

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



МАТЕРІАЛИ

**105-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
присвяченої 80-річчю БДМУ
05, 07, 12 лютого 2024 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2024 році № 3700679

Чернівці – 2024

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали підсумкової 105-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2024. – 477 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 105-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Грицюк М.І., професор 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.

професорка Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професорка Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професорка Хухліна О.С.

професор Слободян О.М.

професорка Ткачук С.С.

професорка Годоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професорка Годованець О.І.

ISBN 978-617-519-077-7

© Буковинський державний медичний
університет, 2024

Мета дослідження. Вивчити питання покращення фізичної, соціальної реабілітації після операції та зменшення кількості післяопераційних рецидивів гриж передньої черевної стінки.

Матеріал і методи дослідження. Під нашим наглядом знаходилось 13 хворих на рецидивну післяопераційну вентральну грижу великих розмірів, віком від 36 до 72 (жінки – 3 (23,08%), чоловіків – 10 (77,92%).

Результати дослідження. Особливо наглядною є випадок із 69 річною хворою. Вона перенесла в анамнезі 7 операційних втручань на органах очеревинної порожнини в тому числі і грижесічення, після яких практично життя стало мукою. Вона зверталася неодноразово до спеціалістів і весь час отримувала відмову, так як даний дефект передньої черевної стінки стандартними методами лікуванню не піддавався. Ситуація ускладнювалась наявністю у хворої наявність важкої супутньої патології, а саме – цукрового діабету 2 типу, важкої форми та ішемічної хвороби серця а також злукової хвороби і 5 річної хронічної нориці передньої черевної стінки. Враховуючи це хворій проведено передопераційну підготовку у ендокринолога та кардіолога на протязі 3-х тижнів.

Об'єм операційного втручання був наступний: Середина лапаротомія двома окаймляючими пупок розрізами. Вісцероліз. Витягнуто грижовий мішок із лівого бокового каналу, а з нього витягнуто петлю тонкої кишки. Контроль гемостазу - сухо. Виконано ушивання дефекту у апоневрозі у лівому боковому каналі після чого зроблено лапаротомну інтраперитонеальну ІРОМ+. Апоневроз звести практично не можливо, тому він фіксований до інтраперитонеального трансплантата. Після чого на сітку встановлено дренаж Редона. Операційна рана пошарово ушита. Після чого двома окаймляючими розрізами висічено норицю у ділянці лівої пахової ділянки. У основі нориці знайдено 5 шовкових лігатур. Все це висічено, видалено. Операційна рана пошарово ушита. Йод. Асептична пов'язка.

Дане оперативне втручання з використанням високотехнологічної новітньої методики дозволило не тільки ліквідувати грижові дефекти передньої черевної стінки та хронічну багаторічну норицю, але і повернути хвору до нормального активного життя.

Висновки. 1. Запровадження сучасної новітньої технології використання композитних сіток шляхом розміщенням в очеревинній порожнині, є «золотим» стандартом при гігантських розмірів грижах в особливо технічно складних випадках.

2. Своєчасне застосування композитних сіток є великою опорою для досвідченого фахівця, який володіє різноманітними методиками відновних та реконструктивних операцій з урахуванням наявності чи відсутності супутньої патології.

Левицька С.А.

ХРОНІЧНИЙ РИНОСИНУСИТ ЯК СУПУТНЯ ПАТОЛОГІЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

*Кафедра дитячої хірургії, отоларингології та офтальмології
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Хронічний синусит (ХС) як чинник розвитку гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) визнається багатьма науковцями. Так, стверджують, що ризик розвитку ГПМК майже вдвічі більший у пацієнтів з ХС. Причому як чинник ризику розвитку ГПМК ХС випередив навіть цукровий діабет і ніотинову залежність.

Патогенетичний вплив хронічного вогнища запалення в придаткових синусах на перебіг ГПМК часто недооцінюється, оскільки самі рентгенологічні ознаки синуситу не описуються радіологами при КТ- чи МРТ-дослідженні пацієнта з ГПМК. Дискутабельним залишається питання яка форма і поширеність ХС має вплив на розвиток ГПМК, оскільки зазвичай рентгенологічні ознаки ХС є безсимптомною знахідкою із локальним враженням одного-двох синусів.

Мета дослідження. Полягала у встановленні частоти рентгенологічних ознак хронічного запального враження при носових пазух у хворих на ГПМК.

Матеріал і методи дослідження. Проведений аналіз результатів комп'ютерної томограми головного мозку 254 пацієнтів з ГПМК, що знаходилися на лікуванні в КНП «Центральна міська лікарня» м. Чернівці з серпня по листопад 2022 року.

Результати дослідження. Рентгенологічні ознаки хронічного враження приносівих синусів ідентифіковані у 77 пацієнтів (30,31%), при цьому співвідношення чоловіків і жінок склало 61% (47 пацієнтів) і 39% (30 пацієнток) відповідно. Середній вік пацієнтів склав 60,0 років. ГПМК у пацієнтів з ХС чоловічої статі відбувалися раніше (в середньому в 55,2 роки), жіночої статі – значно пізніше (в середньому в 71,3 роки).

У пацієнтів з ГПМК та відсутніми рентгенологічними ознаками ХС гендерний розподіл виявився протилежним: переважали жінки (66% або 117 пацієнток). Чоловіки хворіли рідше (34% всієї популяції). Середній вік пацієнтів більш ніж на 10 років перевищив середній вік пацієнта ГПМК з ХС (71,7 років в порівнянні з 60,0 роками). Причому інсульти серед чоловіків без ознак ХС розвивалися майже на 20 років пізніше порівняно з ХС-пацієнтами (70,5 років порівняно з 55,2 роками). Натомість такої різниці у пацієнток жіночої статі не відмічено (72,3 роки порівняно з 71,3). Найчастіше вражались верхньощелепні синуси (66,2%), значно рідше – етмоїдальні – 20,8%; сфеноїдальні – 1,3%. Хронічний полісинусит діагностовано у 11,7% пацієнтів. При цьому домінувало одонтогенне походження верхньощелепного синуситу (44,2%).

Висновки. Рентгенологічні ознаки ХС виявлені в кожного третього хворого на ГПМК. Хронічне запалення в приносівих пазухах є чинником ризику розвитку ГПМК, особливо у чоловіків шостої декади життя.

Плаксивий О.Г.

ТОВСТОКИШКОВИЙ ДИСБІОЗ ПРИ ГНІЙНОМУ РИНОСИНУСІТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1-ГО ТИПУ

Кафедра дитячої хірургії, отоларингології та офтальмології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) негативно впливає на перебіг хронічного риносинуситу внаслідок контамінації порожнини товстої кишки патогенними та умовно-патогенними мікроорганізмами. За сучасними уявленнями, у хворих на хронічні гнійні риносинусити (ХГРС) з супутнім ЦД 1-го типу формується дисбіоз слизових оболонок верхніх дихальних шляхів і товстої кишки.

Мета дослідження. Вплив комплексного лікування хронічного гнійного риносинуситу у хворих з цукровим діабетом 1-го типу на мікрофлору товстої кишки.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим спостереженням було 98 хворих у віці від 19 до 42 років. У 78 з них встановлено діагноз ХГРС з ЦД 1-го типу середнього ступеня тяжкості в стадії загострення, з яких 40 хворих отримували стандартний курс терапії з включенням в комплекс лікування пробіотичного препарату (основна група), 38 хворих отримували аналогічний стандартний курс терапії без пробіотика (контрольна група). Загострення ХГРС без супутньої патології діагностовано у 20 хворих (група порівняння). Всім пацієнтам було проведено стандартне отоларингологічне обстеження, ендовідеориноскопію, рентгенографію БНП, загальний аналіз крові та сечі, бактеріологічне дослідження, аналіз крові для імунологічних досліджень.

Результати дослідження. У хворих на ХГРС, що розвинувся на фоні ЦД 1-го типу середньої тяжкості поглиблюється товстокишковий дисбіоз, основним чином до II (78%)-III (22%) ступеню, за рахунок елімінації та вираженого дефіциту автохтонних облигатних біфідо- і лактобактерій та зростання популяційного рівня факультативних умовно патогенних анаеробних та аеробних мікроорганізмів ($7,83 \pm 0,39$ - $8,97 \pm 0,27$ lg КУО/мл). При ХГРС без супутньої патології у більшості (15 хворих (75%)) також формується товстокишковий дисбіоз I ступеню, у 1 (5%) - I-II ступеню, а в 4 хворих (20%) дисбіотичних змін не виявлено.