

**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

Мета дослідження. Існують фактори, які ви не можете поміняти, але які сприяють появі раку простати. Це вік, раса та генетичні особливості. З ними слід змиритись та залежно від їх присутності проводити певні обстеження. Приміром, з віком частота більшості пухлин зростає, це стосується і раку простати. Він надзвичайно рідко виникає у чоловіків до 45 р., тому і методи раннього виявлення пухлини у більш молодих чоловіків не використовуються.

Матеріал і методи дослідження. Раса: афроамериканці мають вдвічі більший шанс розвитку раку простати й удвічі більший ризик смерті від нього, а найменший - азіатські чоловіки, які живуть в Азії.

Гени: чоловік, у якого батько або брат мали рак простати, має вдвічі збільшений ризик РП. Цей ризик ще збільшується, якщо РП був діагностований у молодому віці (до 55 років) або заціпав трьох або більше членів сімейства. Крім того, наявність у матері раку грудей теж збільшує ризик РП, хоча і не так сильно.

Результати дослідження. Що дійсно можна змінити: харчування та спосіб життя. Зменшити споживання жирів, особливо трансжирів і насичених жирів. Краще споживати продукти зі «здоровими» жирами, таких як омега-3 жирні кислоти (горіхи, насіння та риба). Їсти більше фруктів і овочів, в тому числі велику кількість листової зелені. Деякі дослідження показали, що антиоксидант лікопін, якого багато у варених або оброблених помідорах, уповільнює ріст клітин раку простати. Хрестоцвіті овочі (наприклад, броколі та цвітна капуста) містять сполуку під назвою сульфорафан, яка може захищати від раку. Більше зеленого чаю та сої. Клінічні випробування показали, що вони можуть допомогти знизити ризик РП. Уникати смаженого та переробленого м'яса. Обгоріле м'ясо в результаті смаження або приготування на грилі може виробляти хімічну сполуку, яка призводить до раку. Перероблене м'ясо (сосиски, ковбаси та ін.) внесене до списку канцерогенів ООН. Не вживати багато молочних продуктів. Чоловіки, які щодня їли велику кількість молочних продуктів, таких як молоко, сир і йогурт, мали найвищий ризик розвитку РП, хоча ці результати неоднозначні. Надзвичайно важливо: підтримуйте здорову вагу тіла. Ожиріння може бути фактором ризику розвитку більш агресивного раку простати, як і інших пухлин та багатьох інших проблем зі здоров'ям. Регулярно займайтеся спортом. Окрім того, що фізичні вправи допомагають досягти здорової ваги, вони можуть зменшити запалення, покращити імунну функцію та боротися з деякими негативними наслідками малорухливого способу життя для здоров'я. Вважається, що 150 хв. середніх фізичних навантажень на тиждень є реальним методом профілактики багатьом захворюванням.

Висновки. Припиніть палити і вживайте небагато алкоголю. Відмова від куріння може багатьма способами покращити здоров'я, зокрема знизити ризик раку. І якщо ви п'єте, то робіть це помірно. У будь-якому варіанті, кожен чоловік має ризик розвитку РП. Тому якщо Ви у віці після 50, Ви повинні проходити щорічне ректальне обстеження простати в уролога й тест ПСА. Останній є на сьогодні самим точним аналізом, що дозволяє припустити наявність РП на ранніх стадіях.

Люк І.І.

ГОСТРИЙ ЦИСТИТ У ЖІНОК

Кафедра загальної хірургії, урології та нейрохірургії

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Епізод гострого циститу, як мінімум, один раз за життя переносять 40–50% жінок, майже 30% всіх жінок хворіють у віці до 24 років, рецидив захворювання виникає у 20–30% жінок впродовж 3 місяців.

Мета дослідження. Основними факторами ризику виникнення гострої інфекції сечових шляхів у молодих невагітних жінок є: часті статеві контакти (більше як 3 рази на тиждень); зміна сексуального партнера; епізоди інфекції сечових шляхів в анамнезі; цукровий діабет; застосування сперміцидів. Актуальність гострого циститу зумовлена розповсюдженістю та частим розвитком рецидиву захворювання.

Матеріал і методи дослідження. Проаналізовано 140 амбулаторних звернень жінок віком від 18 до 42 років з діагнозом гострий цистит. Пацієнтки скаржилися на странгурію, полакіурію, біль у надлобковій ділянці, імперативні поклики до акту сечопуску. Усім пацієнткам було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження, яке включало консультацію гінеколога, фізикальний огляд, ультразвукове дослідження, загальний аналіз сечі (лейкоцитурія, бактеріурія), 20% пацієнток виконано бактеріологічне дослідження.

Результати дослідження. У більшості випадків цистит викликаний грамнегативними бактеріями, з яких близько 80% становить *Escherichia coli*. Другий за частотою збудник гострого циститу (10%) - *Staphylococcus saprophyticus*. Причиною решти 10% випадків є *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella spp.* 20 % (28 пацієнток) був призначений монурал сімейним лікарем або гінекологом за 2-3 дні до звернення до уролога. Позитивний ефект був незначним. Пацієнткам призначалися спокій, молочно-рослинна дієта, вживання достатньої кількості рідини, теплові процедури: сидячі ванни, сухе тепло. Застосовувалися анальгезивні та спазмолітичні засоби. З урахуванням етіологічної структури збудників гострого циститу проводилась пероральна антибактеріальна монотерапія. Ефективним антибіотиком є фосфоміцин, застосування якого протягом 1–2 діб дозволяє ліквідувати симптоми захворювання у більшості пацієнтів (80% пацієнток). За відсутності регресу симптомів циститу протягом 3–8 діб проводилась заміна антибіотика з урахуванням результатів антибіотикограми (20% пацієнток). Як складова комплексної терапії всім пацієнткам призначався фітопрепарат Канефрон®Н. У середньому при раціональній і своєчасно призначеній терапії симптоми гострого катарального циститу регресували протягом 2–3 діб.

Висновки. Таким чином, застосування у жінок антимікробних препаратів короткими курсами є високоефективним завдяки меншій кількості побічних реакцій та меншій вартості лікування. У середньому при своєчасно розпочатій терапії симптоми гострого катарального циститу регресують протягом 2–3 діб. З урахуванням проблеми антибіотико резистентності на сьогодні рекомендується застосування вакцинопрофілактики та сучасної доказової фітотерапії, як складової комплексної терапії або як монотерапії) в лікуванні неускладненого циститу у жінок.

Ковальчук П.Є.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Кафедра травматології та ортопедії

Буковинський державний медичний університет

Вступ. В сучасному модернізованому суспільстві больові синдроми шийного відділу хребта (БСШВХ) посідають одне з провідних місць у скаргах зв'язаних з опорно-руховим апаратом. Їх кількість сягає 20–30%, а щорічна захворюваність становить 5%. За матеріалами VIII Всесвітнього конгресу, присвяченого болю, БСШВХ є 4-ю за частотою, після респіраторних захворювань, причиною звертання до лікарів і 5-ю причиною госпіталізації. Високий рівень тимчасової та постійної втрати працездатності серед хворих із БСШВХ зумовлює велику соціальну значущість цієї проблеми. У 85% пацієнтів неможливо визначити точний патологоанатомічний діагноз, оскільки зв'язок між клінічними симптомами й результатами візуальних досліджень низький.

Мета дослідження. Визначити динаміку тонусу м'язів шийного відділу хребта, таза та нижніх кінцівок за допомогою методів прикладної кінезіології.

Матеріал і методи дослідження. Було обстежено 90 пацієнтів віком від 20 до 27 років з БСШВХ, які пройшли опитування на визначення болю в спині за опитувальником «Paindetect». Всі пацієнти були поділені на дві групи: основна (О) – 52, і контрольна (К) – 38 особи. Було проведено м'язове тестування наступних м'язів: *m. deltoideus*, *m. latissimus dorsi*, *m. sternocleidomastoideus*, *m. pectoralis major*, *m. pectoralis minor*, *m. diaphragmaticus*, *m. scalenus anterior*, *m. scalenus posterior*, *m. scalenus medius* з обох сторін, завдяки якому, визначилися порушення вісцеромоторних взаємозв'язків.