

**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

Хомко О.Й.

КВАНТОВА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОСТТРОМБОФЛЕБІТИЧНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК

Кафедра догляду за хворими та ВМО

Буковинський державний медичний університет

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

Мета дослідження. Перед нами постало завдання покращити результати комплексного лікування посттромбофлебітичними трофічними виразками нижніх кінцівок.

Матеріал та методи дослідження. Магнітолазеротерапію застосовано у комплексному лікуванні 24 хворих з посттромбофлебітичними трофічними виразками нижніх кінцівок. Групу порівняння склали 16 пацієнтів із аналогічними трофічними порушеннями.

Методика лазеротерапії. 1-й курс - магнітолазеротерапія: ПМП 75 мТл, довжина хвилі 0,89 мкм, ІП 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 лазеротерапію продовжують. 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: ІП 4-6 Вт, 41-150 Гц (довжина хвиль 0,89 та 0,65 мкм). 3-й курс лазерної терапії проводиться через 4 тижні після закінчення 2-го курсу; проведений аналогічно першому курсу.

Результати дослідження. Терапевтичний ефект лазеротерапії 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 перебіг хвороби, клінічної симптоматики досягнуто у 74% хворих, поліпшення - у 16 %, рецидиви протягом року відмічені у 10% хворих.

Висновки. Використання магнітолазеротерапії в комплексному лікуванні посттромбофлебітичними трофічними виразками нижніх кінцівок покращує перебіг хвороби, зменшує кількість рецидивів, що свідчить про доцільність її використання.

Чобану Я.В.

ЗАПАЛЬНІ ТА ПРОТИЗАПАЛЬНІ МЕХАНІЗМИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ ТА ХРОНІЧНОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ, А ТАКОЖ ПРИ ЇХ ПОЄДНАННІ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) - нозологія, що характеризується зазвичай прогресуючим, частково зворотним обмеженням швидкості повітряного потоку, пов'язане з підвищеною хронічною запальною відповіддю легень на дію патогенних часток або газів і наявністю персистуючого системного запалення. Основним місцем запалення при ХОЗЛ є малі дихальні шляхи, однак активне запалення присутнє також і в великих бронхах, і в легеневій паренхімі, і в легеневих судинах. На думку деяких дослідників, ХОЗЛ є сильним незалежним предиктором розвитку серцево-судинних ускладнень. Так, за даними J. Finkelstein та співавт. (2009) зниження відношення об'єму форсованого видиху за 1 с (ОФВ1) до життєвої місткості легень на 10 % збільшує ризик летальних коронарних подій на 28% і нелетальних - на 20%. За даними L. Lahousse та співавт. (Rotterdamstudy), ХОЗЛ пов'язано з підвищенням ризику раптової

серцевої смерті протягом 5 років з часу встановлення ХОЗЛ, при цьому, у пацієнтів з частими загостреннями ХОЗЛ ризик раптової серцевої смерті в 3 рази вищий. Саме тому контроль над захворюванням у осіб з коморбідною патологією набуває першочергового значення.

За останнє десятиліття ХОЗЛ перестали розглядати як ізольовану патологію дихальної системи, а трактують як легеневий компонент системного ендотеліального порушення з широким спектром запальних змін і прискореного старіння (inflammageing), який вражає багато органів і спричиняє стан мультиморбідності без чіткого розуміння, яка саме хвороба дала перший поштовх розвитку такого стану.

Мета роботи. Порівняти динаміку змін рівнів сироваткового SIRT1 та високочутливого С-реактивного білка у пацієнтів з ХОЗЛ та ХКС при їх ізольованому та поєднаному перебігу.

Матеріал і методи дослідження. Дослідження проводилось на базі кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Буковинського державного медичного університету та Центральної міської клінічної лікарні м. Чернівці. У дослідженні взяло участь 60 пацієнтів з діагнозами ХОЗЛ, ХКС, ХОЗЛ в поєднанні з ХКС, та 10 практично здорових людей, які були групою контролю. Пацієнти були розділені на 4 групи: група 1 - пацієнти з ізольованим перебігом ХОЗЛ (n=20); група 2 - пацієнти з ізольованим перебігом ХКС (n=20); група 3- ХОЗЛ в поєднанні з ХКС (n=20); група 4- контрольна група (n=10).

В ході статистичного аналізу використовували методи параметричної статистики для малих вибірок з визначенням середнього значення та середнього квадратичного відхилення. Порівняння даних між вибірками здійснювали за t-критерієм Стьюдента, зв'язок між показниками досліджували за коефіцієнтом кореляції Фішера.

Результати дослідження. Результати дослідження рівня високочутливого СРП в сироватці крові показали, що в групі пацієнтів з ХОЗЛ рівень високочутливого СРП становив 1.47 ± 0.73 мг/дл, пацієнтів з ХКС 1.06 ± 0.11 мг/дл, пацієнтів ХОЗЛ в поєднанні з ХКС 2.13 ± 0.73 мг/дл були значно нижчими ніж в контрольній групі 0.11 ± 1.59 мг/дл (p=0.01).

Результати дослідження рівня SIRT1 в сироватці крові показали, що в групі пацієнтів з ХОЗЛ рівень SIRT1 становив 5.21 ± 1.16 нг/мл, пацієнтів з ХКС 6.58 ± 1.40 нг/мл, пацієнтів ХОЗЛ в поєднанні з ХКС 2.32 ± 0.73 нг/мл і були значно нижчими ніж в контрольній групі 12.23 ± 1.59 нг/мл (p=0.01).

Висновки. Дослідження міжмолекулярних взаємодій за участю SIRT1 та високочутливого СРП є перспективним напрямком пошуку нових ефективних діагностично-прогностичних критеріїв та терапевтичних стратегій при ХОЗЛ та ІХС.

СЕКЦІЯ 7 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ ТА МЕДИЦИНИ КАТАСТРОФ

Antofichuk T.M.

METABOLIC PREREQUISITES OF THE FORMATION AND PROGRESSION OF STEATOHEPATITIS OF ALCOHOLIC, MIXED, NON-ALCOHOLIC ETIOLOGY AND COMORBID ANEMIC CONDITIONS

*Department of Internal Medicine, Clinical Pharmacology and Occupational Diseases
Bukovinian State Medical University*

Introduction. An essential metabolic prerequisite for developing steatohepatitis (SH) of any origin is the imbalance of lipid metabolism in general. However, the peculiarities of the blood lipid spectrum in SH of alcoholic (ASH), mixed (SH ME), and non-alcoholic (NASH) etiology in comorbidity with anemic conditions (AC) is still not known with certainty.

Material and methods. 125 patients with steatohepatitis were examined, including 60 with NASH against the background of obesity of the I-II degree and 65 patients with SH of alcoholic and mixed etiology (25 patients of mixed, including alcoholic), and 40 patients with ASH), 25