПІЯ

В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК

Кафедра догляду за хворими та ВМО

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Лікування хворих із трофічними виразками нижніх кінцівок повинно бути комплексним (медикаментозна терапія, дієта- та фітотерапія, місцеве медикаментозне лікування), але квантовій терапії (КвТ) належить провідна роль.

Мета дослідження. Перед нами постало завдання покращити результати комплексного лікування трофічних виразок нижніх кінцівок.

Матеріал і методи дослідження. Квантову терапію застосовано у комплексному лікуванні 28 хворих з посттромбофлебітичними трофічними виразками нижніх кінцівок. Групу порівняння склали 24 пацієнти із аналогічними трофічними порушеннями.

Проведення 1-го курсу КвТ направлене на відновлення кровопостачання ураженої кінцівки, нормалізацію загального стану пацієнта. 1-й курс - магнітолазеротерапія: ПМП 75 мТл, довжина хвилі 0,89 мкм, ПП 4-8 Вт, 41-80 Гц. Поля впливу: підколінна ямка (експозиція 64 с.), пахвинна ділянка (експозиція 128 с.), зона проєкції печінки на передній поверхні грудної клітини (128 с.), зона зліва від пупка (64 с.). Починаючи з 5-ї процедури, додають вплив на ділянку трофічних порушень та виразок - сканування протягом 64 с. З 10-ї процедури вплив на ділянку виразки припиняють, а вплив на решту зон продовжується до 12-13 процедур. Після 3-4 тижневої перерви МЛТ продовжують.

Проведення 2-го курсу сприяє нормалізації мікроциркуляції та метаболізму в тканинах у ділянці виразки та трофічних порушень, стимуляції регенерації та епіталізації у виразковому дефекті шкіри. 2-й курс проводиться щоденно по тих самих полях, що й у першому курсі, але без магнітотерапії. На зону трофічних порушень та виразок вплив проводиться червоним світлом з довжиною хвилі 0,65 мкм, протягом 128 с. (сканування) впродовж всього курсу лікування (12 процедур). Параметри випромінювання: ПП 4-6 Вт, 41-150 Гц (довжина хвиль 0,89 та 0,65 мкм).

Проведення 3-го та наступних курсів МЛТ закріпле отримані ефекти. 3-й курс КвТ проводиться через 4 тижні після закінчення 2-го курсу; проведений аналогічно першому курсу.

Результати дослідження. Терапевтичний ефект МЛТ підсилюється при проведенні лазерної рефлексотерапії по зонах базового рецепта (14 випромінювання з довжиною хвилі 1,3 мкм, потужністю 0,35 мВт, модульоване частотою 2 Гц) відразу після лазерної або магнітолазерної терапії. Повторення комплексу терапії доцільно через 6 міс. Позитивний