

**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



статевим розподілом (62.5% - жінок, 37.5% - чоловіків). Дослідження 825C>T поліморфізму гена GNB3 виконали методом ПРЛ в режимі реального часу.

Генетичний маркер 825C>T поліморфізму гена GNB3 (rs5443) визначали при заміні тиміну (T) на цитозин (C) в позиції гена на ДНК 825 (12p13). Заміна C на T в білку GNB3 в позиції 825 амінокислотної послідовності супроводжується порушенням реплікації 9-го екзону, що веде до втрати частини поліпептидного ланцюга, який складається з 41 амінокислоти. Розподіл генотипів у групі хворих на ЕАГ та в контролі були наступними: TT-генотип виявили у 8,33 % (6) хворих та 4,16% (2) осіб групи контролю, TC-генотип – у 41,66% (30) та 50% (24) відповідно, CC-генотип – у 50% (36) пацієнтів та у 45,83% (22) практично здорових ($p>0,05$). Розподіл поліморфних варіантів відповідав популяційній рівновазі *Hardy-Weinberg* ($\chi^2=3,28$; $p>0,05$). Відносна частота дикого C-алеля та мутаційного T-алеля ($P_T=0,24$; $P_C=0,71$) між дослідною та контрольною групами не відрізнялась ($\chi^2<1,0$; $p>0,05$). Досліджений поліморфізм гена GNB3 (5443) не асоціює з підвищеним ризиком ЕАГ [OR=1,18; 95%CI:0,56-2,46; $p>0,05$].

Таким чином, алелі та генотипи 825C>T поліморфізму гена GNB3 (rs5443) не є чинниками ризику появи ЕАГ у обстеженій популяції.

Гайдуков В.А.

ВИКОРИСТАННЯ РОМАШКИ ЛІКАРСЬКОЇ (СНАМОМІЛЛА RESUTІТА) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

"Гострі" фармакологічні проби провели у 63 хворих (38 жінок і 25 чоловіків) на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) у поєднанні з гастродуоденітом (ХГД) у перші три дні їх перебування в стаціонарі на безмедикаментозному фоні. Усім пацієнтам проводили УЗД жовчного міхура, вивчали кислотоутворюючу функцію шлунка та морфологічні зміни слизової оболонки гастродуоденальної системи. Моторну функцію жовчних шляхів вивчали за допомогою пристрою для дуоденального зондування (деклараційний патент ПА14528, Гайдуков В.А. та ін.). Застосовували спиртову (40°) настойку (1:5) по 60 крапель на 60 мл теплої дистильованої води або відвар квітів ромашки медичної (РМ) у кількості 60 мл, виготовлені згідно фармакопейних вимог.

Встановлено, що настойці (в більшій мірі) та відвару (в меншій мірі) РМ притаманний стимулюючий ефект на процеси кислотоутворення шлунка за умови збереження функції обкладкових клітин. Прийом препаратів РМ викликав статистично достовірний зсув рН у кислу зону на рівні тіла шлунка при початковій нормоацидності та помірно зниженій інтенсивності кислотоутворення.

Аналіз залежності реакції жовчного міхура від стану кислотоутворювальної функції шлунка, визначеного за допомогою одночасної топографічної рН-метрії, виявив, що холеретичну реакцію спостерігали у пацієнтів з нормо- та гіперацидністю, з тривалістю захворювання до 10 років.

Холекінетичну реакцію здебільшого констатували у хворих зі збереженим станом секреторної функції шлунка та помірною мінімальною і селективною гіпоацидністю, з тривалістю захворювання до 5 років.

Змішаний тип реакції жовчного міхура здебільше фіксували у хворих з помірною селективною і абсолютною гіпоацидністю, з структурними змінами слизової оболонки шлунка і давністю захворювання 5-10 років.

Виявлено зворотньо - пропорційну залежність скоротливості жовчного міхура від ступеня атрофічних змін слизової оболонки шлунка. У пацієнтів із вираженими структурними ураженнями біліарної системи (значне збільшення жовчного міхура в об'ємі, потовщення його стінки більше 4 мм, застійні явища і деформації в ньому), з гіпоацидністю (рН>5), значними структурними змінами слизової оболонки шлунка, давністю захворювання більше 10 років



спостерігали слабкий, нетривалий холекінетичний ефект. Слабка реакція жовчного міхура при виражених структурних змінах слизової гастродуоденальної зони ймовірно обумовлена гіпофункцією інкреторного апарату ДПК, а точніше І-клітин, що синтезують холецистокінін, панкреозимін, який є основним регулятором моторики жовчного міхура.

Таким чином, відвар та настойка РМ володіють впливом на шлункове кислотоутворення, моторику жовчного міхура та процеси жовчовиділення. Одноразовий прийом препаратів РМ призводить до стимуляції шлункового кислотоутворення та проявляє холецистокінетичну і холеретичну дії. Швидкість появи цих впливів, їх інтенсивність і тривалість залежить від поширеності та глибини морфологічних змін гастродуоденальної слизової оболонки, від виразності запалення та функціонально-структурних змін у жовчному міхурі.

Отримані дані вказують на необхідність диференційованого підходу до часу призначення РМ - три гіпоацидності - за 30-40 хв., при нормаацидності - за 20-25 хв., при гіперацидності - за 10-15 хв. до їди.

Глащук Т.О.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОГО ЗАСОБУ ДУПЛЕКОР У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

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

Не зважаючи на активне висвітлення у спеціалізованій літературі тактики ведення хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), питання медикаментозного лікування останньої залишається актуальним.

Нас зацікавило вивчення ефективності та прихильності застосування комбінованого засобу дуплекор у пацієнтів із АГ та виявленою дисліпідемією.

У дослідженні взяли участь 36 пацієнтів на АГ віком 56-72 років (середній вік 65,7±5,9). Критерієм включення була наявна есенціальна АГ та дисліпідемія. Всім хворим проводили клінічне обстеження, визначення показників ліпідограми, цілодобове моніторування артеріального тиску (АТ). Обстеження здійснювали при першому візиті, через 2 місяці та через 6 місяців. Пацієнти були розподілені на 2 групи: першу (22 особи) склали хворі, яким в якості терапії було призначено амлодипін 10мг/добу, аторвастатин 10 мг/добу; другу (24 особи) склали хворі, яким призначено дуплекор (аторвастатин/амлодипін) 10/10.

Встановлено досягнення цільового рівня ліпопротеїдів низької щільності (<2,5 ммоль/л) через 6 тижнів у 78,3% пацієнтів основної групи, 63,6% - у пацієнтів контрольної групи. Цільового рівня систолічного АТ(САТ) було досягнуто у 56,9% (основна група) та у 44,15 % (контрольна група), діастолічного АТ – у 100 % спостережень. Достовірно знизився пульсовий АТ (на 11%) у пацієнтів основної групи у порівнянні із контрольною, підвищення якого найбільш характерне для старших вікових груп та відображає погіршення еластичності судин. Про зниження гіпертензивного навантаження протягом доби свідчить виражене зменшення індексу часу: для САТ – на 48,3 % та 46,2% (відповідно основна та контрольна група). На 11,1 % та 9,9% зменшилася початково підвищена варіабельність САТ впродовж доби (відповідно основна та контрольна група).

Таким чином, вдалося досягти рекомендованого цільового рівня показників ліпідограми та рівня АТ у обстежених, при цьому отримано кращі показники у пацієнтів, які отримували фіксовану комбінацію аторвастатину та амлодипіну, відзначено вищу прихильність хворих до лікування комбінованим препаратом, простий та зручний режим прийому ліків.