

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



МАТЕРІАЛИ

**106-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького колективу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
03, 05, 10 лютого 2025 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2025 році №1005249

Чернівці – 2025

УДК 61(063)
М 34

Матеріали підсумкової 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2025. – 450 с. іл.

У збірнику представлені матеріали 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Годованець О.І., професор Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Батіг В.М.
професор Білоокій В.В.
професор Булик Р.Є.
професор Давиденко І.С.
професор Дейнека С.Є.
професорка Денисенко О.І.
професор Заморський І.І.
професорка Колоскова О.К.
професорка Кравченко О.В.
професорка Пашковська Н.В.
професорка Ткачук С.С.
професорка Тодоріко Л.Д.
професорка Хухліна О.С.
професор Черноус В.О.

ISBN 978-617-519-135-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2025

Плеш І.А.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ВОДНО-СОЛЬОВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ЕГ II СТ. ЗА РІЗНИХ ВАРІАНТІВ ЦИРКАДІАННОЇ СТРУКТУРИ АТ.

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Успішне лікування хворих з артеріальними гіпертензіями можливе за умови діагностики форми захворювання, провідних ланок патогенезу, нормалізації АТ, ремоделювання серця та судин. Клінічно доведено ефективність лікування гіпертензивного синдрому діуретиками. Вони входять до препаратів вибору першої лінії. Зменшуючи ОЦК шляхом посилення діурезу та натрійурезу вони нормалізують інтегральну величину – артеріальний тиск.

Мета дослідження. Встановлення особливостей окремих ланок водно-сольового обміну у хворих на ЕГ II ст. з різною структурою циркадіанного ритму АТ.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 103 хворих на ЕГ II ст. віком від 50 до 72 років; проведено вивчення добової структури АТ з використанням реєстратора АТ фірми «Solvaig» з відповідним програмним забезпеченням; визначений добовий діурез та натрійурез.

Отримані результати дослідження. За даними розрахованого добового індекса (ДІ) хворі розподілені на три групи: «Dipper» (D) - 39 (38 %); «Non dipper» (ND) – 49 (48 %) та «Night picker» (NP) – 14 (14 %). Серед обстежених хворих переважали «не діппери»- 62 %, що вказувало на стабільно високий АТ впродовж доби, підтримувало стадію ЕГ. За даними добового діурезу виявлено тенденцію до його зниження у «не діпперів», а за добовою ескрецією натрію – достовірна різниця між «діпперами» та «не діпперами», відповідно: $187,2 \pm 2,32$; $171,5 \pm 1,88$; $168,7 \pm 2,37$ (ммоль/д). За фізіологічним механізмом «тиск-натрійурез» стало можливим провести розрахунки у названих групах коефіцієнту пресорного натрійурезу - (КПН) за співвідношенням добової ескреції натрію до середнього за добу середньодинамічного тиску (СДТ доб.) за даними ДМАТ у групах: «D»; «ND»; «NP» відповідно: $99,4 \pm 1,12$; $101,7 \pm 1,08$; $102,5 \pm 1,65$ (мм рт.ст.). КПН становив: $1,88 \pm 0,10$; $1,68 \pm 0,09$; $1,56 \pm 0,11$. У хворих з циркадіанним ритмом АТ - «не діппери» ефективність ниркового механізму «пресорного натрійурезу» має тенденцію до зниження. КПН вірогідно відмінний у групі хворих «NP» у порівнянні з «D» ($p < 0,05$).

Висновки. Виявлені зміни можуть вказувати на порушення водно-сольового обміну у хворих з добовим індексом «не діппери» та формуванням у цих групах об'ємзалежного варіанту ЕГ, обґрунтовує корекцію терапії діуретиками за індивідуальними розрахунками.

Поліщук О.Ю.

РОЛЬ ДЕПРЕСІЇ У ФОРМУВАННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ РИТМУ ТА ПРОВІДНОСТІ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Відомо, що психологічні чинники, серед яких виділяють тривогу, пригнічений настрій, песимізм, робочий стрес можуть бути поряд із загальновизнаними (вік, стать, спадковість, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, тощо) факторами ризику виникнення серцево-судинних захворювань. Водночас, існує і зворотний зв'язок: тривога та депресія часто виникають як психологічна реакція на захворювання серця, яке часто сприймається пацієнтом як загроза благополуччю та навіть життю, незалежно від об'єктивних прогностичних ознак.

Мета дослідження. Визначення впливу депресії на якість життя та соціальну значимість хвороби у пацієнтів із порушеннями ритму серця.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 352 хворих, які мали порушення ритму серця у вигляді пароксизмальної тахікардії, пароксизмальної або персистуючої фібриляції передсердь, частої екстрасистолії або порушення провідності у вигляді синоатріальної або

атріовентрикулярної блокади або синдрому слабкості синусового вузла. Проведено психодіагностичне дослідження з використанням опитувальників: PHQ-9, якості життя, пов'язаного зі здоров'ям SF-36, SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised), соціальної значимості хвороби А. Сердюка. Усіх хворих за результатами опитувальника PHQ-9 було розділено на 4 групи – I - відсутність депресії, II – легка депресія, III – помірна депресія, IV – виражена депресія (середнього та важкого ступеня). Відмінність між середніми значеннями груп перевіряли за допомогою дисперсійного аналізу Фішера.

Результати дослідження. Аналіз отриманих результатів свідчить, що у осіб з порушеннями ритму серця збільшення вираженості ступеню депресивного синдрому призводить до достовірного зниження усіх складових якості життя за винятком показників фізичного функціонування (PF) та фізичного компоненту здоров'я (F). Особливо значимі відмінності спостерігались у показниках рольового емоційного функціонування (RE): I група - $70,06 \pm 3,70$, II - $42,58 \pm 3,90$, III - $33,22 \pm 5,47$, IV - $28,64 \pm 10,99$, $p < 0,001$, життєвої активності (VT): I група - $62,91 \pm 2,02$, II - $53,11 \pm 1,54$, III - $40,03 \pm 2,20$, IV - $34,36 \pm 4,38$, $p < 0,001$, психічного здоров'я (MH): I група - $68,93 \pm 1,43$, II - $60,04 \pm 2,10$, III - $51,06 \pm 2,07$, IV - $36 \pm 4,75$, $p < 0,001$, а також інтегрального показника психологічного компоненту здоров'я (Psy): I група - $49,02 \pm 1,11$, II - $43,81 \pm 1,02$, III - $37,33 \pm 1,49$, IV - $33,04 \pm 2,76$, $p < 0,001$. Опитувальник SCL-90-R виявив, що зі збільшенням ступеня депресії збільшувались переважна більшість показників напруження симптомів, достовірні відмінності спостерігались у випадку соматизації, фобії, загального індексу вираженості симптомів а також індексу симптоматичного дистресу. Наприклад, значення останнього показника у пацієнтів I-ї групи склало 1,31, у II-й – 1,48, III-й – 1,84, максимальне значення зафіксовано у пацієнтів IV-ї групи з вираженою депресією – 1,98 ($p < 0,001$). Аналогічна тенденція до підвищення соціальної значимості хвороби при збільшенні ступеню важкості депресивного синдрому спостерігалась при аналізі опитувальника А.Сердюка. Достовірних відмінностей не встановлено лише для трьох показників: обмеження вільного часу ($p = 0,139$), погіршення ставлення до хворого на роботі ($p = 0,265$) та погіршення ставлення до хворого в сім'ї ($p = 0,720$). Натомість пацієнти з депресією відзначали обмеження відчуття сили і енергії ($p < 0,001$), обмеження задоволень ($p = 0,003$), обмеження кар'єри ($p < 0,001$), зниження фізичної привабливості ($p < 0,001$), формування почуття ущербності ($p < 0,001$), обмеження спілкування ($p = 0,022$), та навіть матеріальний збиток ($p < 0,001$).

Висновки. Наявність депресії у пацієнтів із порушеннями серцевого ритму призводить до зниження показників якості життя, насамперед рольового емоційного функціонування, життєвої активності, психічного здоров'я та психологічного компоненту здоров'я, а також супроводжується збільшенням соціальної значимості хвороби.

Полянська О.С.

ТРАНСПЛАНТАЦІЯ СЕРЦЯ: НОВІТНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Трансплантація серця (ТС) є методом вибору для пацієнтів з термінальною стадією хронічної серцевої недостатності (CH). Однорічна виживаність у світі становить $>85\%$. У багатьох пацієнтів після ТТ спостерігається помірна функціональна здатність, але часто трапляються епізоди гострого відторгнення, а також численні супутні захворювання, такі як артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, хронічні захворювання нирок і васкулопатія серцевого алотрансплантата. Імуносупресія преднізоном часто призводить до збільшення жирових відкладень та атрофії скелетних м'язів. Здатність до фізичного навантаження у більшості пацієнтів нижча за норму із середнім піковим споживанням кисню (VO_2) приблизно 60% від очікуваного. Останнім часом в систему реабілітаційних понять введено поняття «якість життя», пов'язане з поняттям «здоров'я» (health related quality of life). При цьому саме якість життя розглядають як інтегральну оцінку здоров'я і ефективності реабілітаційних заходів.