

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



МАТЕРІАЛИ

**106-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького колективу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
03, 05, 10 лютого 2025 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2025 році №1005249

Чернівці – 2025

УДК 61(063)
М 34

Матеріали підсумкової 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2025. – 450 с. іл.

У збірнику представлені матеріали 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Годованець О.І., професор Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Батіг В.М.
професор Білоокій В.В.
професор Булик Р.Є.
професор Давиденко І.С.
професор Дейнека С.Є.
професорка Денисенко О.І.
професор Заморський І.І.
професорка Колоскова О.К.
професорка Кравченко О.В.
професорка Пашковська Н.В.
професорка Ткачук С.С.
професорка Тодоріко Л.Д.
професорка Хухліна О.С.
професор Черноус В.О.

ISBN 978-617-519-135-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2025

Мета дослідження. Встановити клінічні особливості перебігу хронічного холециститу та холестерозу жовчного міхура залежно від коморбідної патології: ІХС та ожиріння.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 136 хворих, що розподілені на 5 груп: 1 група - 28 хворих із хронічним некаменевим холециститом (ХХ) у фазі загострення; 2 група - 30 пацієнтів із ХХ на тлі ІХС, кардіосклерозу із СН I-II стадії; 3 група - 30 пацієнтів із ХХ, ІХС, СН I-II стадії та ожирінням I-II ступеня; 4 група - 30 хворих із ХХ, холестерозом ЖМ, ІХС, СН I-II стадії та ожирінням I-II ступеня; 5 група - 18 осіб із нормальною масою тіла, хворих на ХХ та холестероз ЖМ, без супровідної патології. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (ПЗО) відповідного віку. У подальшому за результатами обстежень було сформовано дві групи: 1 група – отримувала стандартне лікування згідно протоколу, у 2 групі до схеми лікування включено препарат рослинного походження, що містить сухий екстракт трави рутки лікарської.

Результати дослідження. За результатами дослідження можна зробити висновок про те, що з приєднанням ожиріння та наявності у хворих на хронічний холецистит коморбідної ІХС, спостерігається порушення скоротливої здатності ЖМ з переважанням гіпокінетичної дисфункції ЖМ, що створює передумови для розвитку патологічного кола: зниження скоротливої здатності ЖМ призводить до застою та підвищення літогенності жовчі (особливо у хворих на ожиріння та ІХС, де прогресує ліпідний дистрес-синдром). Це створює передумови для розвитку патологічної мікрофлори у ЖМ (запалення ЖМ та активація мультисистемної запальної відповіді і, як наслідок, активація нитрозитивного та оксидативного стресу) та відкладання холестеролу у стінці ЖМ (холестероз). У подальшому прогресують розлади моторної функції ЖМ, а це – ризик розвитку ЖКХ, що є тригером вісцеро-вісцеральних рефлексів з боку серцево-судинної системи (проаритмогенний ризик, коронарний вазоспазм, підвищення АТ, а це сприяє розвитку та прогресуванню СН).

Аналіз показників кореляційного аналізу вказує на наявність кореляційної залежності між УЗД показниками скоротливої здатності ЖМ, показником напруження жовчовиділення порції «В», отриманої під час дуоденального зондування, та показником ФВ ЛШ як у хворих на ХХ із коморбідною патологією, так і при холестерозі ЖМ на тлі ІХС та ожиріння.

Висновки. Призначена схема лікування володіє жовчогінною дією, нормалізує секрецію жовчі, знижує тонус сфінктера Одді. Також рутка лікарська збільшує вироблення ендogenousного холецистокініну та секретину, які в нормі регулюють продукцію жовчі, моторику ЖВШ та роботу сфінктерного апарату, сприяє нормалізації як ослабленого, так і посиленого холерезу, стабілізації дебіту секреції жовчі. Завдяки механізму зворотного зв'язку знижується всмоктування холестеролу в кишечнику, секреція холестеролу в жовч і синтез холестеролу у печінці. Це дає змогу нормалізувати синтез ендogenousного холестеролу та збільшити екскрецію синтезованого холестеролу з жовчю. Додатково опосередковано стимулюється екзокринна функція підшлункової залози, поліпшуються процеси травлення, відновлюється мікробіоценоз кишечника.

Шумко Г.І.

ВПЛИВ РІЗНОМАНІТНИХ ФАКТОРІВ НА ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

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

Вступ. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) чимало років поспіль залишається однією з найважливіших проблем охорони здоров'я. ХОЗЛ займає третю лідируючу сходинку серед причин смерті в світі, є головним чинником хронічної захворюваності та смертності. Пацієнти страждають на ХОЗЛ роками та помирають, в першу чергу, від його ускладнень. Визначальна роль в успішності ведення хворих з ХОЗЛ безперечно належить високій прихильності пацієнтів до базисної терапії. Саме висока

прихильності до лікування здатна стримувати його прогресування, зменшити кількість та тяжкість загострень хвороби, забезпечити кращу якість життя.

Існує велика кількість досліджень, в яких вивчалася прихильність пацієнтів до лікування та роль різних факторів, які здатні вплинути на неї. Як правило, прихильність відображає складні взаємозв'язки між різними факторами, які можуть суттєво змінюватися в динаміці захворювання. Глобальна проблема недостатньої прихильності пацієнтів до лікування особливо актуальна при ХОЗЛ.

Мета дослідження. Визначити вплив різних факторів на рівень прихильності до лікування у пацієнтів, хворих на хронічне обструктивне захворювання легень.

Матеріал і методи дослідження. Було обстежено 25 осіб, хворих на ХОЗЛ віком від 45 до 65 років. В дослідженні було використано клінічне обстеження пацієнтів, лабораторні, інструментальні методи дослідження, аналіз медичної документації, статистично-аналітичні, а також клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи (шкала прихильності до лікування Morisky Medication Adherence Scale, визначення рівня суб'єктивного контролю, тривожності за допомогою методики Спілбергера-Ханіна, рівня депресії за опитувальником Бека).

Результати дослідження. За результатами проведеного тестування було виділено три групи пацієнтів: 24% пацієнтів з високим, 32% середнім та 44% низьким рівнем прихильності до призначеного їм лікування. Пацієнти з високим рівнем прихильності до лікування переважно знаходилися у шлюбі (61,11%) та мали вищу освіту (50%). Вони належали до групи Е (50%) з тяжким ступенем обмеження прохідності дихальних шляхів (50%), з високою задоволеністю інгалятором (61,11%) та регулярною комунікацією з лікарем (72,22%) ($p<0,05$). Дані пацієнти мали екстернальний тип суб'єктивного контролю (66,67%), високий рівень особистісної тривожності (50,0%) та виражений рівень депресії (38,89%) ($p<0,05$). Пацієнти з низьким рівнем прихильності до лікування мали труднощі з використанням інгалятора (60,61%) та недостатню комунікацію з лікарем (69,70%) ($p<0,05$). Також вони мали інтернальний тип суб'єктивного контролю (57,58%), низький рівень особистісної тривожності (42,42%), виражений (45,46%) та помірно виражений рівні депресії (42,42%) ($p<0,05$).

Висновки. Встановлено, що рівень прихильності до лікування в обстежених пацієнтів, хворих на ХОЗЛ, є досить низьким. На це впливає велика кількість соціально-демографічних, клініко-анамнестичних та психологічних факторів.

СЕКЦІЯ 8 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ ТА ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ, ОТОЛАРИНГОЛОГІЇ ТА ОФТАЛЬМОЛОГІЇ

Bilookyi O.V.

UNINFECTED AND INFECTED BILE PERITONITIS. SPECIFIC COMPOSITION OF CAVITY MICROFLORA OF THE COLON

Department of Surgery No. 1

Bukovinian State Medical University

Introduction. Non-infected biliary peritonitis has a mild or moderate course with the presence of local, widespread serous peritonitis or the presence of bile leakage into the peritoneal cavity, accompanied by the phenomena of endotoxycosis with compensated dysfunction of internal organs. Infected biliary peritonitis is characterized by a severe course (with purulent, bilious, fibrinous, mixed peritonitis); pronounced endotoxycosis, dysfunction of internal organs at the level of subcompensation.

In the pathogenesis of uninfected and infected biliary peritonitis, aerobic and anaerobic microflora of the large intestine and fungi of the genus can play a significant role.