

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



МАТЕРІАЛИ

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5500074

Чернівці – 2023

таких симптомів як соматизація, обесивність, депресія та загального індексу вираженості симптомів.

Полянська О.С.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА БЕЗ ПАТОЛОГІЧНОГО ЗУБЦЯ Q

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Згідно вимог до медичних послуг за Програмою медичних гарантій-2023 по пакету НСЗУ «Медична допомога при гострому інфаркті міокарда» в розділі «Обсяг медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта/пацієнтки», вказаний пункт 10. «Надання послуг з реабілітації у сфері охорони здоров'я в гострому періоді». В умовах закупівлі медичних послуг в пункті 10 вказано про забезпечення проведення реабілітаційних заходів мультидисциплінарною реабілітаційною командою. В той же час в вимогах до спеціалістів та кількості фахівців, які працюють на посадах у закладі охорони здоров'я вказаний перелік спеціалістів з реабілітації: лікар з фізичної та реабілітаційної медицини та/або лікар з лікувальної фізкультури, та/або лікар з лікувальної фізкультури і спортивної медицини, та/або фізичний терапевт, та/або ерготерапевт – щонайменше одна особа із зазначеного переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому ЗОЗ або за сумісництвом.

Мета дослідження. Оцінка ефективності медичної реабілітації у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) без патологічного зубця Q шляхом надання реабілітаційних послуг фахівцями з реабілітації.

Матеріал і методи дослідження. Досліджено 210 хворих віком від 38 до 65 років, середній вік яких склав $51,2 \pm 2,7$ років, у яких діагностовано ГКС без патологічного зубця Q. Оцінювався час перебування пацієнтів в стаціонарі та надання реабілітаційних послуг згідно вимог НСЗУ.

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 без патологічного зубця Q 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. Рухова активність таких пацієнтів передбачає наступні дії: на 3-й- день сидіння на стільці до 10-15 хв., на 4-й день сидіння на стільці до 30 хв., на 5-й день самостійне миття обличчя, рук, розчісування волосся, гоління, перехід у положення стоячи, на 7-й день пропонується початок ходьби по палаті, самостійне одягання та роздягання. на 8-й день - збільшення дистанційної ходьби, на 10-й день - прибирання ліжка, на 11-й - миття під ручним душем стоячи, на 12-й - початок освоєння сходів та тест з дозованим фізичним навантаженням, при необхідності. 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.

Висновки. 1. Правильно проведене обстеження пацієнтів на ГІМ без патологічного зубця Q дає можливість провести адекватне медикаментозне лікування, при необхідності, інвазивне втручання та дає можливість розпочати ранню реабілітацію пацієнтів в гострому періоді реабілітації. 2. Розроблена реабілітаційна програма дає можливість суттєво знизити частоту виникнення життєвонебезпечних ускладнень, можливість надати ефективну

реабілітаційну допомогу в стаціонарі до 12-14 дня, активізувати рухову активність пацієнтів та покращує якість життя хворих.

Присяжнюк В.П.

АСОЦІАЦІЯ PRO12ALA ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА PPAR- γ ІЗ БІОХІМІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ КРОВІ, ПРО- ТА АНТИОКСИДАНТНИМИ ПРОФІЛЯМИ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Найпоширенішою нозологією серед захворювань печінки є неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП), ознаки котрої діагностують у 20% – 30% дорослого населення Західної Європи та Північної Америки та 15% – у країнах Азії. Поряд із загальновідомими факторами виникнення НАЖХП, окремі вчених звертають увагу на генетичні чинники, які можуть впливати на розвиток та прогресування цього захворювання.

Мета дослідження. Визначення можливого зв'язку Pro12Ala поліморфного варіанта гена рецепторів-активаторів проліферації пероксисом- γ (PPAR- γ) із біохімічними показниками крові, про-та антиоксидантними профілями у хворих на НАЖХП.

Матеріал і методи. Досліджено Pro12Ala поліморфізм гена PPAR- γ у 104 хворих на НАЖХП та 45 практично здорових осіб (контрольна група). Усі пацієнти та практично здорові особи дали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. У крові обстежених пацієнтів та практично здорових осіб визначали рівень глюкози, загального білірубину та його фракцій, сечової кислоти, загального білку та альбуміну, сечовини та креатиніну, активність ферментів (аспартатамінотрасферази (АсАТ), аланінамінотрасферази (АлАТ), загальної лактатдегідрогенази (ЛДГ (заг.)), лужної фосфатази (ЛФ), γ -глутамілтранспептидази (ГГТП)). Активність процесів вільнорадикального окиснення визначали спектрофотометричним методом за вмістом у крові реакційних продуктів тіобарбітурової кислоти. Оцінку активності антиоксидантної системи проводили шляхом вимірювання концентрації відновленого глутатіону, активності каталази, глутатіон-S-трансферази та глутатіонпероксидази. Дослідження Pro12Ala поліморфізму гена PPAR- γ проводили у Державному закладі “Референс-центр з молекулярної діагностики МОЗ України” (м. Київ).

Результати. Досліджено Pro12Ala поліморфізм гена PPAR- γ у 104 пацієнтів із НАЖХП і 45 практично здорових осіб. Серед обстежених пацієнтів Pro/Pro-генотип виявляли у 74 осіб (71,2 %), Pro/Ala-генотип – у 28 (26,9 %), Ala/Ala-генотип – у 2 (1,9 %). Pro-алель гена PPAR- γ визначалася у 176 випадках (84,6 %) серед 208 виділених алелей, Ala-алель – у 32 випадках (15,4 %) відповідно. У групі практично здорових людей виявлено 36 (80,0 %) гомозиготних носіїв Pro-алеля, 9 осіб (20,0 %) – були гетерозиготами, гомозиготних носіїв Ala-алеля серед обстежених контрольної групи не виявлено. Pro-алель гена PPAR- γ виявлено у 81 випадку (90,0 %) серед 90 визначених алелей, Ala-алель – у 9 випадках (10,0 %) відповідно, що вірогідно не відрізнялось від розподілу генотипів Pro12Ala поліморфізму гена PPAR- γ серед пацієнтів із НАЖХП. Активність АсАТ у пацієнтів із НАЖХП носіїв Ala-алеля була достовірно вища на 29,1 % ($p = 0,04$), ніж у пацієнтів із Pro/Pro-генотипом. Водночас, активність АлАТ у пацієнтів із Ala-алелем була достовірно більша на 45,2 % ($p = 0,03$), ніж у пацієнтів із Pro/Pro-генотипом гена PPAR- γ . Для пацієнтів із НАЖХП із різними алельними варіантами Pro12Ala поліморфізму гена PPAR- γ властиві вищі активність глутатіонпероксидази, глутатіон-S-трансферази та вміст реакційних продуктів тіобарбітурової кислоти, нижчі активність каталази і рівень відновленого глутатіону у крові, порівняно із такими показниками у осіб контрольної групи. У пацієнтів носіїв Ala-алеля відзначали нижчу на 15,9 % ($p = 0,04$) концентрацію відновленого глутатіону у крові порівняно з такою у хворих із Pro/Pro-генотипом.

Висновки. Частота зустрічальності мінорного Ala-алеля гена PPAR- γ у пацієнтів із НАЖХП достовірно не відрізняється від такої у практично здорових осіб. Носійство Ala-