

**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

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 (ОФВ₁)/форсованої життєвої ємності (ФЖЕЛ) <0,7 після прийому бронходилататорів і стажем куріння ≥ 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 % ОФВ₁ після бронходилататора не відрізнявся між групами, але співвідношення ОФВ₁/ФЖЕЛ було вищим у III групі ($p < 0,05$). У майже половини пацієнтів з астма-ХОЗЛ перехрестом кількість еозинофілів в крові була ≥ 300 клітин/мкл. Пацієнти III групи мали значно вищі ОФВ₁ до та після бронходилататорів, прогнозований ОФВ₁ % і співвідношення ОФВ₁/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 $p < 0,05$.

Результати дослідження. В групі I рівень СРБ становив 0,29 (0,25; 0,36) мг/дл, в групі II дорівнював 0,62 (0,53; 0,73) мг/дл ($p<0,001$). Для пацієнтів групи I були характерні вищі значення ЕТ-1 на 58,10% в порівнянні з групою II ($p<0,001$), що підтверджувало більш виражене ураження ендотелію судин при вищих рівнях СРБ. При значенні СРБ $\geq 0,5$ мг/дл реєстрували гіршу систолічну здатність міокарда за значенням фракції викиду лівого шлуночка (ФВЛШ), яка була нижчою на 8,33% у пацієнтів групи I порівняно з групою II ($p=0,012$). Більш виражене порушення електрогенезу підтверджували нижчі рівні ВМШ в зоні ішемії диференційованої ЕКГ у пацієнтів групи I порівняно з групою II, що в процентному співвідношенні складало $\Delta -41,12\%$ ($p=0,001$). Достовірної різниці між значеннями STH в зоні ішемії не фіксували ($p>0,05$). Побудова рівняння множинної регресії із залежною змінною СРБ та факторами спільного впливу – ЕТ-1, ФВЛШ, ВМШ та STH в зоні ішемії демонструє сильний зв'язок, статистично значимий ($R^2=0.8284$, $p<0,001$).

Висновки. Вищі значення запального маркера СРБ корелюють з вираженішим ендотеліальним ураженням коронарних артерій, що підтверджують вищі значення ЕТ-1. Рівень СРБ $\geq 0,5$ мг/дл обумовлює гірший функціональний стан міокарда, що описує достовірно нижча ФВ ЛШ. Вищі значення СРБ асоціюються з більшим проявом ішемічних змін та більш вираженим електричним дисбалансом фази реполяризації ішемізованого міокарда, оскільки показник ВМШ в зоні ішемії диференційованої ЕКГ є нижчим у осіб з СРБ $\geq 0,5$ мг/дл, ніж з СРБ $<0,5$ мг/дл.

Хомко О.Й.

КВАНТОВА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ RAYNAUD

Кафедра догляду за хворими та ВМО

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Хвороба Raynaud (Рейно) - це захворювання невиясненої етіології, що характеризується нападаподібними спазмами артерій пальців кистей, рідше стоп, що виявляється їх зблідненням, болями і парестезіями. Розлад вегетативної регуляції, є основним чинником що викликає хворобу Рейно. Цей фактор, так само як і що має місце, при даному захворюванні, ішемія дистальних відділів кінцівок, справляють істотний вплив на структуру симпатичних нейронів. Лікування пацієнтів із хворобою Raynaud (Рейно) повинно бути комплексним (медикаментозна терапія, дієто- та фітотерапія, місцеве медикаментозне лікування), але квантовій терапії належить провідна роль.

Мета дослідження. Покращити результати комплексного лікування пацієнтів з хворобою Raynaud (Рейно).

Матеріал і методи дослідження. Квантову терапію застосовано у комплексному лікуванні 23 хворих з хворобою Raynaud (Рейно). Групу порівняння склали 18 пацієнтів із аналогічними трофічними порушеннями.

Результати дослідження. Квантова терапія при даному захворюванні проводиться на тильні поверхні долонь. Використовувана частота 50 Гц, час сканування 5-10 хв. На 1-й курс лікування 8-10 щоденних сеансів (в домашніх умовах лікування можна проводити вранці і ввечері, час сканування при цьому, скорочується до 5 хв.). Крім цього, квантова терапія проводиться на область шийного та верхньогрудного відділів симпатичного стовбура на стороні ураження або з 2-х сторін при двосторонньому ураженні. Вплив здійснюється по паравертебральних лініях (відступивши у бік від остистих відростків на 2-3 см) на рівні III-VI шийних і I-III грудних хребців. Частота 50 Гц, час впливу на 1 зону 2 хвилини. Сеанси проводяться 1 раз в день. На 1-й курс 8-10 сеансів. Таким чином, паралельно з дією на уражені ганглії, проводиться і квантова гемотерапія оскільки в зону впливу потрапляють паравертебральні судини. При IVa і IVб стадіях, коли з'являються трофічні виразки на кінцівках квантова терапія на цю область проводиться за тією ж методикою, що й при хронічній венозній недостатності. Локальна дія на трофічні виразки проводиться з метою поліпшення мікроциркуляції в трофічній виразці та прилеглих тканинах. Вплив проводиться