

**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

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

спеціального приладу - аналізатора. Аналізуючи отримані дані, програма видає готовий результат у вигляді звіту.

Результати дослідження. Вимірюючи опір, можна точно розрахувати вміст в організмі води, жиру тощо. Визначена маса тіла, індекс маси тіла (ІМТ), м'язова маса, відсоток жирової маси, рівень вісцерального жиру, відсоток води в організмі, метаболічний вік, відсоток жиру в тілі, м'язова маса тіла, відсоток жиру верхнього пояса, м'язова маса верхнього пояса, відсоток жиру нижнього пояса, м'язова маса нижнього пояса.

Висновки. За результатами, отриманими після цього аналізу, можна визначити наявні відхилення від норми, скласти програму здорового харчування та схему лікування, розробити план фізичної активності для кожного пацієнта індивідуально.

Шумко Г.І.

БРОНХІАЛЬНА АСТМА:

АКЦЕНТ НА ТОНУС ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Актуальність проблеми бронхіальної астми (БА) вже багато років поспіль привертає увагу науковців та не викликає сумніву. Від 1 до 16% становить поширеність БА у країнах світу, що свідчить про значну розповсюдженість захворювання. Оскільки патогенетичні механізми розвитку БА є досить складними та багатогранними, науковці постійно займаються поглибленим вивченням даних механізмів. Значну увагу приділяють пошуку сучасних методів діагностики та ефективного лікування даного захворювання. Головною метою є досягнення ефективного контролю над симптомами БА у кожного пацієнта.

Мета дослідження. Визначити вибрані показники тонусу вегетативної нервової системи за різного перебігу БА.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 48 осіб, хворих на БА та 20 осіб, хворих на гострий бронхіт з наявними факторами ризику розвитку БА, а також 10 практично здорових осіб. Пацієнтів було розподілено на три групи залежно від діагнозу: I група (23 особи) – хворі на БА з інтермітуючим перебігом, II група (25 осіб) – хворі на БА з персистуючим легким перебігом, III група (20 осіб) – хворі на гострий бронхіт з наявними факторами ризику розвитку БА. Обстеженим пацієнтам проведено дослідження вихідного вегетативного тонусу за допомогою опитувальника, розробленого Г.К. Ушаковим та модифікованого А.Д. Соловйовою, визначено вегетативний індекс Кердо та міжсистемні співвідношення за допомогою коефіцієнта Хільдебранта.

Результати дослідження. Аналіз результатів опитування вихідного вегетативного тонусу свідчать про наявність відмінностей між групами щодо переважання симпатичного чи парасимпатичного впливу вегетативної нервової системи у обстежених пацієнтів. Зокрема, у 57 % обстежених I групи, згідно опитувальника, переважав вплив саме парасимпатичного тонусу, симпатичний тонус був у 43 % обстежених цієї групи. Найбільше було переважання тонусу парасимпатичної нервової системи у 65 % обстежених II групи, а симпатичний тонус становив 35 % осіб даної групи. У обстежених III групи було переважання саме симпатичного тонусу у 58 % пацієнтів. Парасимпатичний вегетативний тонус в цій групі пацієнтів був виявлений лише у 42 % пацієнтів.

Аналізуючи результати дослідження вегетативного індексу Кердо були виявлені наступні дані: зростання кількості парасимпатикотоній до 36 % у I групі обстежених, а також зменшення симпатикотоній до 20 % та ейтоній – до 44 %. Зростала кількість парасимпатикотоній до 51 % серед обстежених II групи. У цій же групі знижувалася кількість симпатикотоній до 13 %, а також ейтоній – до 36 %. Найбільше пацієнтів з ейтонією виявлено у III групі – це 56 %. У 25 % обстежених даної групи спостерігалася парасимпатикотонія і найменше, у 19 % осіб, була симпатикотонія. Зменшення симпатичного та підвищення парасимпатичного впливу вегетативної нервової системи на