

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

**105-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
присвяченої 80-річчю БДМУ
05, 07, 12 лютого 2024 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2024 році № 3700679

Чернівці – 2024

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали підсумкової 105-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2024. – 477 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 105-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Грицюк М.І., професор 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.

професорка Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професорка Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професорка Хухліна О.С.

професор Слободян О.М.

професорка Ткачук С.С.

професорка Годоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професорка Годованець О.І.

ISBN 978-617-519-077-7

© Буковинський державний медичний
університет, 2024

Фінляндія), з довжиною хвилі 500 ± 20 нм. Алелі поліморфних ділянок вивчали шляхом виділення геномної ДНК із венозної крові обстежених із наступною ампліфікацією за допомогою полімеразної ланцюгової реакції на ампліфікаторі "Amplify-4L" (Росія). Статистичну обробку проводили за допомогою програми Statistica® 7.0 (StatSoft Inc., США). Зв'язок показників встановлювали за допомогою коефіцієнту біваріантної параметричної кореляції (r) за *Пірсоном*. Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати дослідження. Кореляційний зв'язок показників офісного АТ від ІМТ, обводу талії (ОТ) та обводу стегон (ОС) засвідчив пряму залежність САТ і ДАТ від ІМТ та ОТ у хворих на АГ II і III ст. ($r=0,36-0,56$, $p \leq 0,052-0,024$). У пацієнтів із АГ I ст. офісний САТ корелював із ОС ($r=0,43$, $p=0,032$). У власників D-алеля гена ACE середньодобового систолічного та діастолічного артеріального тиску (САТ₂₄ і ДАТ₂₄) прямо залежали від ОТ ($r=0,37-0,81$, $p \leq 0,021-0,001$). У носіїв I-алеля (сильніше II-генотипу) на САТ₂₄ впливав вміст ТГ ($r=0,70$, $p=0,024$ і $r=0,37$, $p=0,051$), також ТГ визначав рівень ДАТ₂₄ у осіб із ID-генотипом ($r=0,38$, $p=0,047$). ДАТ₂₄ у хворих із II-генотипом гена ACE асоціював прямо із плазмовим рівнем лептину, ЗХС і індексом лептинорезистентності (ЛР) ($r=0,71-0,81$, $p \leq 0,02-0,004$), зворотно із адипонектином ($r=-0,76$, $p=0,011$), у носіїв DD-генотипу – із ХС ЛПДНЩ ($r=0,51$, $p=0,025$) та ІМТ ($r=0,53$, $p=0,02$). САТ₂₄ корелював із ОТ незалежно від алельного стану гена PPAR- $\gamma 2$ ($r=0,48$, $p=0,017$ і $r=0,052$, $p=0,004$), у власників Ala-алеля – із ІМТ ($r=0,43$, $p=0,038$), ІА ($r=0,46$, $p=0,022$) та зворотно із ХС ЛПВЩ ($r=-0,42$, $p=0,04$). ДАТ₂₄ вірогідно залежав від ОТ у носіїв Pro12-генотипу.

Висновки. У хворих на ЕАГ II і III стадій та АО офісний САТ і ДАТ прямо залежить від ІМТ та ОТ ($r=0,36-0,56$). На середньодобовий САТ₂₄ і ДАТ₂₄ вірогідно прямо впливає розмір ОТ у власників D-алеля гена ACE ($r=0,37-0,81$); у носіїв II-генотипу САТ₂₄ залежить від концентрації ТГ ($r=0,70$), а ДАТ₂₄ – від плазмових рівнів лептину, ЗХС та індексу ЛР ($r=0,71-0,81$); САТ₂₄ корелює із ОТ незалежно від алельного стану гена PPAR- $\gamma 2$ ($r=0,48$ і $r=0,052$), у власників Ala-алеля – із ІМТ ($r=0,43$), та зворотно із ХС ЛПВЩ ($r=-0,42$).

Ступницька Г.Я.

ПОКАЗНИКИ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА АСТМА-ХОЗЛ ПЕРЕХРЕСТ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Враховуючи гетерогенність клінічних проявів, окрім бронхіальної астми (БА) у осіб, що палять та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) з перевагою еозинофільного запалення, у рекомендаціях GINA та GOLD з 2014 року виділився окремий клінічний фенотип, так зване астма-ХОЗЛ поєднання або астма-ХОЗЛ перехрест (АХП). Поширеність АХП серед хворих з БА становить приблизно 29%, та характеризується наявністю хронічного бронхіту та/або порушенням дифузійної здатності легень. Серед хворих з ХОЗЛ поширеність АХП залежить від діагностичних критеріїв та варіює від 2,5 до 55%. Наразі відсутні чіткі узгоджені критерії діагностики АХП.

У рекомендаціях GINA 2020 року терміни «Asthma-COPD overlap» або «Asthma + COPD» використовуються для пацієнтів що мають персистуючу обструкцію верхніх дихальних шляхів та клінічні ознаки обох захворювань БА та ХОЗЛ. Продовжується вивчення показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) та визначення спірографічних критеріїв АХП.

Мета дослідження. Вивчити показники ФЗД у хворих на АХП.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 50 пацієнтів з АХП, 25 хворих на БА та 33 хворих на ХОЗЛ. ФЗД оцінювали за допомогою комп'ютерного спірографа "BTL 08 Spiro Pro" (Великобританія) після проведення бронходилатаційного тесту з β_2 -агоністом короткої дії (сальбутамолом у дозі 400 мкг). Форсовані (форсована життєва ємність легень (ФЖЄЛ), об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁), пікова об'ємна швидкість видиху (ПОШвид), максимальна об'ємна швидкість на рівні 25%, 50%, 75% ФЖЄЛ (МОШ₂₅,

МОШ₅₀, МОШ₇₅), середня об'ємна швидкість видиху (СОШ₂₅₋₇₅), співвідношення ОФВ₁/ЖЄЛ) та статичні (життєва ємність легень (ЖЄЛ), повільна ЖЄЛ та максимальна вентиляція легень (МВЛ)) параметри ФЗД аналізували до та після проби з бронхолітиком. Оцінювали форму кривої «потік-об'єм» та зворотність обструкції.

Результати дослідження. При аналізі показників ФЗД було встановлено, що у хворих на АХП ОФВ₁ (на 12,5 та 21,7%) був вірогідно нижчим порівняно з пацієнтами на БА та ХОЗЛ відповідно. Такі показники як співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ, МОШ₅₀ та МОШ₇₅ також вірогідно були нижчими порівняно з групами хворих на БА або ХОЗЛ. Повільна ЖЄЛ у хворих на АХП виявилась найбільш чутливим показником щодо наявності стійкої обструкції (вона була вірогідно нижчою відповідно до належної величини ніж у хворих на ХОЗЛ та БА).

Висновки. Для хворих на ХОЗЛ характерним є більш виражена обструкція на рівні середніх та дрібних бронхів, нижче співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ. Такий показник як повільна ЖЄЛ може бути додатковим критерієм діагностики стійкої обструкції при АХП.

Ташук В.К.

ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕРАПІЇ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ В ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ: ФОКУС НА КАРДІОЦИТОПРОТЕКЦІЮ

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

Вступ. Більшість пацієнтів зі стабільною стенокардією (СтСт) мають супутні захворювання, такі як артеріальна гіпертензія (АГ), дисліпідемія, цукровий діабет, серцева недостатність зі зниженою чи збереженою фракцією викиду. Поряд з традиційною антиангінальною та антигіпертензивною терапією СтСт в поєднанні з АГ чільне місце займає кардіоцитопротекторна терапія – лікування, яке шляхом безпосереднього впливу на кардіоміоцит сприяє його виживанню в умовах ішемії (гіпоксії), усуває порушення метаболізму та функцій мембран кардіоміоцитів завдяки взаємодії з певними рецепторними ділянками мембрани, ферментами або фрагментами іонних каналів.

Мета дослідження. Встановити ефективність кардіоцитопротекторної терапії (L-аргініну) у пацієнтів при поєднанні стабільної стенокардії та артеріальної гіпертензії за цифрової обробки стандартної ЕКГ з диджиталізацією її показників на базі власного медичного програмного забезпечення «Смарт-ЕКГ» (свідоцтво реєстрації авторського права №73687 за 05.09.2017).

Матеріал і методи дослідження. Здійснено дослідження за участю 45 пацієнтів зі СтСт в поєднанні з АГ (розподіл груп відбувався згідно отриманого лікування: оптимальна медикаментозна терапія з/без додавання L-аргініну (діюча речовина препарату Тівортін®, «Юрія-Фарм»). Доцільність призначення кардіоцитопротекторної терапії оцінювали за допомогою клінічного огляду, опитувальника EQ-5D-5L з візуальною шкалою EQ-VAS, цифрової обробки стандартної ЕКГ з диджиталізацією її показників. Результати представлені у вигляді зміни процентного приросту ($\Delta\%$) показників в процесі спостереження, різниця вважалася статистично значимою при рівні $p < 0,05$.

Результати дослідження. Співвідношення змін якості життя з/без додавання Тівортіну складало ($\Delta +19,49$ проти $\Delta +11,94\%$), збільшення ВМШ в зоні ішемії ($\Delta +26,51$ проти $\Delta +12,82\%$), зменшення ВМШ у відведенні V2 ($\Delta -10,53$ проти $\Delta -3,93\%$), підвищення SDNN ($\Delta +24,21$ проти $\Delta +64,55\%$), зниження частоти серцевих скорочень ($\Delta -18,21$ проти $\Delta +3,16\%$), систолічного артеріального тиску ($\Delta -13,0$ проти $\Delta -9,76\%$) та діастолічного артеріального тиску ($\Delta -8,62$ проти $\Delta -3,6\%$), у всіх випадках $p < 0,05$. В обох групах спостерігали підвищення SDNN ($\Delta +24,21\%$ проти $\Delta +64,55\%$ при $p < 0,05$), невелике зниження RMSSD ($\Delta -8,09\%$ проти $\Delta -8,75\%$ при $p < 0,05$) та виражене підвищення pNN50 ($\Delta +250,48\%$ проти $\Delta +202,71\%$ при $p < 0,05$). Варто зазначити, що в нашому попередньому дослідженні відмітили, що за СтСт вплив Тіворелю на показник SDNN ($\Delta +5,64\%$) був подібним до впливу блокатора калієвих каналів кордарону на SDNN ($\Delta +5,44\%$).