

**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

науковці припускають можливе існування локальної ниркової ГАМК-ергічної системи з аутокринним/паракринним механізмом.

Висновки. Отримана з наукових джерел інформація вказує на існування ниркових компонентів, отже локальної ниркової ГАМК, безумовно, функціонально взаємопов'язаної зі станом системи ГАМК, а також і те, що фармакологічні модулятори ГАМК можуть бути як складними для нирок (беручи до уваги і фармакокінетику, і функціональний стан нирок), так і терапевтично корисним, що загалом потребує подальших досліджень.

Яремчук О.Б.

НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА

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

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Хвороба Паркінсона (ХП) є одним із найпоширеніших неврологічних розладів, що спричиняє прогресуючу інвалідність, яку можна уповільнити, але не зупинити шляхом лікування. ХП – це вікове нейродегенеративне захворювання, яке уражає 1–2% людей старше 60 років. До обов'язкових симптомів паркінсонізму відносяться депресивні розлади, які виявляються у 40-90% хворих, і перепади настрою у 40-50% хворих. Емоційні та інші психічні розлади при БП можна пояснити дефіцитом дофаміну в мезолімбічному шляху, який з'єднує середній мозок з філогенетично більш давніми утвореннями переднього мозку і закінчується у вентральній частині смугастого тіла і лобовій корі. Вважається, що основною функцією цього шляху є участь у контролі настрою та поведінкових реакцій. Нервово-психічні зміни при ХП серйозно впливають на якість життя пацієнтів, ефективність їх лікування та перебіг самого захворювання. Психоемоційні розлади призводять до зниження якості життя та зумовлюють або збільшують залежність від догляду хворих на ХП.

Мета дослідження. Дослідити динаміку психоемоційних розладів у процесі комплексного лікування хворих на ХП у Чернівецькій області України.

Матеріал і методи дослідження. Використовували клініко-статистичні методи дослідження. Було обстежено 34 хворих на ХП. Середній вік хворих $58,3 \pm 13,5$ року, середня тривалість захворювання $5,6 \pm 3,1$ року. Середня вираженість рухової симптоматики за частиною III Єдиної рейтингової шкали оцінки ДЦП (UPDRS) становила $25,9 \pm 8,4$ бала, вираженість за шкалою Hoehn and Yahr – $2,05 \pm 0,6$. Непсихотичні психічні розлади та деякі рухові розлади при ХП оцінювали за такими методами: Уніфікована шкала оцінки хвороби Паркінсона, розділ 1, 2, 3 (UPDRS, версія 2008); для виявлення та оцінки тяжкості депресії та тривоги – госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS); особистісна та ситуативна тривожність визначали за шкалою Спілбергера.

Результати дослідження. Під час обстеження тривожно-депресивні розлади виявлені у всіх наших хворих на ХП – 63,6%. При оцінці особливостей немоторних проявів ХП у віковому розрізі у хворих на ХП старше 60 років відмічено статистично значуще погіршення порівняно з молодшими пацієнтами лобових регуляторних функцій за шкалою ПТЛД на 12,94 % та загальної когнітивної діяльності. показники за шкалою MMSE на 12,39 %, якість життя за шкалою PDQ-39 – на 16,39 %. Слід зазначити, що середнє значення сумарного балу когнітивних функцій у пацієнтів віком до 60 років вірогідно не відрізнялося від контролю, у групі пацієнтів старше 60 років показник відповідав вираженим когнітивним порушенням.

Під час дослідження встановлено, що непсихотичні психічні розлади при ХП достовірно поглиблюються з прогресуванням захворювання. Так, кількість балів за ПТЛП 1 стадії становила $16,17 \pm 0,34$, а у хворих 2 стадії – $14,31 \pm 0,26$, $p < 0,05$, за MMSE у хворих 1 стадії – $28,24 \pm 0,46$ бала, а 2 стадії – $26,48 \pm 0,67$ бала, $p < 0,05$, за розділом 2 шкали UPDRS у 1 стадії захворювання $10,83 \pm 0,86$ бала, 2 стадії – $13,58 \pm 0,45$ бала, $p < 0,05$ та за розділом 3 шкали UPDRS у 1 стадія – $19,28 \pm 0,72$ бала, 2 стадія – $28,74 \pm 0,94$ бала, $p < 0,05$.

Висновки. У хворих на хворобу Паркінсона зі збільшенням віку, стадії та тривалості захворювання спостерігається значне погіршення тривожно-депресивної симптоматики та

якості життя. Найгірші показники немоторних проявів спостерігаються при акінетичній ригідності та змішаних формах та швидкопрогресуючому перебігу ХП.

СЕКЦІЯ 13 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ

Bogutska N.K.

ANALYSIS OF THE USE OF UNPROVEN METHODS IN THE SYMPTOMATIC TREATMENT OF BRONCHIOLITIS AT DIFFERENT STAGES OF PATIENT MANAGEMENT

*Department of Pediatrics and Children Infectious Diseases
Bukovinian State Medical University*

Introduction. Bronchiolitis (B) is a common respiratory infection in infants and young children, primarily caused by viral pathogens. Evidence-based management protocols for B generally emphasize supportive care – such as oxygen therapy and hydration – over pharmacological interventions. However, unproven methods in the symptomatic treatment of B are sometimes used and may include interventions like bronchodilators, corticosteroids, or antibiotics, despite a lack of consistent evidence supporting their effectiveness.

The aim of the study. To explore the prevalence of use of these unproven treatment methods of B at different stages of patient care, including initial diagnosis and hospitalization before COVID-19 period, and to analyze why some methods continue to be used despite limited evidence.

Material and methods. Detailed analysis was conducted on 69 cases (ages 1-6 months, 67% male) with a confirmed «B» diagnosis from the total of 132 inpatient records from the regional children's hospital archive (of patients who were admitted or discharged with a diagnosis of «B» in 2017-2018). A clinical and epidemiological analysis was conducted using STATISTICA.

Results. The proportion of preterm children among those with B was 15.9%. Two-thirds of the children were breastfed, one-third came from large families, and one in four children with B was unvaccinated. A third of the sick children had contact with ill family members, and one in four was hospitalized in severe condition and admitted to the ICU. The SpO₂ level upon hospital admission ranged from 68% to 98%. In the pre-hospital stage, one-third of the children were prescribed corticosteroids (dexamethasone in 50% of cases), beta agonists in 4%, and mucolytics and antiviral medications in 20%. In the hospital, 80% of patients were prescribed corticosteroids (with dexamethasone used in 46% of cases), isotonic NaCl via nebulizer in 70%, and bronchodilators in 40%; beta agonists were given to 10%. A delayed improvement in condition was directly associated with the use and prolonged duration of antiviral therapy, nebulized saline, mucolytics, and corticosteroids. The use of beta-2 agonists, corticosteroids, and nebulized saline was associated with a later onset and longer duration of oxygen support ($r=0.26-0.35$; $p<0.03$). A delayed improvement in condition was directly associated with the use and prolonged duration of antiviral therapy, nebulized saline, mucolytics, and corticosteroids. Unproven methods might be introduced in initial management stages, often due to uncertainty or attempts to relieve distressing symptoms. At the hospitalization stage where patients are under more intense medical supervision even though supportive care is emphasized, before pandemic most practitioners still resorted to methods like nebulized treatments, driven by parental expectations or other reasons. It might be caused by the challenges faced when medical professionals feel pressure to «do something» to alleviate long lasting B symptoms, potentially leading to over-treatment. After discharge for ongoing or recurrent symptoms, families may continue seeking symptomatic treatments that lack robust evidence, including alternative medicine or prolonged use of nebulizers, which may affect recovery or even prolong symptoms due to unnecessary interventions. Reasons why unproven treatments are still in use are the influence of past practices, anecdotal evidence, parent expectations, or old institutional protocols that have yet to be updated.