

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



**МАТЕРІАЛИ  
95 – ї  
підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

**17, 19, 24 лютого 2014 року**

**Чернівці – 2014**

УДК 001:378.12(477.85)  
ББК 72:74.58  
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

**Наукові рецензенти:**

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.  
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.  
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.  
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.  
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.  
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.  
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.  
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.  
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.  
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.  
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.  
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.  
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.  
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2014



ВХ ДПК (85,3% та 14,7%,  $p < 0,01$ ); однак перфоративні виразки частіше відмічали в дітей із ВХ шлунка (70,6% та 29,4%,  $p < 0,05$ ) з локалізацією переважно в препілоричному відділі. Аналіз хірургічної активності за період з 2001-2012 рр. показав зменшення показника при хронічних виразках у 1,5 рази за останні 5 років. Однак, кількість хворих з перфоративною виразкою зросла у 2,5 рази, з кровотечею – у 6 разів.

Аналіз шлунково-кишкової кровотечі за Forrest: у 2 (5,9%) осіб – FIA, у 9 (26,5%) хворих - FIB, у 11 (32,3%) дітей – FIIA, у 6 (17,6%) пацієнтів - FIIB та у 6 осіб – FIIC (2,9%) та FIII (2,9%). У всіх дітей із кровотечами, що поступили до хірургічного стаціонару впродовж 12 годин, індекс Альговера не перевищував 1,0 ум. од. та склав в середньому  $0,79 \pm 0,06$  ум. од. Слід також зауважити, що у всіх дітей, незалежно від варіанту ускладненого перебігу захворювання, діагностовано виражену гіперацидність та наявність *Helicobacter pylori* з двома детермінантами патогенності.

Таким чином, отримані дані свідчать про зміну перебігу виразкової хвороби в дітей, що проявляється неухильним зростанням ускладнених варіантів перебігу захворювання.

**Унгурян А.М., Боднар Б.М.**

### ВИКОРИСТАННЯ ОЗОНОВАНОВОГО ІЗОТОНІЧНОГО РОЗЧИНУ З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ СПАЙКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
Буковинський державний медичний університет*

Гостра спайкова кишкова непрохідність складає 4,5% всіх хірургічних захворювань органів черевної порожнини та займає провідне місце серед інших видів непрохідності кишечника. Післяопераційна летальність сягає 7-12%. Частота розвитку внутрішньочеревних спайок складає від 67 до 93% після загальнохірургічних абдомінальних операцій. За даними ретроспективних аналізів до 80% спайкової кишкової непрохідності у дітей розвивається після гнійно-септичних захворювань органів черевної порожнини. У дитячому віці до 95% гнійно-запальних органів черевної порожнини припадає на перитоніти апендикулярного генезу. Не дивлячись на великий прогрес та удосконалення хірургічних методів лікування та впровадження в хірургічну практику нових антибактеріальних засобів, летальність при поширеному гнійному перитоніті залишається високою та складає 25-30%.

Із 54 зразків ексудату очеревинної порожнини виділено та ідентифіковано 62 штамів бактерій, які відносяться до 10 різних таксономічних груп. При оцінці індексу постійності, частоти зустрічальності виявлено, що провідними збудниками є умовно патогенні ентеробактерії – бактерії роду *Escherichia*, *Enterobacter*, *Citrobacter* та *Proteus*. Із ентеробактерій за цими показниками провідне значення належить кишковій паличці (35,18 і 0,35 відповідно), а ентеробактерії – 20,37 і 0,182 відповідно.

Найвищий популяційний рівень в ексудаті очеревинної порожнини дітей з перитонітом апендикулярного походження, встановлений у бактерій роду *Staphylococcus* –  $9,02 \pm 0,09$  Іг КУО/мл., *Streptococcus* –  $8,77 \pm 0,09$  Іг КУО/мл та у бактерій роду *Escherichia* –  $8,37 \pm 0,11$  Іг КУО/мл.

Одержані та наведені результати застосування озонованого фізіологічного розчину засвідчують про те, що в результаті використання методу санації протягом 3-5 хв. настає стерилізуючий ефект при контамінації очеревинної порожнини *S.pyogenus* і *C.albicans*. Суттєво знижується популяційний рівень ентеробактера на 29,95% з 7,48 до 5,24, стафілокока на 32,45% з 9,15 до 6,18, вульгарного протея на 50% з 6,0 до 4,0 та псевдомонад на 34% з 8,0 до 5,24. Крім цього відмічається зниження кількості ешерихій на 27,34% з 8,45 до 6,14. Перераховане вище засвідчує про ефективність інтраопераційної санації озонованим фізіологічним розчином NaCl 0,9% очеревинної порожнини дітей хворих на перитоніт апендикулярного походження, яка залежить від виду мікроорганізму, який контамінує ексудат очеревинної порожнини.

Слід зазначити, що комбіноване застосування озонованого фізіологічного розчину, на 10-ту добу післяопераційного періоду призводило до зменшення концентрації фібриногену на тлі підвищення активності АТ III. Відзначалась тенденція до зниження активності XIII фактору. Потенційна активність плазміногену значно збільшувалася, як у 2-гій так і у 3-тій групі, відповідно на 35,09% та 21,22%, порівняно з її зменшенням у 1-шій групі.

У групах з комбінованим застосуванням озонованого фізіологічного розчину, спостерігалось значне підвищення СФА на 10-ту добу післяопераційного періоду, порівняно з контролем (3-тя група) на – 209,90%, (2-га група) на – 114,77% в основному за рахунок зростання ферментативного фібринолізу (в 3-тій групі на 345,45%, в 2-гій на 171,68%).

Протеолітична активність за азоколом в 1-шій групі зменшувалась, на відміну від того, як в 2-гій та 3-тій групах, спостерігалось її різке збільшення.

Запропонований лікувальний комплекс з використанням інтраабдомінального лаважу ОФР 0,9% NaCl в концентрації 5 мг/л та внутрішньовенним введенням ОФР 0,9% NaCl у дітей ефективно корегує фібринолітичний та колагенолітичний потенціал крові, що як доведено нами в попередніх експериментальних дослідженнях є критеріями підвищення внутрішньочеревної фібринолітичної та колагенолітичної активностей.

У дітей з периапендикулярним абсцесом популяційний рівень провідних аеробних збудників та умовно патогенних ентеробактерій є значно вищим, ніж у дітей, хворих на перитоніт апендикулярного генезу.

Розвиток внутрішньочеревних зрощень, після операцій на органах черевної порожнини відбувається за умов гальмування тканинного фібринолізу та колагенолітичного потенціалу та застосування озонованого фізіологічного розчину при операції з приводу перитоніту корегує дані показники.



В комплекс лікування перитонітів у дітей необхідно проведення інтраопераційного промивання черевної порожнини озонованим фізіологічним розчином та проведення внутрішньовенних інфузій після другої до десятої доби післяопераційного періоду хворих на гнійно-септичні захворювання органів черевної порожнини, що призводить до підвищення внутрішньочеревного фібринолітичного потенціалу.

**Хлуновська Л.Ю.**

### КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ІНФІКУВАННЯ РІЗНИМИ ШТАМАМИ *HELICOBACTER PYLORI*

*Кафедра педіатрії та медичної генетики  
Буковинський державний медичний університет*

Виразкова хвороба (ВХ) шлунка та/або дванадцятипалої кишки в дітей залишається актуальною проблемою сьогоденної дитячої гастроентерології у зв'язку зі зростанням числа хворюючих, помолодшанням захворювання, а також зростанням кількості випадків із тяжким перебігом. *Helicobacter pylori* виступає в якості одного з провідних чинників формування виразкових дефектів слизової оболонки органів гастродуоденальної ділянки (ГДД). Визначення не лише наявності даного мікроорганізму, а і його антигенної структури, дозволяє детальніше оцінити прояви основних клінічних синдромів захворювання та, в подальшому, забезпечити диференційований підхід до лікування.

Метою дослідження було оцінити особливості клінічного перебігу ВХ ГДД в дітей залежно від інфікування різними штамми мікроорганізму *Helicobacter pylori*.

Обстежено 118 дітей із виразковим ураженням ГДД у віці 8-18 років (середній вік  $14,4 \pm 1,8$  років). Усім хворим проведено повне клініко-лабораторно-інструментальне обстеження. Діагноз верифікувався на основі проведеної езофагогастродуоденофіброскопії. Інфікування слизової оболонки ГДД мікроорганізмом *Helicobacter pylori* підтверджувалось за допомогою ендоскопічного (зміни слизової оболонки) та імуноферментного методів дослідження (визначення антитіл в сироватці крові). На основі молекулярно-генетичного методу досліджено антигенну структуру мікроорганізму. Для ідентифікації *Cag* та *Vac* антигенів *Helicobacter pylori* використано полімеразну ланцюгову реакцію.

Наявність *Helicobacter pylori* встановлено у 101 обстеженої дитини (85,6%). Залежно від антигенної структури розрізняють 4 серотипи *Helicobacter pylori*, а також токсигенні (*Cag+* *Vac+*, *Cag+* *Vac-*, *Cag-* *Vac+*) та нетоксигенний (*Cag-* *Vac-*) штам даного мікроорганізму. Вірогідним було переважання токсигенних штамів бактерії (77 дітей – 76,2%). У 88,3% дітей встановлено наявність *Cag*, у 72,7% – *Vac* антигенів. Вірогідно домінував *Cag+* *Vac+* серотип *Helicobacter pylori*.

Оцінюючи особливості клінічних проявів захворювання у *Helicobacter pylori*-інфікованих дітей, встановлено вірогідне переважання больового синдрому, незалежно від серотипу мікроорганізму. Прояви диспепсичного та астеновегетативного синдромів зустрічались практично з однаковою частотою у пацієнтів з різними серотипами *Helicobacter pylori*.

При детальному вивченні особливостей больового синдрому встановлено переважання болу ниючого характеру з локалізацією в епігастральній, пілородуоденальній та навколопупкової ділянках незалежно від штаму мікроорганізму. Переважав біль помірної інтенсивності у 16 (66,7%) дітей, інфікованих нетоксигенним штамом, та вираженої інтенсивності, у 31 (40,3%) дитини з токсигенними штамми. Больові відчуття переважно з'являлись натще та через 1-1,5 години після їжі незалежно від *Helicobacter pylori* приналежності. При порівнянні тривалості больового синдрому в інфікованих токсигенними та нетоксигенним штамми *Helicobacter pylori* дітей, встановлено переважання в 6,4 рази 1-тижневого больового синдрому. Проте, в 14 (18,2%) дітей, інфікованих токсигенними штамми, мали місце прояви больового синдрому протягом 2- та 3-тижнів.

Серед диспепсичних проявів переважали відрижка (91 дитини), печія (75 дітей), нудота (61 дитина) та зниження апетиту (84 дитини) у всіх випадках інфікування *Helicobacter pylori*. Серед проявів астеновегетативного синдрому переважали емоційна лабільність (64 дитини), в'ялість та швидка втомлюваність (75 дітей). Діти з нетоксигенним штамом мікроорганізму частіше скаржились на підвищене потовиділення, мерзлякуватість та біль в ділянці серця порівняно з дітьми, інфікованими токсигенними штамми.

Встановлено, що діти, інфіковані токсигенними штамми *Helicobacter pylori*, страждають від проявів больового синдрому більш вираженої інтенсивності та довшої тривалості, порівняно з дітьми, інфікованими нетоксигенним штамми мікроорганізму. Серед проявів диспепсичного та астеновегетативного синдромів у дітей, інфікованих різними штамми *Helicobacter pylori*, суттєвої різниці не встановлено.

**Юрків О.І., Макарова О.В.**

### МАРКЕРИ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КИШЕЧНИКА У НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
Буковинський державний медичний університет*

За статистичними даними МОЗ України відмічається щорічне зростання вперше виявлених захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у дітей на 3-4%. Частота функціональних розладів ШКТ



у дітей сягає 60%, з них біля 20% виникають на першому році життя. Клінічні прояви порушень функціонального стану кишечника у новонароджених на фоні перинатальної патології неспецифічні, їх вираженість залежить від тривалості й тяжкості порушень, наявності чи відсутності фонових станів і характеризуються здуттям кишечника, затримкою відходження меконію внаслідок порушення моторно-евакуаторної функції, парезом кишечника, зниженням толерантності до їжі при недостатності процесів перетравлення та всмоктування на фоні ознак ендогенної інтоксикації. Діти з порушеннями функцій травлення схильні до розвитку анемії, гіпотрофії, мають відставання у психомоторному розвитку, створюють групу ризику щодо розвитку хронічної патології ШКТ.

Метою дослідження було вивчення маркерів порушень шлунково-кишкового тракту у новонароджених з перинатальною патологією.

Для вирішення поставленої мети дослідження спостерігались 155 новонароджених дітей, що народилися в терміні 37-41 тижнів гестації. З них 100 новонароджених з ознаками перинатальної патології, на фоні якої відмічалася поєднана порушення функціонального стану ШКТ та ГБС (IA група) та 55 здорових новонароджених дітей (IB група). Діагностичний комплекс включав визначення у випорожненнях секреторного імуноглобуліну А, альфа-1-антитрипсину та альбуміну за допомогою ензим-зв'язаного імуносорбентного методу (ELISA), реактиви фірми «Immundiagnostic AG» (Німеччина) на базі Німецько-Української лабораторії «БУКІНТЕРМЕД». До комплексу додаткового параклінічного обстеження було включено також аналіз мікроекологічного середовища порожнини товстого кишечника.

Клінічними ознаками, які підтверджували порушення функціонального стану ШКТ у новонароджених за умов перинатальної патології були: зниження або відсутність рефлексу смоктання, понижена толерантність до їжі, зригування, явища парезу кишечника із затримкою відходження меконію та перехідного стільця та метеоризм. У 12% дітей функціональні розлади з боку ШКТ були одним з проявів поліорганної недостатності, що супроводжувала перинатальну патологію тяжкого ступеня. Наявність дисфункції ГБС підтверджували клінічні ознаки жовтяниці та збільшення, порівняно з фізіологічною нормою, розмірів печінки.

Лабораторними критеріями, які підтверджували наявність порушень функціонального стану кишечника у дітей за умов перинатальної патології, були зміни у випорожненнях наступних показників: підвищення рівня А1-АТ, що свідчить про зниження активності протеолітичних ферментів, підвищення проникливості слизової оболонки кишечника та є маркером інтерстиціальної втрати білка; підвищення рівня альбуміну, що вказує на порушення пристінкового всмоктування та також підтверджує підвищення проникливості слизової оболонки з надходженням плазми в просвіт кишечника; зростання рівня sIgA, що може бути пов'язано з транзитними порушеннями мікробіоценозу кишечника з переважанням умовно-патогенної мікрофлори, яка здатна спричинити у дітей місцеву алергічну реакцію слизової оболонки з розвитком локальної імунореактивності.

Копрограма новонароджених на 6-7 добу характеризувалася наявністю підвищеної кількості крохмалю та нейтральних жирів, що свідчило про недостатність процесів секреції та перетравлення їжі. У дітей з клінічними ознаками перинатальної патології мають місце суттєві зміни мікробіоценозу, значно більш виражені порівняно з показниками транзитного дисбіозу, характерного для даної вікової категорії, а саме: знижений вміст біфідофлори, наявність пептококу, пептострептококу, кишкової палички, стафілококу, протей та грибів роду *Candida*. Виявлені ознаки ранніх порушень функціонального стану кишечника у новонароджених на першому тижні життя є одним із проявів дезадаптації організму за умов перинатальної патології.

За даними біохімічних досліджень сироватки крові новонароджених виявлено зміни білок-синтезуючої, ліпідної, детоксикаційної, видільної та інших функцій печінки. Так, у групах спостереження спостерігалось суттєве підвищення ферментативної активності, у тому числі показників АлАТ, АсАТ та ЛДГ, що є ознаками цитолітичного синдрому; зниження рівнів альбуміну та холестерину, що вказувало на синдром печінково-клітинної недостатності, а також, підвищення активності ЛФ, ГГТ та рівня білірубину, що підтверджувало наявність холестазу.

При порушеннях функціонування кишечника у новонароджених спостерігається підвищене навантаження на печінку, що спричиняє поєднану дисфункцію ГБС та ШКТ. При цьому відмічається погіршення знешкодження токсичних речовин за рахунок зниження процесів окиснення та фосфорилування у печінці та зменшення активності гідролітичних та відновлювальних ферментів мікрофлори кишечника; порушення синтезу, печінково-кишкової циркуляції та метаболізму холестерину та стероїдних гормонів; а також, порушення метаболізму жовчних кислот та білірубину, що підвищує стаз і літогенні властивості жовчі.

У новонароджених з клінічними ознаками перинатальної патології доцільним є одночасне визначення показників функціонального стану гепатобіліарної системи та кишечника.

Рання діагностика порушень функціонального стану кишечника у новонароджених надасть змогу підвищити ефективність лікування та попередити розвиток захворювань у грудному віці.



## СЕКЦІЯ 12 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

### Акентьєв С.О., Коновчук В.М., Ковтун А.І., Кокалко М.М., Кицяк П.В. ВПЛИВ ПЛАЗМОСОРБЦІЇ НА ДИНАМІКУ БІЛІРУБІНУ ТА ЙОГО ФРАКЦІЙ ПРИ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

*Кафедра анестезіології та реаніматології  
Буковинський державний медичний університет*

Наростаюча ендогенна інтоксикація, як при ізольованій, так і при поєднаній печінковій недостатності, вимагає на сучасному етапі включення в комплекс лікувальних заходів активних методів екстракорпоруальної детоксикації.

Плазмосорбція (ПС) (21 сеанс) проведена у 12 хворих: чоловіків – 5, жінок – 7. За віком пацієнти розподілилися наступним чином: до 30 років – 2 хворих, до 40 років – 3 хворих, до 50 років – 5 хворих, до 60 років – 1 хворий і понад 60 років – також 1 хворий. Метод ПС апробований як при гострій, так і при хронічній печінковій недостатності. Нозологічні форми, при яких застосовували ПС: цироз печінки, вірусний гепатит, токсичний гепатит, гнійний холангіт, гепатоз, індуративний панкреатит, гострий калькульозний холецистит, механічна жовтяниця, зумовлена раком головки підшлункової залози. Сеанси ПС проводились у перші 1-2 дні поступлення хворого у відділення інтенсивної терапії (ОКЛ, м.Чернівці).

У хворих, які підлягали оперативному втручання, ПС проводилася в післяопераційному періоді. Сеанси ПС проводились рутинним переривчастим (фракційним) способом. За один сеанс очищалося і поверталось в організм до 1200 мл плазми. В середньому на 1 хворого припадало по 2 сеанси ПС.

Критерії включення: наявність клінічно і лабораторно ізольованої печінкової недостатності тяжкого перебігу. Критерії виключення: поєднання печінкової недостатності з нирковою, фулмінантні форми перебігу, термінальні стани, шокова печінка. Групою порівняння були 10 хворих з подібними нозологіями, яким проводився плазмаферез (ПФ).

Критерії застосування повторних сеансів ПС: неефективність 1 сеансу ПС – збереження попереднього стану хворого та рівня метаболітів у крові. Критерії припинення сеансів ПС: поліпшення загального стану хворого, зменшення жовтяниці, свербіжу шкіри, відсутності вираженого «дренуючого» ефекту за рівнем метаболітів (загального білірубину і його фракцій), поступове зниження їх рівня в крові. Базова терапія: інфузійна терапія (глюкоза, альбумін та ін.), діуретики, антибіотики, вітаміни, гепатопротектори, антиоксиданти. Проводився контроль загальних клінічних показників стану пацієнта: стан хворого, температура тіла, частота дихання, пульс, артеріальний тиск, добовий діурез. Контроль рівня загального білірубину та його фракцій проводився по загальноприйнятій методиці до ПС в крові, після центрифугування – в плазмі до сорбції і після сорбції, а також протягом 3-х діб поспіль в крові в динаміці. В контрольній групі дослідження вказаного показника проводився до маніпуляції та протягом 3-х діб поспіль в крові.

Дослідження деяких ланок обміну білірубину показали збільшення у хворих як загального білірубину, так і його фракцій (прямого і непрямого білірубину). Після застосування еферентних методів спостерігається більш виражений «дренуючий» ефект ПФ в порівнянні з ПС. При ПС на етапі відділення плазми частина загального білірубину залишається з форменими елементами (30%). Концентрація загального білірубину в крові перед операцією детоксикації становила  $182,8 \pm 41,8$  мкмоль/л, а у плазмі після відділення –  $153,1 \pm 34,9$  мкмоль/л. Після сорбції плазми вона становила –  $107,1 \pm 38,9$  ( $p < 0,05$ ). Процент затримки загального білірубину становив 30%. В наступні дні при дослідженні спостерігається чітка тенденція до його зниження, особливо з третьої доби. Подібна картина спостерігається і у фракціях загального білірубину. Поряд з цим покращувався загальний стан переважної більшості хворих (82%), припинялося зростання білірубінемії, виникала тенденція до його зниження, зменшувалася жовтяниця, свербіж шкіри, покращувався апетит, зменшувалася слабкість. Суттєвим, а можливо і переломним, моментом у лікуванні ендотоксикозу при печінковій недостатності є вірогідне збільшення добового діурезу, особливо у хворих після ПС. Так, до ПС він становив в середньому  $673,0 \pm 252,0$  мл, в перший день після процедури –  $1650 \pm 275,0$  мл, а на третю добу цей показник становив –  $2075 \pm 102,0$  мл. Менш виражений при ПС в порівнянні з ПФ «дренуючий» ефект, стимуляція діурезу, виключення плазмозаміщення і пошкодження еритроцитів у процесі проведення процедури ПС роблять її оптимальним методом детоксикації при печінковій недостатності.

### Ковтун А.І., Коновчук В.М., Акентьєв С.О., Кокалко М.М. СТАН ФУНКЦІЙ НИРОК ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ГБО У ХВОРИХ З ГНІЙНО-СЕПТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

*Кафедра анестезіології та реаніматології  
Буковинський державний медичний університет*

Питання оптимізації лікування абдомінальних гнійно-септичних ускладнень є однією з найважливіших проблем оперативної хірургії, гінекології та інтенсивної терапії. Розвиток гіпоксії при гнійно-септичних ускладненнях після оперативного втручання і санації черевної порожнини призводить до необхідності застосувати кисневу терапію.