

**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

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

дихальну систему у обстежених пацієнтів сприяло бронхоспазму та супроводжувалося вираженою гіперсекрецією бронхіального слизу. Аналізуючи результат обчислення коефіцієнту Хільдебранта можна говорити про нормальні міжсистемні співвідношення у всіх групах обстежених пацієнтів.

**Висновки.** Переважання тону парасимпатичної вегетативної нервової системи у обстежених пацієнтів, хворих на БА, тісно пов'язане зі зростанням тяжкості захворювання та призводить до вегетативного дисбалансу, гіперреактивності бронхів, бронхоспазму та бронхообструкції, що може призводити до прогресування хвороби.

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

**Bilookyi O.V.**

### **POSTOPERATIVE RECURRENT GOITER. MORPHOLOGICAL STRUCTURE OF THIS DISEASE, REPEATED OPERATIONS ON THE THYROID GLAND PRIMARY TREATMENT**

*Department of Surgery № 1*

*Bukovinian State Medical University*

**Introduction.** Postoperative recurrent goiter is one of the possible unfavorable outcomes after thyroid surgery. A number of surgeons classify thyroid disease recurrence based on the timing of its occurrence. Other doctors distinguish between "false" and "true" goiter recurrence, based on the time of recurrence after the initial thyroid surgery. In this regard, the doctor has to deal more often in his practice with goiter recurrence after surgical treatment, the frequency of which ranges from 2.1% to 39%, which leads to repeated operations with a high risk of postoperative complications. "True" recurrences occur in a year and are caused by the influence of various pathogenetic factors on the remnants of the preserved "unchanged" tissue (thyroid gland). "False" recurrences are those that occur within a year after surgery and are associated with non-radical primary surgery.

**The aim of the study.** According to the literature, from 0.3% to 80% of patients with nodular goiter undergo reoperation due to recurrence of the disease. Postoperative recurrent goiter is one of the most pressing problems of endocrine surgery, as the growing number of thyroid diseases lead to an increase in the number of primary surgical interventions.

The aim of our study was to analyze the long-term results of surgical treatment of patients with nodular goiter and to compare the morphological structure of recurrent goiter in primary and repeated thyroid surgery.

**Material and methods.** The material of the study was 60 recurrent goiter specimens removed during surgery after standard preparation and staining of paraffin sections with hematoxylin-eosin or nitrofuchsin by Van Gieson. The specimens were examined by light microscopy. Verification of histological diagnoses was performed using pathological methods based on the criteria of the generally accepted classification of thyroid tumors by the World Health Organization.

Disease recurrence in one lobe after thyroid resection occurred in 12 patients, in both - in 34. The interval between the first surgery and repeated intervention for recurrence of nodular euthyroidism ranged from 1 to 38 years. All the patients were female and at the time of reoperation their age ranged from 32 to 65 years.

**Results.** According to our data, 76.66% of disease recurrence cases developed more often after surgery for multinodular goiter and depended not on preoperative and intraoperative diagnosis of multinodular goiter, but on the volume of surgery. Thus, the recurrence of nodular goiter is associated with the volume of the operation performed, which occurs mainly in patients with subclinical forms of postoperative hypothyroidism and in half of the observations in the presence of lymphoid infiltration of the I-IV degree.