

**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

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 уцербності ($p < 0,001$), 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.

Мета дослідження. Оцінка ефективності медичної реабілітації у пацієнтів хворих при трансплантації серця.

Матеріал і методи дослідження. Проаналізовані сучасні Європейські і Американські рекомендації щодо реабілітації пацієнтів, які перенесли трансплантацію серця.

Результати дослідження. Пацієнти після ТС мають аномальні показники толерантності до фізичного навантаження, пов'язані з хірургічною денервацією серця, діастолічною дисфункцією, порушенням вазодилатаційної здатності внаслідок хронічної СН, що передувала трансплантації. Реіннервація серця, що призводить до часткової нормалізації реакції серцевого ритму на фізичне навантаження, відбувається приблизно у 40% реципієнтів через місяці або роки після трансплантації. Контрольовані фізичні тренування в рамках програм кардіологічної реабілітації (КР) є безпечними і рекомендовані професійними товариствами як до, так і після операції. Тренування не потребують відміни імунодепресантів. У лікуванні, веденні та реабілітації цієї групи пацієнтів слід застосовувати мультидисциплінарний підхід. Передопераційні втручання, такі як пререабілітація, спрямовані на покращення фізичних, метаболічних та психосоціальних можливостей пацієнтів у процесі підготовки до операції. Після ТС пацієнти перебуватимуть у декомпенсованому стані, з погіршеними функціональними можливостями, зниженим серцевим викидом та зменшеною максимальною кисневою ємністю. Фаза 1 - це фаза стаціонарної реабілітації, що включає ранні фізичні вправи та мобілізацію відразу після госпіталізації. Фаза 2 - реалізується одразу після виписки з лікарні. Вона передбачає стаціонарні та амбулаторні реабілітаційні послуги для клінічної стабілізації. Клінічно нестабільні пацієнти після гострого стану, з прогресуючою СН, які перебувають на постійному медикаментозному лікуванні або з імплантованими пристроями, реципієнти серцевих трансплантатів і пацієнти, які не можуть відвідувати офіційну амбулаторну програму реабілітації з будь-яких особистих причин, відносяться до групи високого ризику. Середня тривалість становить від 8 до 12 тижнів, у більшості випадків вона продовжується протягом року. Фаза 3 - це довготривала амбулаторна реабілітація, яка продовжується в подальшому в громаді і вдома.

Висновки. Правильно підібрана реабілітація хворих після трансплантації серця впливає на функціонування пацієнта та на емоційний та психологічний стан людини, на підвищення рівня самосприйняття та самооцінки, що сприяє поліпшенню якості життя хворих.

Присяжнюк В.П.

АСОЦІАЦІЯ PRO12ALA ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА PPAR- γ ІЗ ЦИТОКІНОВИМ ТА АДИПОКІНОВИМ ПРОФІЛЯМИ КРОВІ У ХВОРИХ НА СТЕАТОТИЧНУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Буковинський державний медичний університет

Вступ. На сьогодні найпоширенішою нозологією серед захворювань печінки є стеатотична хвороба печінки (СХП). Її поширеність складає 20 % – 30 % дорослого населення у країнах Західної Європи і Північної Америки та 5 % – 18 % у країнах Азії. E.H. VandenBerg et al. вказують на наявність ознак СХП у 22 % жителів північної Голландії. Прогнозують, що СХП стане провідною підставою до трансплантації печінки у США протягом найближчих років, перевищивши у цьому хронічний гепатит, асоційований з вірусом гепатиту С. Поряд із загальновідомими факторами виникнення СХП, 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 про- та протизапальними цитокінами, адипокіновим профілем у хворих на СХП.