

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

101 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

10, 12, 17 лютого 2020 року

Чернівці – 2020

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2020. – 488 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Іващук О.І.,
доцент 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.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професор Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-843-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2020



складає індекс Франка: до 30 балів прогноз є сприятливим; 31-60 балів – відносно сприятливим; 61-90 балів – сумнівним; 91 балів і більше – несприятливим.

На даний час важкість опікової травми оцінюють за допомогою індекса тяжкості ураження (ІТУ), який являє собою модифікований індекс Франка: 1 % опіку (1 долоня потерпілого) I-II ст. (епідермальний опік) = 1 од. ІТУ; 1 % опіку (1 долоня потерпілого) IIIA ст. (дермальний поверхневий опік) = 2 од. ІТУ; 1 % опіку (1 долоня потерпілого) IIIB ст. (дермальний глибокий опік) = 3 од. ІТУ; 1 % опіку (1 долоня потерпілого) IV ступеня (субфасціальний опік) = 4 од. ІТУ.

За наявності опіку дихальних шляхів (ОДШ) до отриманої суми додають: ОДШ легкого ступеня – 15 од. (розлади зовнішнього дихання відсутні); ОДШ середнього ступеня – 30 од. (респіраторні порушення виникають у перші 6-12 годин після травми); ОДШ важкого ступеня – 45 од. (виражена дихальна недостатність, яка розвивається з моменту отримання опіку).

На кожний рік після 60 років додають 1 од. ІТУ. Перемноживши площу на відповідну кількість одиниць і додавши добутки, знаходять ІТУ. Якщо ІТУ не перевищує 30 од. – констатують опік легкого ступеня важкості, 31-60 од. – середнього, 61-90 од. – тяжкого, 91 од. і вище – вкрай тяжкий опік. Останні дві категорії хворих підлягають шпиталізації у ВРІТ.

Польовий В.П.

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ГОСТРОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Гострі хірургічні захворювання черевної порожнини посідають перше місце в структурі хірургічних хвороб. Раннє і об'єктивне визначення ступеня тяжкості стану у пацієнта з перитонітом і вірогідного прогнозу допомагає виявити групу хворих, що потребують активнішого лікування, у зв'язку з чим в численних дослідженнях триває визначення чинників, що значно впливають на результат лікування внутрішньочеревних інфекцій.

Мета роботи було покращити результати лікування хворих на гостру хірургічну патологію органів черевної порожнини, шляхом розробки діагностично-прогностичного підходу виникнення гострого перитоніту та його запобігання.

Завдання дослідження - оцінити основні причини виникнення післяопераційних гнійних ускладнень та визначити об'єктивні критерії ускладненого перебігу післяопераційного періоду на основі чого розробити алгоритм проведення запобіжних заходів.

Проведено дослідження 130 хворих з гострими хірургічними захворюваннями черевної порожнини, перебіг яких ускладнився розвитком поширених форм перитоніту. Хворі поділені на дві групи. Контрольну групу склали 63 хворих, яким проводилось традиційне комплексне лікування ускладненого перебігу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини. 67 хворим дослідної групи на фоні комплексного лікування застосовували розроблені методи з використанням сучасних лікарських засобів та принципів лікування. У хірургічному лікуванні хворих основної групи використовували запропонований нами «Апарат для фракційного зрошення, дренажування і аспірації вмісту ран і порожнини в післяопераційному періоді», «Пояс медичний» та авторську методику способу тотальної декомпресії санації та електростимуляції шлунково-кишкового тракту при розлитому перитоніті з метою профілактики ентеральної недостатності, з послідуочим введенням препаратів для раннього ентерального харчування.

На основі проведених клінічних досліджень з метою прогнозування тяжкості перебігу післяопераційного періоду та розвитку гострого перитоніту, нами запропоновано визначення



коефіцієнта ступеня тяжкості загального стану хворого (КСТ). При цьому легкий ступінь тяжкості неускладненого післяопераційного періоду відмічали при значеннях КСТ 0,1-7,4 і виявили його у 19 пацієнтів контрольної групи та 22 дослідної групи. Помірний ступінь тяжкості пацієнтів з ускладненим перебігом післяопераційного періоду відмічали при значеннях КСТ 7,5-12,8 - у 14 пацієнтів контрольної групи та 15 – дослідної групи. Високий ступінь тяжкості пацієнтів з ускладненим перебігом післяопераційного періоду відмічали при значеннях КСТ 12,9-16,0 - у 20 пацієнтів контрольної групи та 19 – дослідної групи. Вкрай високий ступінь тяжкості пацієнтів з ускладненим перебігом післяопераційного періоду відмічали при значеннях КСТ 16,1-20,3 – у 10 пацієнтів контрольної групи та 11 – дослідної групи. Питання стандартизації оцінки загального стану хірургічного хворого, оцінки ступеня тяжкості пацієнта (ОТСП) за допомогою комплексних бальних систем дозволяє індивідуально більш об'єктивно визначати лікувальну тактику та об'єм оперативного втручання.

Використання у хворих на розлитий перитоніт основної групи запропонованої програми лікування сприяло зменшенню частоти гнійно-септичних ранових ускладнень з 28,2 до 23,3%, виконання релапаротомій – на 4,4%, тривалості лікування хворих у стаціонарі – з $29,6 \pm 3,4$ до $24,2 \pm 2,7$ діб, післяопераційної летальності з 15,8 до 11,9%, порівняно з хворими контрольної групи.

Сидорчук Р.І.

СТАН КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ ПРИ СИНДРОМІ СТОПИ ДІАБЕТИКА

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Синдром стопи діабетика або синдром діабетичної стопи (СДС) є значною проблемою сучасної хірургії, як у медичному, так і в соціально-економічному аспектах. У США і країнах Західної Європи до 10% всіх випадків госпіталізації у хірургічні стаціонари припадає на частку хворих з СДС, а щорічний економічний збиток від них оцінюється в 9-10 млрд. доларів. Як правило, у таких хворих спостерігається обтяження загального стану хворих у тому числі за рахунок порушень гемоциркуляції, дії інших факторів, що пригнічують регенеративні та репаративні процеси, сприяють розвитку інфекції та її транслокації, у тому числі з кишечника. Разом з цим, окремі аспекти патогенезу СДС, зокрема питання імунної відповіді у таких хворих залишаються недостатньо вивченими та потребують уточнення.

Клінічний матеріал склали 27 хворих на СДС та 14 практично здорових осіб (контроль) відповідного віку та статі ($P=0,19-0,95$). При виконанні даного дослідження керувались загальноприйнятими світовими та вітчизняними нормами біоетики. Визначення кількості загального пулу Т– і В–лімфоцитів, а також субпопуляцій Т-лімфоцитів (Т-хелперів / індукторів, Т-супресорів / цитолітичних лімфоцитів, проводили за методом непрямой імунофлюоресценції з використанням панелі моноклональних антитіл CD3, CD4, CD8, CD22. Нормальність розподілу отриманих вихідних даних перевірялась за тестом Колмогорова-Смирнова. Обробка отриманих баз даних проводилась методами варіаційної статистики за критеріями Student та R. Fisher.

Клітинні імунні реакції імунітету здійснюються за рахунок популяцій Т-лімфоцитів і забезпечують безпосереднє зниження змінених власних клітин хворого: пухлинних, мутантних, чужорідних, інфікованих різноманітними внутрішньоклітинними інфекційними збудниками. У хворих на СДС формується тенденція до зростання на 28,70% абсолютної кількості загального пулу Т-лімфоцитів, але знижується відносна їх кількість на 16,50%. Зростання абсолютної кількості загального пулу Т-лімфоцитів обумовлена збільшенням абсолютної кількості Т-хелперів / індукторів на 13,70%, Т-супресорів / цитолітичних лімфоцитів на 15,58%. Зниження відносної кількості TCD3+ лімфоцитів зумовлено зниженням відносної кількості TCD4+ на 9,25% при зростанні TCD8+ на 23,91%. Зміни відносної кількості Т-лімфоцитів та їх імунорегуляторних субпопуляцій можуть спричинити