

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



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук 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.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



complications, that lead to death. Numerical characteristics of surgical diseases were conferred according to the univariate variance analysis results.

A scale, under which POC forecasting was carried out in two stages, was developed by us. In the first phase, before the operation, the scale included the following parameters: the nature of the underlying disease and peritonitis, parameters of the comorbidity class. The results of variance analysis confirmed the statistically significant dependence of the POC from the indicators that were selected for prediction. According to the amount of points, determined according to the scale, patients previously divided into several groups: normal (2-4 points), increased (5-7 points), medium (8-9 points) and high (more than 10 points) POC risk. Such allocation of risk groups allows to use the necessary POC prevention measures at the stage of preoperative preparation. The final risk determination is made, based on the data of intraoperative revision and laboratory tests. Based on the conducted analysis, a specified scale is created for the second phase prediction. The programmed peritoneal cavity sanitation indicators were extra included, as the repeated surgery increases the POC risk.

Risk groups differentiation is conducted as follows: less than 18 points - normal, 18-25 points - increased (primarily wound complications), 26-34 points - average (abscesses, infiltrates, diffuse peritonitis, suture failure), more than 35 points - high risk (severe peritonitis, sepsis), what was confirmed by the results of the univariate variance analysis.

So, as conclusion we can suggest that the proposed prognostic scale allows to allocate reasonably groups of normal, increased, medium and high risk of postoperative complications at acute peritonitis. Conducting the prediction in two phases - before and during surgery, can differentially apply preventive measures in the course of preoperative preparation, during the operation and in the postoperative period treatment.

Гринчук Ф.В.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ЗА КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ В НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Кафедра хірургії № 1

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Коморбідна патологія (КП) є актуальною проблемою не лише хірургії, але й інших галузей медицини. Зростання поширеності КП спричиняє збільшення частоти післяопераційних ускладнень. Питання оптимізації тактики лікування за КП мають давню історію. Зокрема, ще в 1941 році була запропонована шкала градації хворих, що підлягають хірургічному втручання, відома нині як ASA. З тих пір напрацьовані і впроваджені у практику низка шкал, що, втім, не досягло бажаного. Частина методик, зокрема, Charlson Comorbidity index, Comorbidity Severity Score надто спрощені, враховують лише окремі види КП. Низка шкал містить значну кількість показників, що суттєво ускладнює розрахунки. Важливо, що такі методи не призначені для хірургії. Index of Coexistent Diseases визначає певний ризик розвитку ускладнень у хірургічних хворих, але не враховує особливості хірургічної патології. Специфічним щодо гострого перитоніту є Peritonitis Index Altona (PIA), за яким оцінюють ймовірність смерті пацієнта, однак оцінити можливі варіанти коморбідності в такий спосіб неможливо. Спільною вадою відомих шкал є відсутність патогенетичного обґрунтування, оскільки вони засновані виключно на клінічних спостереженнях. Отож виділення ступенів тяжкості й градацій ризику проведено емпірично. Головним недоліком більшості шкал є те, що вони розроблені не для невідкладної абдомінальної хірургії, і, відповідно, не оцінюють специфічні ризики.

Нами проведені експериментальні дослідження особливостей КП на моделях гострого перитоніту, цукрового діабету і гострої печінково-ниркової недостатності, які засвідчили, що КП є специфічним патологічним станом, основою якого є синдром взаємного обтяження, котрий формується через три механізми: потенціювання односпрямованих пошкоджень,



поєднання різноспрямованих уражень і розвиток регуляційної дисфункції. Синдром розвивається в три фази, що визначають глибину прогресування регуляційної дисфункції.

В клінічних дослідженнях, проведених на 499 хворих, нами напрацьована діагностична шкала, яка містить оцінку хірургічних захворювань, перитоніту, можливі варіанти супровідних захворювань та їхнього поєднання, віку. Кожному показнику відповідає певна кількість пунктів. Встановлено, що величина суми пунктів, визначених за шкалою, статистично істотно пояснює дисперсію параметрів післяопераційних ускладнень. Відповідно до цього виділені 5 класів КП: клас 0 – кількість пунктів не більше за 5; клас 1 – кількість пунктів 6-10; клас 2 – кількість пунктів 11-15; клас 3 – 16 і більше.

Віднесення конкретного хворого до того чи іншого класу стало основою вибору обсягу лікувальних заходів на всіх етапах – від передопераційного підготування до післяопераційного лікування. Використання розробленого комплексу заходів дозволило значно покращити результати лікування пацієнтів з КП. Зокрема, у жодного з хворих, у яких використано розроблений шов та методи профілактики не виникла неспроможність лінії швів. У разі застосування розробленого дренажного пристрою жодного разу не відмічено розвитку абсцесів черевної порожнини. Використання запропонованих методів профілактики дозволило уникнути нагноєння післяопераційних ран у всіх пацієнтів з місцевим та дифузним перитонітом. Застосування розробленого комплексу заходів у хворих на розповсюджений перитоніт, віднесених до II-III класів КП, дало змогу знизити летальність на 24,4% (з 54,54% – до 30%), частоту нагноєнь післяопераційної рани - на 16,6% (з 36,36% – до 20%).

Отже, поліпшення результатів лікування хворих на КП можна досягти з використанням комплексного підходу, який передбачає оптимізацію всіх етапів діагностично-лікувального процесу.

Дутка І.І.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗМІН МЕХАНІЗМІВ РЕГУЛЯЦІЇ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ ВИРАЗКОВІ КРОВОТЕЧІ

Кафедра хірургії № 1

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Поширеність виразкових кровотеч (ВК) залишається значною. Недостатнє вивчення механізмів розвитку ВК зумовлює неналежну ефективність гемостатичних заходів, що спричиняє стійкий рівень рецидивів, який становить 2-4%. Це спонукає до подальшого вивчення проблеми й пошуку оптимального лікувального комплексу.

Нами обстежено 25 хворих на ВК. У 4 пацієнтів ендоскопічно виявлено клас ІВ клас за Forrest, у 5 пацієнтів – клас ІІА, у 6 пацієнтів – клас ІІВ, у 10 пацієнтів – клас ІІС. Хворим з активною кровотечею виконали ін'єкційний ендоскопічний гемостаз. Усім хворим призначали стандартний комплекс гемостатичної й замісної терапії. У 2 хворих з класом ІІА виник рецидив кровотечі.

На час надходження до стаціонару в плазмі венозної крові визначали параметри сумарної (СФА), не ферментаційної (НФА), ферментаційної (ФФА) фібринолітичної активності, протеолітичної активності за азоальбуміном (ААл), азоказеїном (АКз), азоколом (АКл), фібринази (Фз), антитромбіну ІІІ (АТ ІІІ), протромбінового індексу (ПІ), ізольованих подвійних зв'язків (ІПЗ), дієнових кон'югат (ДК), кстадієнів і спряжених триєнів (КСТ), окиснення нейтральних (ОНБ) й основних білків (ООБ), малонового альдегіду плазми (МАП) й еритроцитів (МАЕ), глутатіону відновленого (ГВ), каталази (Кт).

У хворих з класом ІВ виявили найнижчий вміст ІПЗ, ДК, КСТ. Водночас у хворих з класом ІІА їхні параметри найбільшими. Кількість МАП і МАЕ переважала за класів ІІВ і ІІС. У хворих з класом ІІА була найвища активність ОНБ, а ООБ – найнижчою. У цих пацієнтів були найменші параметри Кт і ГВ. У хворих класу ІВ були найменші показники СФА, ФФА й параметри ААл та АКз. У хворих з класом ІІА НФА була найнижчою, а вміст