

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2023 році №5500074

**Чернівці – 2023**

одужанням протягом  $(40 \pm 10)$  ліжко-днів (підвищення спонтанного й індукованого лігандами TLR продукції ІЛ-6 з 3 до 10 доби та індукованої лігандами TLR продукція цитокіну ІЛ-10 до 10 доби). У хворих із сприятливим перебігом захворювання баланс прозапальних цитокінів збільшувався за рахунок ІЛ-8, а у хворих з несприятливим перебігом – ІЛ-6, що може слугувати прогностичним критерієм перебігу і наслідків АС, тоді як оцінка показників ФНО виявилася не інформативною.

**Федорук О.С.**

## **ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ЕНДОУРОЛОГІЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ**

*Кафедра урології та нейрохірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Із появою новітніх урологічних технік і маніпуляцій постає питання можливості швидкого опанування та відтворення цієї методики. Навчання ендouroлогічних маніпуляцій включає в себе кілька послідовних етапів. Спочатку опанування теоретичних даних про оперативне втручання та технічних характеристик обладнання, яке буде використовуватися. Другим етапом проводиться навчання на спеціальних тренажерах, які дозволяють імітувати дії лікаря під час ендouroлогічного втручання. На практиці другий та третій етапи (спостереження за ментором, який виконує та пояснює хід операції) поєднуються. Під час наступного етапу лікарі під контролем ментора виконують певну частину ендouroлогічного втручання. І заключний етап – самостійне виконання операції. У подальшому лікар прагне досягнути рівня експерта з цього втручання. Швидкість опанування ендouroлогічних втручань можна виміряти, використовуючи середні дані кривої навчання.

**Мета дослідження.** Прийнято вважати, що першу в психології навчання криву взаємозв'язку створив наприкінці ХІХ ст. німецький психолог Г. Еббінгауз, наочно показавши, як відбувається процес забування вивченого матеріалу впродовж часу. Відтоді криві почали дедалі ширше застосовуватися для опису педагогічних залежностей (зв'язків), отримавши загальну назву кривих навчання. Для оцінки використовують середньостатистичні дані кількості втручань, необхідних для впевненого опанування методикою.

**Матеріал і методи дослідження.** Одним із важливих аспектів у роботі ментора є контроль компетенції та кваліфікації лікаря під час навчання ендouroлогічних маніпуляцій. Не всі курсанти можуть адекватно визначати свій рівень та етап кривої навчання, на якому вони перебувають. Ментору доцільно використовувати в своїй педагогічній практиці прикладні дані з описаного ефекту Даннінга – Крюгера. Ефект Даннінга – Крюгера – когнітивне спотворення, яке полягає в тому, що «люди, які мають низький рівень кваліфікації, роблять помилкові висновки і приймають невдалі рішення, але не здатні усвідомлювати свої помилки внаслідок свого низького рівня кваліфікації». Це призводить до виникнення у них завищених уявлень про власні здібності, в той час як справді висококваліфіковані люди, навпаки, схильні занижувати свої здібності і страждати недостатньою впевненістю у своїх силах, вважаючи інших компетентнішими.

**Результати дослідження.** В 1999 році Джастіном Крюгером і Девідом Даннінгом висунули гіпотезу, що для людей з недостатньою кваліфікацією в будь-якому виді діяльності характерно таке: 1) вони схильні переоцінювати власні вміння; 2) вони не здатні адекватно оцінювати справді високий рівень умінь в інших; 3) вони не здатні усвідомлювати всю глибину своєї некомпетентності; 4) у разі, якщо рівень цих умінь вдається значно підвищити, у них з'являється здатність усвідомити рівень своєї колишньої некомпетентності. Результати експериментів, які підтвердили висунуту гіпотезу, були опубліковані в англ. Journal of Personality and Social Psychology в грудні 1999 року.

**Висновки.** Отже, розуміння впливу цих ефектів під час навчання лікарів-інтернів і курсантів дасть змогу більш якісно та адекватно проводити підготовку й оцінювати компетентність володіння навичками ендouroлогічних оперативних втручань.

**Шутка В.Я.**  
**ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЙ ПРИ РЕЦИДИВАХ КИЛ**  
**ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.**

*Кафедра урології та нейрохірургії*  
*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Рецидив кили диску це поширена та актуальна нейрохірургічна проблема. Вона може виникати у 5-15% випадків первинного хірургічного лікування кил поперекових дисків.

**Мета дослідження.** Метою нашого дослідження було вивчення особливостей клініки та удосконалення хірургічної тактики з метою покращення результатів лікування.

**Матеріали та методи дослідження.** Вивчено 78 випадків рецидиву кил, яким проводилась операція розширеної інтерламінектомії з мікрохірургічною дискектомією на протязі 2016-2021 років.

**Результати дослідження.** Рецидивуючі кили поперекового відділу хребта зустрічаються, згідно даних різних авторів, в 3-7% хворих, яким проводилось оперативне лікування видалення кил поперекового відділу хребта. По наших даних – у 2%. Переважали особи чоловічої статі 5 до 1 в середній віковій групі – від 30 до 59 років. Клінічні ознаки появлялись через 1 – 9 років після первинної операції внаслідок фізичного перевантаження, при безпосередній травмі або падінні. На рівні L3-L4 рецидив був у 8, L4-L5 – у 41, L5-S1 – у 29 пацієнтів. Ведучими симптомами була біль корінцевого характеру з іррадіацією від поперека в ноги, гіпестезії в відповідних дерматоммах, парези м'язів, арефлексії, різко виражені симптоми натягу. Показом до оперативного лікування являлась кореляція клініки та даних додаткових методів обстеження – КТ, МРТ, ЕНМГ та відсутність ефекту медикаментозного лікування. Нами виділено наступні етапи хірургічного лікування рецидивуючих кил: перший – видалення рубцевих тканин і розширення кісткового вікна; якщо попередньо зроблена інтерламінектомія, то виконується геміламінектомія, при попередній геміламінектомії проводиться розширена геміламінектомія, або ламінектомія. У всіх випадках проводиться часткова фасетектомія, яка супроводжується видаленням рубцевої тканини в латеральних відділах кісткового вікна.

**Висновки.** Отже, важливо пам'ятати, що кила може змістити корінець як медіально, так і латерально, - тому маніпуляції повинні бути дуже обережними. Після видалення операційних рубців проводимо розширення кісткового вікна краніально – до незміненої твердої оболонки, а каудально додатково збільшуємо величину фораміномії в латеральному рецесусі. Другий етап – ідентифікація та мобілізація нервового корінця, проводимо менінгеоліз та радікулоліз, при наявності вентральних зрощень твердої мозкової оболонки з рубцями не потрібно проявляти активність, так як велика небезпека перфорації твердої мозкової оболонки. Важливо використовувати легкі ошадні маніпуляції при роботі з оболонкою та корінцем для уникнення постопераційних стійких больових синдромів. Третій етап – зміщення мобілізованого корінця та видалення рецидиву кили.

**СЕКЦІЯ 10**  
**ГІГІЄНА СЕРЕДОВИЩА І ВИВЧЕННЯ НОВИХ АНТИМІКРОБНИХ РЕЧОВИН**  
**В ЕКСПЕРИМЕНТІ І КЛІНІЦІ**

**Blinder O.O.**  
**ANTIMICROBIAL RESISTANCE IN COVID-19 PANDEMIA PERIOD**

*Department of Microbiology and Virology*  
*Bukovinian State Medical University*

**Introduction.** The World Health Organization has designated antimicrobial resistance (AMR) as one of the top 10 public health threats facing the global community, which requires an urgent and multipronged response. Antimicrobial Stewardship Programs have been implemented in many health care settings worldwide to curtail inappropriate and excessive antibiotic prescribing,