

**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



Так, розвиток запального процесу в організмі залежить від активності факторів неспецифічної резистентності, які детермінуються генетично. При наявності несприятливих варіантів генів, що кодують функціональну спроможність механізмів неспецифічної резистентності, навіть незначні концентрації мікроорганізмів можуть викликати запальний процес і забезпечувати його підтримку.

Дослідження свідчать, що існує залежність між вираженістю запального процесу в очеревинній порожнині та концентрацією в плазмі крові IL 1 $\beta$ , активність синтезу якого генетично детермінована. При СТ – та ТТ – варіантах поліморфізму гену IL 1 $\beta$  (-511С/Т) можна прогнозувати прогресуючий характер запального процесу в очеревинній порожнині, зумовлений надмірною активністю IL 1 $\beta$ .

Генетичну детермінованість можна прослідкувати у розвитку паретичної кишкової непрохідності. Проведені нами дослідження свідчать про чітку залежність між її виникненням у післяопераційному періоді та концентрацією в крові серотоніну, яка визначається певним варіантом гену SERT, що регулює активність білку зворотнього захоплення серотоніну в синаптичній щілині.

Встановлено, що при SS варіанті гену SERT після лапаротомії слід очікувати стійкий парез кишечника. Для відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника недостатньо стандартних методів, потрібен персоналізований підхід до вибору засобів стимуляції та декомпресії кишечника.

Виникнення гострого панкреатиту, за нашими даними, прямо залежить від варіантів генів, що регулюють внутрішньоклітинну активацію/інактивацію панкреатичних ферментів. Від певного їх поєднання слід очікувати не тільки вираженість аутолізу паренхіми підшлункової залози, а й виникнення різних парапанкреатичних ускладнень та генералізованих проявів ферментемії.

Таким чином, генетичні дослідження дають змогу глибше зрозуміти причини та механізми різних варіантів перебігу хірургічних захворювань. Оцінка варіантів генотипу дозволяє розробити вірогідний прогноз характеру захворювання, ймовірність виникнення різних ускладнень. Це докорінно змінює лікувальну тактику – у хворих з генетично обґрунтованим несприятливим прогнозом перебігу хірургічних захворювань лікування їх повинно носити превентивний характер, направлений на попередження прогнозованих ускладнень шляхом медикаментозної чи хірургічної корекції. Таке лікування слід проводити на початкових, доклінічних стадіях розвитку захворювання та його ускладнень, попереджуючи таким чином негативні їх прояви. Такий підхід дасть змогу значно покращити результати лікування хворих на різні хірургічні захворювання.

**Сикирицька Т.Б.**

## **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПРОГРЕСУЮЧОЇ МІОПІЇ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ**

*Кафедра офтальмології ім.Б.Л. Радзіховського*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

В останні роки у зв'язку із збільшенням зорових навантажень, ускладненням шкільних програм, частим використанням комп'ютерів та телефонів кількість дітей з прогресуючою міопією збільшилась в 1,3 рази. Відмічається збільшення дітей з міопією молодшого віку (5-7 років). До 15-16 років міопія діагностується у 25-30% дітей, а в підлітковий період відбувається її прогресування та посилення. Сприятливі розвитку міопії у дитини можуть родові травми хребта, рахіт, інфекції (тонзиліт, гайморит, туберкульоз, кір, дифтерія, скарлатина, інфекційний гепатит), супутні захворювання (аденоїди, цукровий діабет та ін.) та порушення опорно-рухового апарату

Мета – оцінити сучасні підходи до лікування прогресуючої міопії у дітей та підлітків.

Нами проведений комплексний аналіз лікування прогресуючої міопії у 47 дітей віком від 6 до 17 років, які пройшли лікування в офтальмологічній амбулаторії „Оптика люксор”. У



всіх пацієнтів до та після лікування визначалась гострота зору та рефракція. Термін лікування складав від 1 до 5 років.

В комплексному лікуванні прогресуючої міопії застосовувалась оптична корекція, немедикаментозні методи лікування (загальнозміцнюючий режим, збалансоване харчування, зорова гімнастика), рефракційна терапія (нічні лінзи Парагон), апаратне лікування (амбліокор, синоптофор, вакуумний масаж, лазеротерапія, електростимуляція, тренування акомодатції та конвергенції), а також масаж шийного відділу, електрофорез і т.п. Медикаментозне лікування: вітамінно-мінеральні комплекси, судинорозширювальні препарати, інстиляції очних крапель (атропіну сульфат, цикломед, ірифрин)

Дані ретроспективного аналізу результатів апаратного лікування дітей вказують на покращення середньої гостроти зору на 0,3 (без корекції) та на 0,4 (з корекцією). У результаті лікування середня гострота зору підвищилась з  $0,2 \pm 0,15$  (до лікування) до  $0,65 \pm 0,30$  (після лікування). Через рік після лікування у 82% дітей міопія зменшилась на 0,5-0,75 Д, у 10% міопія зменшилась на 0,25% відсотків, у 8% дітей рефракція залишилась попередньою.

Аналіз результатів використання нічних лінз у підлітків вказує, що вони усувають всі обмеження, які пов'язані з носінням окулярів та звичайних контактних лінз. Це важливо для дітей, які ведуть активний спосіб життя. Діти, як правило, ночують вдома та знаходяться під контролем батьків, що гарантує своєчасне та правильне використання рефракційної терапії. Нічні лінзи Paragon CRT 100 мають 100% газопроникність, тому не викликають гіпоксію рогівки. Знімають психологічні дитячі проблеми, які пов'язані з носінням окулярів.

Таким чином, дане дослідження підтверджує необхідність пошуку нових методів лікування прогресуючої міопії у підлітків, у пацієнтів з різними ступенями міопії при комплексному лікуванні значно збільшився об'єм акомодатції, покращились зорові функції ока, нормалізувався загальний стан організму: покращився сон, зникли головні болі, втома, підвищилась працездатність. Використання рефракційної терапії дозволяє у більшості пацієнтів (90%) стабілізувати зорові функції на достатньо високому рівні. Важливо слідкувати за повноцінним раціоном харчування дитини. Відсутність в продуктах цинку, магнію, кальцію, а також вітамінів призводить зниження гостроти зору. Для дітей шкільного віку необхідно створювати умови для навчання (правильно підібрати меблі, освітлення, поставу за столом), які зменшать навантаження на орган зору. При перших проявах захворювання, вчасно звертатися до дитячого офтальмолога, з подальшим спостереженням не рідше, ніж раз на півроку.

**Хомко О.Й.**

## **ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Абдомінальний сепсис (АС), як правило процес гострий і супроводжується шоковим чи біляшовим станом хворого, одними із ознак якого є тахіпное та органна чи поліорганна дисфункція. Водночас, враховуючи тяжкість стану таких хворих поглиблених досліджень функціонального стану дихальної системи при АС недостатньо.

Метою дослідження було - встановити порушення функціонального стану дихальної системи у хворих на абдомінальний сепсис.

Обстеженню підлягали 7 хворих на АС (I група), 9 хворих після планових оперативних втручань з приводу неускладнених кил передньої стінки живота та варикозно розширених вен нижніх кінцівок (II група). Контрольну групу (III група) формували 12 здоровий та практично здоровий волонтер. Дослідження та оцінка функції зовнішнього дихання (ФЗД) проводились при виконанні стандартних дихальних маневрів на портативному комп'ютерному спірографі та отриманні інтегральних показників за якими