

**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

**Результати досліджень** показали позитивний вплив комплексного фітозасобу на динаміку клінічних проявів, функціональний стан печінки та жовчовидільних шляхів. Під впливом проведеної терапії у вказаного контингенту хворих відзначали зменшення частоти і вираженості таких проявів диспепсичного синдрому як відрижка, зниження апетиту, відчуття сухості і гіркоти в роті, метеоризму, порушення кишкових випорожнень. Одночасно у хворих зменшувалась вираженість проявів астеничного синдрому: на 8-9 й день від початку лікування значно зменшилась загальна слабкість, підвищена втома у 23 (83 %) хворого, а по завершенню лікування у 25 (91 %) хворих. У всіх хворих після проведеного лікування виявляли зменшення болючості у правому підребер'ї, зменшення розмірів печінки.

За допомогою фармакодинамічної ехохолецистографії при прийомі збору (2 капсули одноразово) відмічали холецистокінетичний ефект різного ступеня вираженості. Так, у пацієнтів з нормальним об'ємом жовчного міхура максимальне скорочення відбувалося на 50-60 хвилині (коефіцієнт скорочення –  $62,9 \pm 5,4\%$   $p < 0,05$ ). У випадку гіпотонічної дисфункції максимальне скорочення жовчного міхура наступало на 35-40 хвилині і було нетривалим у часі. Аналіз ультрасонографічних даних органів черевної порожнини підтвердив позитивний ефект курсового лікування фітозасобом (зменшення розмірів печінки на 0,5-1 см, незначне зниження її ехогенності, відновлення розмірів жовчного міхура, значне зменшення осаду в його порожнині).

В результаті проведеного лікування вказаним препаратом нормалізувалась пігментна функція печінки, що проявлялась статистично достовірним зниженням рівня загального, кон'югованого і некон'югованого білірубіну, знизилась активність лужної фосфатази, а також відзначали зниження активності АлАт, АсАт, тимолової проби ( $p < 0,05$ ).

Оцінку переносимості фітогепатопротектора проводили, аналізуючи суб'єктивні симптоми і відчуття хворих у процесі лікування, об'єктивні дані та результати загальноклінічних досліджень. Негативних побічних реакцій не було, переносимість вказаного лікувального засобу була доброю.

**Висновки.** Фітогепатопротектор у хворих на хронічний гепатит з супутнім хронічним некаменевим холециститом забезпечує гепатопротекторний ефект і відновлює порушену моторну функцію жовчного міхура і жовчовивідних шляхів, володіє спазмолітичною та імунomodуючою діями, що обґрунтовує його призначення даній категорії хворих.

**Ступницька Г.Я.**

## **КЛІНІЧНІ ВІДМІННОСТІ МІЖ ПАЦІЄНТАМИ З ЕОЗИНОФІЛЬНИМ ЗАПАЛЕННЯМ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ (ХОЗЛ), ПАЦІЄНТАМИ З ХОЗЛ ТА АСТМА-ХОЗЛ ПЕРЕХРЕСТОМ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є гетерогенним захворюванням з різними клінічними та патофізіологічними особливостями. У деяких пацієнтів із ХОЗЛ еозинофілія сприяють запаленню, що призводить до обструкції дихальних шляхів. Хоча доведено, що еозинофілія, пов'язана з клінічною значущістю у пацієнтів з ХОЗЛ, наразі є предметом дебатов. Насьогоднікількість еозинофілів розглядають як біомаркер для спрямування терапії. Еозинофільний ХОЗЛ був позначений як частина астма-ХОЗЛ перехресту. Глобальна ініціатива з бронхіальної астми (БА)(GINA) та Глобальна ініціатива з ХОЗЛ (GOLD) нещодавно визначили астма-ХОЗЛ перехрест як стійку обструкцію дихальних шляхів з кількома ознаками як астми, так і ХОЗЛ. Пацієнти з астма-ХОЗЛ перехрестоммають часті загострення та низьку якість життя, нижчу функцію легень і високу смертність, ніж БА чи ХОЗЛ окремо. Кількість еозинофілів може бути корисною для оцінки того, яким пацієнтам може бути призначена терапія інгаляційними кортикостероїдами, особливо щодо профілактики загострення. Поширеність еозинофільного запалення у пацієнтів з ХОЗЛ невідома.

**Метою дослідження** було дослідити подібності та відмінності між пацієнтами з ХОЗЛ, еозинофільною ХОЗЛ та астма-ХОЗЛ перехрестом.

**Матеріал та методи дослідження.** Обстежено 60 пацієнтів з ХОЗЛ із співвідношенням об'єму форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ<sub>1</sub>)/форсованої життєвої ємності (ФЖЕЛ) <0,7 після прийому бронходилататорів і стажем куріння  $\geq 10$  пачок-років. Пацієнти були розділені на 3 групи: I група складалася з 44 пацієнтів без астми в анамнезі (група ХОЗЛ), II група - 12 з ХОЗЛ без астми з кількістю еозинофілів у мокроті  $\geq 3\%$  (група еозинофільного ХОЗЛ) і III група - 16 хворих на ХОЗЛ з астмою в анамнезі (астма-ХОЗЛ перехрест).

**Результати дослідження.** Пацієнти заповнювали опитувальники (респіраторний опитувальник Святого Георгія (SGRQ), тест на оцінку ХОЗЛ (CAT), клінічний опитувальник ХОЗЛ (CCQ)), а також проводилась спірометрія, тест із 6-хвилинною ходьбою (6MWT), визначали кількість еозинофілів в крові та рівень імуноглобуліну E (IgE) у сироватці крові.

Пацієнти III групи були значно молодшим з більш раннім віком діагностики порівняно з групою ХОЗЛ. Пацієнти з астма-ХОЗЛ перехрестом мали більш часті загострень порівняно з групою ХОЗЛ або групою еозинофільного ХОЗЛ. Показники CAT, SGRQ, CCQ і 6MWD були подібними між групами. Прогнозований % ОФВ<sub>1</sub> після бронходилататора не відрізнявся між групами, але співвідношення ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ було вищим у III групі ( $p < 0,05$ ). У майже половині пацієнтів з астма-ХОЗЛ перехрестом кількість еозинофілів в крові була  $\geq 300$  клітин/мкл. Пацієнти III групи мали значно вищі ОФВ<sub>1</sub> до та після бронходилататорів, прогнозований ОФВ<sub>1</sub> % і співвідношення ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ.

**Висновки.** Еозинофільний ХОЗЛ та астма-ХОЗЛ перехрест мають унікальні клінічні характеристики та можуть потребувати індивідуалізованого підходу до терапії, що базується на рівні еозинофілів та особливостях респіраторної функції для оптимізації лікування та профілактики загострень.

**Ташук В.К.**

## **КЛІНІКО-ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ОЦІНКИ С-РЕАКТИВНОГО БІЛКА В ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ**

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Ішемічна хвороба серця (ІХС) представлена у вигляді гострого коронарного синдрому чи хронічного коронарного синдрому (ХКС) - провідна причина смертності та втрати працездатності у всьому світі. Атеросклеротичний процес, що супроводжує розвиток ІХС, негативно впливає на ендотелій коронарних артерій та спричиняє підвищення маркерів запалення. Одним з найбільш вивчених та перспективних маркерів запалення, безпосереднім учасником атерогенезу, є С-реактивний білок (СРБ). Досвід попередніх робіт вказує на несприятливий прогноз для пацієнтів з ІХС за 10-річного спостереження при значенні СРБ 0,5 мг/дл та більше.

**Мета дослідження.** Вивчити клініко-прогностичне значення визначення С-реактивного білка в пацієнтів зі стабільною стенокардією, включаючи оцінку показників діджиталізованої ЕКГ.

**Матеріал і методи дослідження.** Дослідження передбачало залучення 46 осіб зі стабільною стенокардією (СтСт) II-III функціональних класів. Пацієнтів було рандомізовано на дві групи відповідно до значення СРБ: група I включала 18 осіб зі значенням СРБ  $\geq 0,5$  мг/дл, група II - 28 осіб з СРБ <0,5 мг/дл. Оцінювали рівень ендотеліну-1, показники ехокардіографії. Виконали цифрову обробку ЕКГ з вивченням показника першої похідної зубця Т диференційованої ЕКГ - відношення максимальних швидкостей (ВМШ) та оцінкою нахилу сегмента ST (STH) за діджиталізації ЕКГ. Статистичний аналіз передбачав використання критерію Манна-Уїтні. Дані представлені у вигляді медіани (Me) та інтерквартильного розмаху (IQR). Достовірність визначалася при значенні  $p < 0,05$ .