

**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



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



Фз різко переважав. Найменша кількість АТ III була за класу IV, натомість ПІ був найбільшим, а у разі класу ПВ – найменшим. Суттєвих відмінностей досліджених показників між хворими класів ПВ і ПС групами це було.

Отже у разі ВК класів IV, ПВ, ПС спостерігається рівновага редокс-системи. Високий уміст ІПЗ, ДК, КСТ на тлі низьких показників Кт і ГВ у разі ВК класу ІА. засвідчує домінування реакцій окиснення ліпідів. З огляду на роль таких реакцій у процесах згортання крові, це могло бути серед чинників, що сприяли виникненню рецидивів кровотеч. Перевагу рівня ОНБ у разі ВК класів IV і ІА. могла зумовлювати висока активність модифікації глобулінів, які беруть участь у згортанні крові. Найнижчий рівень ООБ у хворих класу ІА, зокрема протамінів, може порушувати їхню біологічну активність і сприяти розвитку рецидивних кровотеч. Низькі показники фібринолітичної і протеолітичної активності плазми та вмісту Ат у хворих класу IV є наслідком активування механізмів гемостазу, що підтверджує суттєве зростання параметрів ПІ. Різностямовані зміни параметрів критеріїв системи гемостазу, виявлені у хворих класу ІА, вказують на дисбаланс у згортальній системі. Співвідношення параметрів досліджених показників у разі ВК класів ПВ і ПС, де у всіх пацієнтів кровотеча зупинилася самостійно й не відновилася, можна розцінити, як прояв нормального функціонування захисних механізмів.

Отже, клінічне значення отриманих даних полягає, з одного боку, в створенні можливості прогнозування рецидивів ВК, з іншого боку, в окресленні шляхів корегування медикаментозних заходів для запобігання відновленню кровотечі.

Карлійчук М.А.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВИРАЖЕНУ СТАДІЮ АКСІАЛЬНОЇ ДІАБЕТИЧНОЇ ОПТИЧНОЇ НЕЙРОПАТІЇ

Кафедра офтальмології ім. Б.Л. Радзіховського

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Діабетична оптична нейропатія (ДОН) – це частковий прояв діабетичної полінейропатії (ДПН), і стандарту її терапії з урахуванням типу та стадії захворювання на теперішній час не існує. Для корекції цього ускладнення логічним є використання препаратів, які впливають на патогенетичні ланки ДПН: досягнення та підтримка стійкої компенсації ІЦД, вітаміни групи В, α -ліпоеву кислоту. Оскільки в основі ДОН лежить апоптоз гангліонарних клітин сітківки (ГКС), логічним при даній патології вважаємо застосування нейропротекторів для зупинки прогресування нейродегенеративних змін ГКС.

Мета роботи – оцінити ефективність комплексного патогенетичного лікування хворих на виражену стадію аксіальної ДОН з застосуванням тіоктової кислоти, комбінації вітамінів В₁, В₆, В₁₂, етилметилгідроксипіридину сукцинату, цитиколіну та бримонідину тартрату.

Аналіз здійснювався на основі даних динамічного спостереження 40 хворих (63 ока) з вираженою стадією аксіальної ДОН. Основну групу склали 20 хворих (31 око), яким на фоні гіпоглікемічної терапії повторними курсами двічі на рік призначали: тіоктову кислоту («Берліглон») по 600 мг внутрішньовенно крапельно щоденно впродовж 21 дня з наступним переходом на пероральний прийом по 300 мг двічі на день впродовж 21 дня, комбінацію вітамінів В₁, В₆, В₁₂ («Мільгама») по 2 мл внутрішньом'язово 1 раз на 3 дня впродовж 21 дня з наступним переходом на пероральний прийом по 1 таблетці тричі на день впродовж 21 дня, етилметилгідроксипіридину сукцинат («Армадін») по 100 мг внутрішньом'язово двічі на добу впродовж 14 днів, цитиколін («Цераксон») по 500 мг внутрішньовенно струйно двічі на день впродовж 14 днів з наступним переходом на пероральний прийом по 500 мг двічі на день впродовж 1 місяця та місцеве застосування бримонідину тартрату 0,2 % у вигляді очних крапель по 1-2 краплі 2 рази на день постійно; контрольну - 20 хворих (32 ока), яким проводили тільки гіпоглікемічну терапію. Крім стандартних, методи офтальмологічного дослідження включали електрофізіологічні дослідження та оптичну когерентну томографію