

**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



встановлено вегето-судинну дистонію за гіпертензивним типом, у чотирьох виявлена спадкова схильність до артеріальної гіпертензії, інші – вважали себе практично здоровими. Необхідно зазначити, що в цю групу увійшли жінки більш старшого віку (середній вік –  $29,9 \pm 3,2$  років), у трьох із них виявлено підвищений індекс маси тіла ( $27,6 \pm 3,7 \text{ кг/м}^2$ ). Проводячи аналіз результатів ДМ АТ у інших вагітних (36 осіб - підгрупа Б), необхідно зазначити зниження показників ДАТ на 5,2% у жінок в I триместрі вагітності, САТ при цьому майже не відрізнявся від показників контрольної групи. Достовірне зниження ДАТ було зареєстровано у осіб даної підгрупи при другому візиті ( $p < 0,05$ ). САТ у вагітних у II триместрі також мав тенденцію до зниження, проте показники недостовірно відрізнялись від контрольної групи. У III триместрі показники цілодобового САТ і ДАТ не відрізнялись від таких у осіб контрольної групи ( $p < 0,1$ ). Отже, слід зазначити, що у вагітних у I та II триместрі виникає зниження добових показників АТ, а в III триместрі АТ повертається до звичайних цифр.

При третьому візиті у групі осіб із підвищеним рівнем АТ не виявлено достовірних змін досліджуваних показників моніторингу АТ із попередніми даними. У трьох вагітних діагностовано преєклампсію, їх було госпіталізовано, проведено медикаментозну корекцію АТ та набрякового синдрому.

Отже, у вагітних в I та II триместрі має місце фізіологічне зниження середньодобових значень АТ, а в III триместрі АТ повертається до звичайного індивідуального рівня або може трохи перевищувати його. Доцільним вбачаємо застосування інструментальних методів діагностики артеріальної гіпертензії у жінок на ранніх термінах вагітності, особливу увагу необхідно приділяти вагітним із виявленими при першому візиті факторами ризику розвитку артеріальної гіпертензії.

**Петринич О.А.**

## **ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА: СТРУКТУРА ПРИЧИН ЗВЕРНЕННЯ ХВОРИХ ДО ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ**

*Кафедра сімейної медицини*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

З 2018 року в Україні розпочато практичне впровадження Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2). Аналіз причин звернення, визначених словами пацієнта, дозволяє лікарю первинної ланки розуміти найбільш затребувані запити при різних епізодах медичної допомоги.

Метою нашого дослідження було проаналізувати причини звернення хворих з діагнозами К86 (гіпертонія неускладнена) та К87 (гіпертонія з ускладненням) за ICPC-2 до лікарів первинної ланки одного з районних центрів первинної медико-санітарної допомоги Чернівецької області.

Для реалізації мети опрацьовано форму № 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів». До дослідження увійшло 89 хворих на гіпертонічну хворобу віком від 25 до 83 років, з яких 46 чоловіків та 43 жінки, яким було виставлено наступні діагнози за ICPC-2: К86 – 29 хворих, К87 – 60 хворих. Серед хворих з діагнозом К86 первинних звернень зафіксовано 23, вторинних – 6. Серед хворих з діагнозом К87 – 45 та 15 відповідно, що потребує подальшого вивчення з детальним аналізом форми 025/о «Медична карта амбулаторного хворого». У структурі причин звернення зустрічалися наступні причини звернення: А04 (загальна слабкість/втома) – 8,98 %, К01 (біль у серці) – 23,59 %, К02 (стиснення в області серця) – 17,97 %, К04 (серцебиття) – 15,73 %, К05 (порушення серцевого ритму інші) – 17,97 %, К07 (опухлі щиколотки/набряки) – 4,49 %, К25 (страх гіпертонії) – 3,37 %, К31 (часткове медичне обстеження серцево-судинної системи) – 12,35 %, К45 (нагляд/навчання/консультація/дієта) – 14,60 %, К50 (призначення ліків/ін'єкцій) – 35,95 %, N01 (головний біль) – 20,22 %, N04 (синдром неспокійних ніг) – 8,98 %, N03 (дзвін/шум у вухах) – 11,23 %.



Отже, найчастішими причинами звернення у хворих на гіпертонічну хворобу у нашому дослідженні встановлено K01 (біль у серці), K50 (призначення ліків/ін'єкцій) та N01 (головний біль).

**Присяжнюк В.П.**

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ З ВИКОРИСТАННЯМ КВЕРЦЕТИНУ**

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

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) наразі є найпоширенішою нозологією серед захворювань печінки, яка трапляється у 20% – 30% дорослого населення Західної Європи та Північної Америки та у 15% мешканців Азії. Тому важливим завданням сучасної медицини є вдосконалення лікування пацієнтів із НАЖХП.

Мета дослідження - вивчити ефективність використання кверцетину у комплексному лікуванні хворих на НАЖХП.

Обстежений 71 пацієнт із НАЖХП. До основної групи увійшов 41 пацієнт із НАЖХП, яким додатково до основного лікування призначали таблетки кверцетину у дозі 40 мг тричі на день за 30 хвилин до приймання їжі впродовж 14-16 днів і продовжували його використання на амбулаторно-поліклінічному етапі до 2 місяців. Групою порівняння були 30 хворих на НАЖХП, які отримували базисне лікування відповідно до Наказу МОЗ України № 826 від 06.11.2014 і адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах "Неалкогольна жирова хвороба печінки" (2014) та EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease (2016). Контрольну групу становили 45 практично здорових осіб, репрезентативних за віком та статтю до пацієнтів досліджуваних груп. Контроль віддалених результатів лікування здійснювали через 6 та 12 місяців шляхом опитування та об'єктивного обстеження хворих

У пацієнтів основної групи через два тижні достовірно знижувалася активність аспартатамінотрансферази на 37,2 % ( $p = 0,03$ ) та аланінамінотрансферази – на 50,4 % ( $p = 0,01$ ). Для хворих групи порівняння була властива лише тенденція до зменшення активності цих ферментів. Активність  $\gamma$ -глутамілтрансфераз знижувалася у пацієнтів обох груп: у пацієнтів основної групи – на 89,9 % ( $p = 0,007$ ), а у групі порівняння – лише на 27,7 % ( $p = 0,03$ ). Для пацієнтів основної групи характерним було зменшення концентрації загального холестеролу на 16,7 % ( $p = 0,03$ ) та триацилгліцеролів – на 33,3 % ( $p = 0,002$ ). У групі порівняння вміст зазначених середників упродовж двотижневого періоду лікування не знижувався.

Встановлено, що концентрація TNF- $\alpha$  у крові пацієнтів основної групи знижувалася на 39,8 % ( $p = 0,03$ ), а у хворих групи порівняння достовірних змін у активності цього цитокіну впродовж двотижневого лікування не відзначали. Однак, вміст IL-10 у крові достовірно не змінювався впродовж лікування у пацієнтів обох груп. Також не встановлено будь-яких достовірних відмінностей у концентрації TGF- $\beta_1$  у крові впродовж лікування у пацієнтів обох груп. Упродовж двотижневого терміну лікування із застосування кверцетину мало місце достовірне зниження концентрації proANP у крові у 2,07 раза ( $p = 0,04$ ) порівняно з відповідним показником до лікування. У пацієнтів основної групи було достовірне зниження повторного звернення за медичною допомогою, відносно хворих групи порівняння впродовж наступних 6 та 12 місяців після проведеного лікування у 3,68 раза (OR = 3,68, 95 % ДІ 1,06 – 12,73) та 3,01 раза (OR = 3,01, 95 % ДІ 1,09 – 8,26) відповідно та зменшення інтенсивності клінічних симптомів захворювання у разі повторного звернення.

У хворих на НАЖХП основної групи упродовж двох тижнів лікування ефективніше коригувалися показники, які відображають процеси цитолізу, холестази, ліпідний профіль, відзначали достовірне зменшення вмісту TNF- $\alpha$  та зниження рівня передсердного натрійуретичного пропептиду у крові. Встановлено, що для хворих на НАЖХП основної