

**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



**Амеліна Т.М.**

## **ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Коморбідний перебіг хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) потенціює зростання стаціонарної смертності, розвиток ранньої серцевої недостатності, гострої дихальної недостатності порівняно з хворими без легеневої патології. Окрім морфофункціональних зрушень, поєднаний перебіг ІХС і ХОЗЛ погіршує якість життя та обмежує фізичну активність даного контингенту пацієнтів [Agarwal M., 2017]. Доведено, що кардіореабілітація (КР) пацієнтів на ІХС призводить до збільшення фракції викиду, підвищує толерантність до фізичних вправ, покращує функціональний стан пацієнта, зменшує фактори серцево-судинного ризику. Прораховано, якби ступінь участі у КР поліпшився принаймні на 70%, то щорічно можна було б запобігти приблизно 25 000 смертей і 180 000 госпіталізацій. Наявність супутньої патології вимагає корекції у складанні плану реабілітаційних заходів хворих на ІХС.

Обстежено 113 хворих на стабільну стенокардію (СС) напруження II-III ФК у поєднанні з ХОЗЛ I-II стадії, які утворили дві групи: до першої було включено 63 пацієнти на СС, до другої - 50 хворих із поєднаним перебігом СС і ХОЗЛ. Найбільш характерними скаргами за частотою виявлення у пацієнтів були біль за грудиною стискаючого характеру (75,7 і 66,6 % для пацієнтів першої та другої груп відповідно), біль за грудиною пекучого характеру (24,3 і 33,4 % відповідно), обмеження фізичної активності (78,8 і 90 % відповідно), звичне фізичне навантаження викликає задуху, серцебиття (80,1 і 92,6 % опитаних). Переважна більшість хворих другої групи палять (68,4% проти 13,4 % першої групи), індекс паління склав  $16 \pm 6,5$  та  $19 \pm 4,9$  пачко/років відповідно. 67 % обстежених першої групи вказували на тривожний та депресивний настрій, 89 % пацієнтів другої групи відмітили у себе такі симптоми. Дослідження толерантності до фізичного навантаження за допомогою тесту з 6-хвилинною ходьбою виявило достовірну різницю між дистанцією, що пройшли хворі з поєднаною патологією –  $254,29 \pm 52,35$  м проти  $364,16 \pm 32,75$  м подоланої відстані хворими першої групи ( $p < 0,05$ ).

Зазначене підтверджує негативний вплив супутньої патології на фізичну активність, якість життя пацієнтів та підтверджує необхідність обов'язкового призначення індивідуальної програми реабілітації даній категорії пацієнтів, що повинна містити медикаментозну корекцію, використання фізичних вправ (не менше 150 хвилин фізичного навантаження на тиждень), психологічне консультування, модифікацію способу життя та відмову від куріння. Вирішення цієї проблеми можливе за допомогою тісної співпраці між кардіологами, лікарями сімейної і фізичної та реабілітаційної медицини, яка дозволить залучити більшу кількість пацієнтів до програми реабілітації, суттєво підвищити доступність відновного лікування, розвинути безперервність реабілітації для покращення прогнозу та якості життя пацієнтів.

**Антофійчук М.П.**

## **АНЕМІЧНИЙ СИНДРОМ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМУ СТЕАТОГЕПАТИТІ**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Зловживання алкоголем – одна з основних причин уражень печінки, зокрема розвитку алкогольної жирової хвороби печінки.

Клінічний випадок: Хворий Т. 59 років, пенсіонер, звернувся на консультацію з приводу вираженої загальної кволості, задишки, різко зниженої працездатності. З анамнезу:



більше 20 років служив у структурі МВС на посадах старшого офіцерського складу. Тривалий час зловживав алкоголем.

Клінічний аналіз крові: еритроцити – 1,4 Т/л, гемоглобін – 65 г/л, колірний показник – 1,3, гематокрит – 20%, середній об'єм еритроцитів – 93 фл, середній вміст гемоглобіну в еритроцитах – 35 пг, середня концентрація гемоглобіну в еритроцитах – 37 г/дл, лейкоцити – 3,4 Г/л, тромбоцити – 120 Г/л, швидкість осідання еритроцитів – 30мм/год. Біохімічне дослідження: АЛТ – 52 Од/л, АСТ – 45 Од/л, ГГТ – 63 Од/л, ЛФ – 171 Од/л, ТГ – 2,03 ммоль/л, ХС – 7,1 ммоль/л, сироваткове залізо – 34,2 мкмоль/л. УЗД органів черевної порожнини: УЗ-ознаки дифузних змін печінки, хронічного холециститу, хронічного панкреатиту, спленомегалії. Езофагогастродуоденоскопія: гастродуоденіт (на фоні атрофії слизової).

Попередній діагноз: Алкогольний стеатогепатит, атрофічний гастрит, В12-дефіцитна анемія важкого ступеня. ІХС. Дифузний кардіосклероз. СН ІА, ІІ ФК.

Хворому призначено: розчин глутаргіну 40% 5 мл на 200 мл ізотонічного розчину натрію хлориду впродовж тижня з подальшим переходом на таблетований прийом по 0.75 тричі на день; альфа-ліпоєва кислота 600 мг на добу; мельдоній 500 мг на добу; ціанокобаламін 1000 мкг, з подальшим зменшенням дози до 500 мкг на день; розчин тіаміну хлориду 5% 1 мл, розчин піридоксину гідрохлориду 5% 1 мл через день. З метою інтенсифікації лікування проведено 5 сеансів дискретного плазмаферезу. За одну процедуру вилучалося близько 800 мл плазми, загалом майже 4000 мл. Плазмозаміщення забезпечувалося кристалоїдними розчинами (800 – 1000 мл) та реосорбілактом (200 мл). Впродовж першого тижня лікування пацієнт відмітив покращення самопочуття, зменшення задишки, кволості, збільшення працездатності. Після закінчення лікування хворий скарг не виявляв, почував себе добре, працездатність відновлена повністю.

Залучення до комплексної терапії алкогольного стеатогепатиту методів екстракорпоральної детоксикації, зокрема, плазмаферезу, призводить до швидкої корекції синдрому цитолізу, холестазу, нормалізації показників гемограми, гіперліпідемії зі зниженням даних показників, покращенням соматичного статусу хворого та функціональних проб печінки.

**Безрук Т.О.**

## **СТАН СИСТЕМИ ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ ІЗ КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Хронічний пієлонефрит (ХП) розглядається як складне комплексне хронічне захворювання нирок із доведеним імунологічним генезом та персистуванням інфекційного агента. В останні десятиліття у терапевтичній клініці постульовано важливою вважається роль систем антиоксидантного захисту та пероксидного окислення ліпідів і білків (ПОЛ-ПОБ-АОЗ) у розвитку патологічних процесів в організмі.

Метою роботи було вивчення особливостей процесів ПОЛ-ПОБ-АОЗ у хворих на ХП із супутніми захворюваннями травної системи.

Обстежено 124 особи, які були розділені на 3 групи: хворі на ХП із супутніми ураженнями шлунково-кишкового тракту (72 пацієнти), хворі на ХП без супутніх уражень системи травлення (22 пацієнти) та група практично здорових осіб (12).

При дослідженні процесів ПОЛ-ПОБ-АОЗ у хворих на ХП із супутніми захворюваннями травної системи визначалось вірогідне збільшення вмісту МДА (до  $17,14 \pm 0,62$  мкмоль/л) та дієнових кон'югат (до  $86,54 \pm 4,27$  мкмоль/л), що може свідчити про інтенсифікацію процесів ПОЛ у обстежених. Разом із зазначеним не виявлено вірогідно значнішого впливу супутніх уражень органів травлення на досліджувані параметри порівняно із контрольною групою хворих на пієлонефрит. Рівень окислювально-