

**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

C.; Vertuccio, P. Ta in..)]. У європейському регіоні ВООЗ надало результати дослідження про надмірну вагу або ожиріння у 59% дорослих і майже 30% дітей. Захворюваність на ожиріння в Європі є однією з найвищих у світі [WHO European Regional Obesity Report. 2022.]. Згідно з дослідженнями, ожиріння особливо пов'язане з аденокарциномою підшлункової залози (PDAC). Деякі дослідження, спрямовані на більш детальне розуміння механізму взаємозв'язку, припускають участь метаболічних розладів у метаболізмі цитокінів і сигнальних рецепторів у вісцеральній жировій тканині та в канцерогенезі органу.

Мета дослідження. Підвищити ефективність визначення факторів, що обтяжують розвиток та перебіг хронічного панкреатиту в залежності від наявності ожиріння.

Матеріал і методи дослідження. Огляд інформації про розвиток та обтяження хронічного панкреатиту в комор бідності з ожирінням співвідношенням ризиків для оцінки ступеня асоціації між певними факторами.

Результати дослідження. Хронічний панкреатит визначається як тривала запальна дегенерація екзокринної та ендокринної тканини підшлункової залози з незворотними морфологічними змінами [Lerch MM, Stier A, Wahnschaffe U, Mayerle J.]. Типові морфологічні зміни включають ділянки запалення, відкладення кальцію, зміни проток або псевдокісти. Поряд з екзокринною (стеаторея, втрата ваги) та ендокринною (діабет IIIc типу) недостатністю, рецидивуючі напади болю мучать пацієнтів із хронічним панкреатитом [Mayerle J, Hoffmeister A, Werner J, Witt H, Lerch MM, Mössner J.]. Пацієнти з хронічним панкреатитом переважно чоловічої статі та діагностовані між п'ятим і шостим десятиліттям життя. Пік захворюваності на гострий алкогольний панкреатит припадає на десятиліття раніше, ніж на хронічний алкогольний панкреатит. При спадковому панкреатиті, рідкісній формі, яка пов'язана з аутосомно-домінантними мутаціями в гені катіонного трипсिनогену (*PRSSI*), захворювання починається в дитинстві та прогресує через різні клінічні рецидиви до хронічного панкреатиту на другому або третьому десятилітті життя [Howes N, Lerch MM, Greenhalf W, Stocken DD, Ellis I, Simon P, et al]. У той час як гострий ідіопатичний панкреатит демонструє зростання захворюваності з віком, який досягає плато після 65 років незалежно від статі, хронічний ідіопатичний панкреатит характеризується подвійним віковим розподілом. Ідіопатичний хронічний панкреатит з раннім початком з'являється протягом третього десятиліття життя, тоді як підтип із пізнім початком досягає піку протягом шостого-сьомого десятиліття [Lauer P, Yamamoto H, Kalthoff L, Clain JE, Bakken LJ, DiMagno EP.].

Висновки. Зростаюча пандемія ожиріння збільшила захворюваність і тяжкість хронічного панкреатиту. Зростання захворюваності пояснюється підвищеним ризиком каменів у жовчному міхурі, ліками та втручаннями для зниження ваги. Ожиріння погіршує тяжкість гострого панкреатиту, уможливаючи нерегульований ліполіз вісцерального жиру, збагаченого ненасиченими тригліцеридами, таким чином вивільняючи НЖК, які пригнічують мітохондріальні комплекси I і V, викликають некроз і погіршують гострий панкреатит.

Трефаненко І.В.

РІВНІ КОМПЛАСНСУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ НА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Під компласнсом в медичному аспекті розуміють готовність, бажання, внутрішній обов'язок пацієнта виконувати призначення лікаря. На рівень компласнсу впливають різні фактори, які можна розподілити на специфічні та неспецифічні, вони можуть бути пов'язані з пацієнтом, з лікарем та з процесом лікування. Рівень відповідальності хворих є однією з важливих соціальних, клінічних та психологічних характеристик людини. Він відображає ступінь активності особистості в самореалізації, а

саме: прийняття рішень, відповідальність за вчинки, аналіз того що відбувається. Отже він має великий вплив на процес лікування та одужання.

Мета дослідження. Порівняти рівень комплаєнсу з рівнем відповідальності у хворих похилого віку на серцеву недостатність (СН) в залежності від статі.

Матеріал і методи дослідження. Було обстежено 25 жінок та 22 чоловіки хворих на СН, яка була II А ст II-III ф.кл. Рівень комплаєнсу оцінювали за допомогою анкети, запропонованої Х. Girerd та співавт. (2001). За наявності 3 та більше позитивних відповідей прихильність оцінювали як низьку, 1-2 позитивних відповідей як помірну, за відсутності позитивних відповідей — як високу. Рівень відповідальності хворих вивчався за допомогою методики визначення рівня суб'єктивного контролю (РСК).

Результати дослідження. На першому етапі дослідження згідно з результатами проведення тестування в групі у жінок отримали рівень комплаєнсу – високий (48%), середній (24%) та низький (28%), в групі чоловіків відповідно 27,2%, 36,4%, 36,4%. Отримані дані показали, що в групі чоловіків, на відміну від групи жінок, у більшості обстежених (16, або 73%) діагностувався екстернальний локус контролю, що відображало зниження здібності до відповідальності та регулювання своєї поведінки. В групі жінок достовірний позитивний кореляційний зв'язок був встановлений між показниками рівня комплаєнсу та показником загальної інтернальності. Високий показник за даною шкалою відповідає високому рівню суб'єктивного контролю за будь-якими значущими ситуаціями. Це означає, що жінки почували себе відповідальними за те, як складалося їхнє життя в цілому, а в процесі лікування при виконанні лікувальних інструкцій здатні були проявляти необхідну обов'язковість та старанність. В групі чоловіків позитивна кореляція була встановлена з показником інтернальності в галузі досягнень, що відповідало високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно-опозитивними подіями та ситуаціями. Така установка відображає більш оптимістичний погляд на ефекти лікування та більшу впевненість чоловіків у собі. В той же час в групі жінок позитивна кореляція була встановлена з показниками шкал: – інтернальності в сімейних стосунках, що визначало відповідальність за події в сімейному житті; – інтернальності щодо здоров'я та хвороби. Ці дані свідчили про більшу відповідальність жінок за своє здоров'я та свій спосіб життя, з одного боку, та дотриманням ними терапевтичного режиму – з іншого.

Висновки. Урахування даних результатів може служити основою для створення спеціальних психокорекційних програм, спрямованих на підвищення мотивації до лікування, оптимізацію терапевтичного співробітництва та збереження ремісії хворих на серцеву недостатність похилого віку з урахуванням статі.

Чернецька Н.В.

БІОІМПЕДАНСНИЙ АНАЛІЗ СКЛАДУ ТІЛА

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Біоімпедансний аналіз використовується для оцінки складу тіла на основі вимірювання опору різних тканин організму електричному струму. Показники електричного опору м'язової, кісткової, жирової та інших тканин організму під дією струмів низької частоти істотно відрізняються один від одного. Наприклад, рідини (кров, вода) добре проводять електричний струм, м'язова тканина слабше, а жирова тканина має найменший опір струму.

Мета дослідження. Сформулювати уявлення про біоімпедансний аналіз складу тіла.

Матеріал та методи дослідження Процедура біоімпедансного аналізу необхідна людям з цукровим діабетом, ожирінням, проявами анорексії, гепатитом або цирозом печінки, білковою недостатністю, хронічними захворюваннями дихальних шляхів. Перед процедурою вводяться дані пацієнта: стать, вік, маса тіла, об'єм талії та стегон, окружність зап'ястя, після чого пацієнт лягає на кушетку. До гомілки і зап'ястя приєднуються електроди, підключені до