

**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

просторові та виконавчі функції – у 26%, абстрактного мислення – 14%. У пацієнтів II групи – порушення пам'яті – 68%, зорово- просторові та виконавчі функції – у 32%, абстрактного мислення – 18%. Психологічне тестування виявило у всіх обстежуваних хворих відхилення результатів від норми, що свідчить про наявність когнітивних порушень. Середній бал МоСА в I клінічній групі становив $22,7 \pm 3,3$, в II групі – $21,4 \pm 5,1$. Виявлено зворотній кореляційний зв'язок між балом МоСА та балом EDSS. Не простежено кореляційного зв'язку між віком пацієнтів та когнітивними порушеннями. Не виявлено достовірної різниці між статтю та ступенем когнітивних порушень. Співставлення результатів нейропсихологічного тестування та МРТ – результатів проводилось з метою виявлення можливих закономірностей формування функціонального дефіциту в залежності від вогнищового ураження провідних шляхів головного мозку. Порівняльний аналіз відповідності ступеню когнітивних порушень та кількості і локалізації вогнищ демієлінізації виявив більш виражені когнітивні порушення у хворих з наявністю множинних зливних вогнищ в головному мозку.

Висновки. Встановлено достовірний зворотній корелятивний зв'язок між кількістю загострень та балом МоСА. Ступінь фізичної інвалідизації значно впливає на когнітивний дефіцит, особливо у хворих з ВП РС.

Кричун І.І.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ СОМАТОФОРМНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ СЕРЕД СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ТА МОЖЛИВОСТІ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ ЇЇ ПРОЯВІВ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) є найбільш розповсюдженою патологією, яка зустрічається в популяції. За даними різних авторів, у загальній структурі серцево-судинних захворювань СВД складає 32-50%, а у підлітків – 75%. Пацієнти з СВД являють собою групу ризику, так як у них потім частіше розвиваються органічні захворювання серцево-судинної системи. У зв'язку з цим, актуальним є вивчення розповсюдженості цього синдрому серед різних категорій населення та дослідження ефективності його лікування за допомогою різних груп препаратів, зокрема нейротропних.

Мета дослідження. Вивчення розповсюдженості синдрому СВД серед студентів-медиків та оцінка впливу на ступінь вираженості проявів СВД препарату з вмістом γ -аміно- β -фенілмасляної кислоти, який впливаючи на ГАМК-рецептори ЦНС, покращує функціональний стан мозку за рахунок нормалізації метаболізму та впливу на мозковий кровообіг, а також володіє антигіпоксичними, антиамнестичними, транквілізуючими та антиагрегантними властивостями.

Матеріали та методи дослідження. В обстеження відібрано 88 студентів 4 та 6 курсів медичного факультету Буковинського державного медичного університету. Для виявлення ступеня вегетативних порушень були використані анкети двох варіантів: «Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін», яка заповнюється досліджуваним, і «Схема дослідження для виявлення ознак вегетативних порушень», яка заповнюється дослідником. Статистичну обробку отриманих результатів виконували за допомогою програми «BioStat» з використанням кутового Фі-перетворення Фішера.

Результати дослідження. З 88 анкетованих студентів тільки 23 (26,1%) виявились без ознак СВД (по анкеті набрали від 0 до 19 балів, що відповідає відсутності вегетативних порушень), у інших 65 (73,9%) – сума набраних балів склала від 25 до 66, що відповідає наявності СВД. З виявлених 65 студентів з проявами СВД 40 погодились прийняти місячний курс лікування Фенібутом.

Після курсу лікування всі студенти відзначали покращання настрою, зниження внутрішньої напруги, стомлюваності, підвищення працездатності, появу душевного спокою. При цьому статистично вірогідно по використаним для дослідження анкетам О.М. Вейна

зменшилися прояви нападоподібного головного болю (з 87,5% до 30,0, $p < 0,005$) та нівелювалися порушення сну (з 52,5 до 22,5 $p < 0,01$).

Висновки. Синдром СВД є досить розповсюдженим станом серед студентів-медиків, а використання ноотропного препарату з вмістом γ -аміно- β -фенілмасляної кислоти сприяє значному покращанню самопочуття хворих з проявами СВД.

Пашковський В.М.

ЗНАЧЕННЯ ПАРАКЛІНІЧНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДІАГНОСТИЦІ СИНДРОМУ СЛАДЕРА

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Серед лицьових симпаталгій, ураження крилопіднебінного вузла (КВ) зустрічається найчастіше. Особливості анатомічної будови обумовлюють можливість розвитку широкого спектру клінічних проявів при його ураженні. Різноманіття клінічних проявів цього симптомокомплексу суттєво утруднює його діагностику, що зумовлює необхідність пошуку додаткових критеріїв діагностики з використанням параклінічних методів обстеження: рентгенографії, КТ, МРТ та з урахуванням анатомічної будови крилопіднебінної ямки і її анатомічних зв'язків з додатковими пазухами лицьового черепа.

Мета дослідження. Вивчення клінічних характеристик синдрому Сладера в залежності від етіологічного чинника та анатомічних особливостей крилопіднебінної ямки, виявлених при параклінічних методах обстеження: (рентгенографії, КТ, МРТ).

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням перебувало 12 хворих на синдром Сладера. Причиною виникнення у одного хворого був серозний базальний менінгіт, у 3-х хворих – травма верхньої щелепи, у 7 пацієнтів – риносинусит. Серед обстежених було 5 осіб чоловічої статі та 7 – жіночої. Середній вік обстежених хворих склав – $35 \pm 1,8$ років. Усім хворим проведено клінічне неврологічне та параклінічне обстеження з використанням методів нейровізуалізації (КТ, МРТ) та рентгенографії крилопіднебінної ямки.

Результати дослідження. Характерною ознакою клінічної картини захворювання був пароксизмальний гострий або спонтанний ниючий біль високої інтенсивності, що локалізується в половині обличчя в основному навколо орбіти, в ділянці очного яблука, верхньої щелепи, кореня носу, твердого піднебіння, в зубах. Визначальною ознакою захворювання являлось виражене вегетативне забарвлення нападу, «вегетативна буря»: почервоніння та набряк тканин половини обличчя, слезотеча, виражене виділення носового секрету із відповідної половини носу, місцеве підвищення температури, гіперсалівація. Тривалість нападу складала від декількох хвилин до декількох годин. У 5 з 12 обстежених хворих, незважаючи на лікування, захворювання тривало від одного до 5 років, з періодами загострень навесні та восени, при зміні кліматичних умов, стресах та зниженому імунітеті. У інших 7 хворих після проведеного лікування розгорнуті приступи не повторювались.

Наші спостереження підтверджують ефективність у боротьбі з больовим приступом змашування задніх відділів носової порожнини 0.1% розчином дикаїна з адреналіном, що можна використати також і для проведення диференційної діагностики синдрому Сладера.

У 5 пацієнтів ми діагностували невралгічну форму захворювання та у 7 – невритичну. Клінічні прояви невритичної форми проявлялися постійним болем з періодичними вираженими больовими нападами і вегетативними проявами на боці болю. При цьому встановлено наявність у таких хворих широкої крилопіднебінної ямки, що може свідчити про те, що КВ у таких хворих не компактного, а розсипного типу.

Для невралгічної форми був характерний пароксизмальний біль з вираженими та розповсюдженими вегетативно-судинними і секреторними проявами. Тому такий варіант клінічних проявів можна назвати розповсюдженою формою захворювання, що виникає при вузькій, щілоноподібній крилопіднебінній ямці (що свідчить про компактне розташування КВ в крилопіднебінній ямці). Тому при розвитку патологічного процесу в ділянці