

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**101 – ї**

**підсумкової наукової конференції**

**професорсько-викладацького персоналу**

**Вищого державного навчального закладу України**

**«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**10, 12, 17 лютого 2020 року**

**Чернівці – 2020**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2020. – 488 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Іващук О.І.,  
доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професор Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-843-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2020



Вищезазначене дало підстави фахівцям 12 розвинутих країн, які тривало вивчали СХВ, зробити висновок, що СХВ – це новітній виклик медицині світу, який належить посилено вивчати, особливо в діагностично-лікувальному аспекті.

Мета – привернути увагу широкого загалу фахівців, інтернів та студентів старших курсів медичних навчальних закладів до опанування основними знаннями про СХВ в контексті своєчасної діагностики і здійснення лікувально-профілактичних заходів на сучасному рівні, а також короткий виклад власного досвіду дослідження цієї проблеми.

Здійснений глибокий аналіз досягнень з вивчення проблеми СХВ за останні 15 років, викладений у Українському терапевтичному журналі за 2019 рік №2 і №3. Власний досвід спостереження побудований на обстеженні 160 хворих на СХВ за останні п'ять років.

Сучасні медичні технології лікування СХВ передбачають обов'язкове поєднання немедикаментозних (дозовані фізичні навантаження, один з видів психотерапії, включаючи східні методики типу йога, ушу, оздоровче харчування) та медикаментозних (знеболюючі, адаптогени, антидепресанти, антивірусні) засобів. Успіх цих технологій значною мірою залежить від ступеня усунення факторів ризику виникнення СХВ (всі види перевантажень – інтелектуальних, фізичних, стресів, десинхронозів різних форм, неповноцінне харчування, зловживання тоніками, кавою, шкідливі звички тощо), особливо в аспекті тривалого лікування, частоти рецидивів тощо. Зазначається, що при цій патології вагоме значення має правильне навчання та виконавська дисципліна пацієнта щодо лікування, активне включення в процес реабілітації хворого, його сім'ї та задіяння інших форм соціальної підтримки.

Нині проходить апробація використання полікомпонентних різнопланової дії метаболіто- і імунотропних засобів, чинників рослинного, біологічного походження та отримані попередні обнадійливі результати. За нашими даними відмінності «українського контингенту» хворих на СХВ полягають у тому, що серед них є багато неуспішних бізнесменів, заробітчани у Європі, осіб, обтяжених кредитними боргами, іншими соціальними негараздами (безнадійна бідність), що зумовлюють більш виражені і стійкі депресії, апатію, зневірення, неможливість реалізації лікувальних програм. Іншою відмінністю є явно недостатня поінформованість широкого загалу лікарів про СХВ, особливо старших генерацій, чим зумовлена пізня діагностика і низька ефективність лікування, доволі далекого від існуючих натеper принципів лікування цієї недуги.

СХВ – складна в діагностичному і лікувально-профілактичному аспекті недостатньо досліджена недуга, поширеність якої у світі невпинно зростає, уражає найбільш креативний контингент населення, із-за чого цю проблему обґрунтовано означають як новітній виклик медицині світу.

**Воронюк К.О.**

## **РОЛЬ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА GNB3 У РОЗВИТКУ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ**

*Кафедра сімейної медицини*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

ГЛШ – це не просто ускладнення, чи прояв ураження органів-мішеней у пацієнтів з АГ, але, водночас, вона є і прогностичним фактором. Нині існує багато суперечливих фактів щодо ролі поліморфізму гена GNB3 у розвитку первинної артеріальної гіпертензії та її ускладнень, а саме гіпертрофії лівого шлуночка.

Мета дослідження - проаналізувати розподіл поліморфних варіантів гена гуанін зв'язуючого G протеїну субодиниці beta-3 (GNβ3, 825C>T; dbSNP: rs5443) у хворих на первинну артеріальну гіпертензію;

В одномоментному дослідженні взяло участь 72 хворих на ЕАГ II стадії, 1-3 ступенів підняття артеріального тиску, високого та дуже високого серцево-судинного ризику. Серед хворих було 29,16% (21) чоловіків, 70,84% (51) жінок. Середній вік пацієнтів – 59,87±7,98 р. Групу контролю склали 48 практично здорових особи, зіставних за віком (43,36±7,1 р) та



статевим розподілом (62.5% - жінок, 37.5% - чоловіків). Дослідження 825C>T поліморфізму гена GNB3 виконали методом ПРЛ в режимі реального часу.

Генетичний маркер 825C>T поліморфізму гена GNB3 (rs5443) визначали при заміні тиміну (T) на цитозин (C) в позиції гена на ДНК 825 (12p13). Заміна C на T в білку GNB3 в позиції 825 амінокислотної послідовності супроводжується порушенням реплікації 9-го екзону, що веде до втрати частини поліпептидного ланцюга, який складається з 41 амінокислоти. Розподіл генотипів у групі хворих на ЕАГ та в контролі були наступними: TT-генотип виявили у 8,33 % (6) хворих та 4,16% (2) осіб групи контролю, TC-генотип – у 41,66% (30) та 50% (24) відповідно, CC-генотип – у 50% (36) пацієнтів та у 45,83% (22) практично здорових ( $p > 0,05$ ). Розподіл поліморфних варіантів відповідав популяційній рівновазі *Hardy-Weinberg* ( $\chi^2=3,28$ ;  $p > 0,05$ ). Відносна частота дикого C-алеля та мутаційного T-алеля ( $P_T=0,24$ ;  $P_C=0,71$ ) між дослідною та контрольною групами не відрізнялась ( $\chi^2 < 1,0$ ;  $p > 0,05$ ). Досліджений поліморфізм гена GNB3 (5443) не асоціює з підвищеним ризиком ЕАГ [OR=1,18; 95%CI:0,56-2,46;  $p > 0,05$ ].

Таким чином, алелі та генотиби 825C>T поліморфізму гена GNB3 (rs5443) не є чинниками ризику появи ЕАГ у обстеженій популяції.

**Гайдуков В.А.**

## **ВИКОРИСТАННЯ РОМАШКИ ЛІКАРСЬКОЇ (СНАМОМІЛЛА RESUTІТА) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

"Гострі" фармакологічні проби провели у 63 хворих (38 жінок і 25 чоловіків) на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) у поєднанні з гастродуоденітом (ХГД) у перші три дні їх перебування в стаціонарі на безмедикаментозному фоні. Усім пацієнтам проводили УЗД жовчного міхура, вивчали кислотоутворюючу функцію шлунка та морфологічні зміни слизової оболонки гастродуоденальної системи. Моторну функцію жовчних шляхів вивчали за допомогою пристрою для дуоденального зондування (деклараційний патент ПА14528, Гайдуков В.А. та ін.). Застосовували спиртову (40°) настойку (1:5) по 60 крапель на 60 мл теплої дистильованої води або відвар квітів ромашки медичної (РМ) у кількості 60 мл, виготовлені згідно фармакопейних вимог.

Встановлено, що настойці (в більшій мірі) та відвару (в меншій мірі) РМ притаманний стимулюючий ефект на процеси кислотоутворення шлунка за умови збереження функції обкладкових клітин. Прийом препаратів РМ викликав статистично достовірний зсув рН у кислу зону на рівні тіла шлунка при початковій нормоацидності та помірно зниженій інтенсивності кислотоутворення.

Аналіз залежності реакції жовчного міхура від стану кислотоутворювальної функції шлунка, визначеного за допомогою одночасної топографічної рН-метрії, виявив, що холеретичну реакцію спостерігали у пацієнтів з нормо- та гіперацидністю, з тривалістю захворювання до 10 років.

Холекінетичну реакцію здебільшого констатували у хворих зі збереженим станом секреторної функції шлунка та помірною мінімальною і селективною гіпоацидністю, з тривалістю захворювання до 5 років.

Змішаний тип реакції жовчного міхура здебільше фіксували у хворих з помірною селективною і абсолютною гіпоацидністю, з структурними змінами слизової оболонки шлунка і давністю захворювання 5-10 років.

Виявлено зворотньо - пропорційну залежність скоротливості жовчного міхура від ступеня атрофічних змін слизової оболонки шлунка. У пацієнтів із вираженими структурними ураженнями біліарної системи (значне збільшення жовчного міхура в об'ємі, потовщення його стінки більше 4 мм, застійні явища і деформації в ньому), з гіпоацидністю ( $pH > 5$ ), значними структурними змінами слизової оболонки шлунка, давністю захворювання більше 10 років