

**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

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.

Матеріал і методи. Досліджено Pro12Ala поліморфізм гена PPAR- γ у 104 хворих на СХП та 45 практично здорових осіб (контрольна група). Усі пацієнти та практично здорові особи дали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. Поряд із визначенням загальнобіохімічних показників крові, досліджували вміст прозапального фактору некрозу пухлин- α (ФНП- α) та протизапального інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) у крові. Адипокіновий профіль оцінювали визначаючи рівні лептину та адипонектину у крові. Також проводили вимірювання концентрації передсердного натрійуретичного пропептиду (proANP) у крові обстежених. 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 СХП і 45 практично здорових осіб. У обстежених пацієнтів 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 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 СХП. Аналіз рівня про- та протизапальних цитокінів, адипокінів залежно від поліморфних варіантів гена PPAR- γ (Pro12Ala) показав вищий рівень ФНП- α у пацієнтів із СХП носіїв Ala-алелю гена, який був достовірно вищим за показник у практично здорових осіб, порівняно з показниками у хворих носіїв Pro/Pro-генотипу відзначали лише тенденцію до його збільшення. Відмінностей у рівні ІЛ-10 у пацієнтів із різними алельними варіантами гена PPAR- γ та практично здоровими особами не знайдено. Водночас, визначали достовірно вищий на 45,6 % ($p = 0,04$) рівень лептину у пацієнтів із СХП носіїв Ala-алеля порівняно з таким у хворих із Pro/Pro-генотипом. Рівень адипонектину у крові був нижчий у пацієнтів із СХП обох груп порівняно з практично здоровими особами без статистично достовірної різниці між носіями різних алельних варіантів гена. У пацієнтів із Ala-алелем реєстрували у 2,43 рази ($p = 0,009$) більший вміст proANP у крові, ніж у хворих із Pro/Pro-генотипом.

Висновки. Частота зустрічальності мінорного Ala-алеля гена PPAR- γ у пацієнтів із СХП достовірно не відрізняється від такої у практично здорових осіб. Носійство Ala-алеля гена PPAR- γ у хворих на СХП асоціює із достовірно вищим рівнем лептину та передсердного натрійуретичного пропептиду у крові порівняно з пацієнтами з Pro/Pro-генотипом.

Сенюк Б.П.

ФІТОТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ КОРЕКЦІЇ ХРОНІЧНИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ І ЖОВЧНОГО МІХУРА.

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Гепатопротектори природного походження – потужний клас безпечних, добре переносимих препаратів, призначених для тривалого застосування на амбулаторному етапі лікування ряду хронічних уражень гепатобіліарної системи.

Метою дослідження було вивчення ефективності і переносимості фітозасобів у терапії хворих на хронічний гепатит з супутнім хронічним некаменевим холециститом. Дослідження проведено у 27 хворих із вказаною недугою. Вивчали особливості клінічного перебігу захворювання, біохімічні показники (білірубін, аланінамінотрансферазу (АлАТ), аспартатамінотрансферазу (АсАТ), лужну фосфатазу, тимолову пробу), жовчовидільну функцію жовчного міхура і жовчовидільних шляхів в «гострих» клінічних дослідженнях за допомогою фармакодинамічної ехохолецистографії, та при курсовому лікуванні.

Матеріали дослідження. До складу досліджуваного гепатопротектора входять: екстракт розторопші плямистої – 70,0 мг, екстракт м'яти – 50,0 мг, екстракт валеріани – 30,0 мг, допоміжні речовини: лактоза, МКЦ, магнію стеарат. Фітопрепарат призначали по 1 капсулі тричі/ добу після прийому їжі, запиваючи достатньою кількістю питної води впродовж 25 днів.