

**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

Висновок. Отже, оперативне лікування ранових дефектів, зокрема й гранулюючих ран, треба виконувати у найкоротші терміни. При цьому вирішується потрібна задача: а) ліквідація самого ранового дефекту як косметичного, так і функціонального), б) припинення ексудації і, відповідно, втрат через ранову поверхню поживних речовин, що попереджує виснаження, в) усунення воріт для проникнення інфекції. Крім того, ліквідація рани у найкоротший термін профілактує патологічне рубцювання.

Польовий В.П.

ЗАСТОСУВАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ “DAMAGE CONTROL” У ЛІКУВАННІ ПОТЕРПІЛИХ ІЗ ТЯЖКОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

*Кафедра загальної хірургії, урології та нейрохірургії
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Актуальність проблеми пошкоджень органів черевної порожнини обумовлена високим рівнем летальності: при ізольованих травмах живота смертність становить від 5 до 10%, а при множинних – 20-30%. Проблеми в лікуванні пацієнтів з абдомінальною травмою виникають здебільшого при розвитку системних порушень функцій життєво-важливих органів – розвитку травматичної хвороби.

Мета дослідження. Оптимізувати програми комплексного диференційованого підходу щодо абдомінальної травми шляхом удосконалення діагностичної та хірургічної тактики.

Матеріал і методи дослідження. Нами проаналізовано 56 випадків хірургічного лікування травм печінки до 2010 року та проведено хірургічне лікування 65 потерпілих після 2011 року за розробленою методикою.

Результати дослідження. Клінічно пошкодження печінки супроводжуються місцевою і загальною симптоматикою, топографо-анатомічними особливостями органу, функціональним станом і тяжкістю травми, характером інших пошкоджень та тривалістю з моменту отримання травми. Відомо, що при масивному пошкодженні печінки переважає тяжкий чи вкрай тяжкий ступінь крововтрати. За таких умов крововтрата є однією з основних ланок патогенезу ускладнень у цих потерпілих.

Хірург перед тим, як прийняти тактичне рішення, повинен обґрунтувати такі критичні фази багатоетапної лапаротомії: 1) визначити і відібрати пацієнтів для виконання операцій типу “damage control”; 2) оцінити під час операції хірургічну ситуацію в конкретного потерпілого; 3) провести реабілітацію в палаті інтенсивної терапії наслідків, що виникли в післяопераційному періоді; 4) виконати кінцеві хірургічні заходи та маніпуляції в операційній за умов повторних операцій; 5) реконструювати передню черевну стінку, зміни якої виникли в результаті ускладнень, що розвинулися в пізньому післяопераційному періоді.

Послідовність прийняття рішення щодо застосування багатоетапних лапаротомій у хворих з масивною травмою печінки можна подати у вигляді алгоритму, основні положення якого наведені в таблиці.

Таблиця

Алгоритм прийняття рішення щодо застосування операцій типу “damage control”

Етап лікування	Критерії відбору потерпілих
I	Визначення показань до багатоетапного лікування.
II	Ревізія під час операційного втручання та оцінка хірургічної ситуації щодо визначення показань для скорочення обсягу операції
III	Відновлення фізіологічних функцій у хірургічній палаті інтенсивної терапії
IV	Повернення пацієнта в операційний блок для кінцевих хірургічних заходів
V	Визначення показань до реконструкції черевної стінки

Висновки. Використання принципу операцій типу “damage control” та тимчасової тампонади черевної порожнини в комплексі реанімаційних заходів перед- та під час виконання хірургічних втручань дозволило вважати їх найбільш необхідними у цієї категорії

потерпілих і знизити летальність з 44,3% у контрольній групі до 27,7% в основній, тобто в 1,6 рази ($P < 0,05$).

Романовський М.Я.

ЕНТЕРАЛЬНА НЕДОСТАТНІСТЬ – ОБ’ЄКТИВНИЙ КРИТЕРІЙ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З ІНТРААБДОМІНАЛЬНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Кафедра загальної хірургії, урології та нейрохірургії

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Удосконалені шкали оцінки тяжкості стану хірургічного хворого: шкала оцінки тяжкості гострого сепсису II та шкала оцінки ентеральної недостатності при перитоніті II включають доступні визначення параметру хворого і дозволяють виділити групу хворих з високим рівнем летальності.

Мета дослідження. Покращити результати лікування хворих з інтраабдомінальною інфекцією.

Матеріал і методи дослідження. Залежно від джерела розвитку ускладненої інтраабдомінальної інфекції було виокремлено 2 групи хворих. Першу групу становили 150 хворих на гангренозний і гангренозно-перфоративний апендицит, ускладнений параапендикулярним абсцесом або перитонітом; другу групу – 60 хворих з перитонітом або абсцесом черевної порожнини внаслідок перфорації шлунка чи дванадцятипалої кишки, тонкої або товстої кишок. За удосконаленою нами шкалою тяжкості стану пацієнтів оцінювали їх стан з можливим ризиком летальності.

Результати дослідження. Оцінювання тяжкості стану хворих з ускладненою інтраабдомінальною інфекцією за удосконаленими шкалами показала, що чим більша сума балів, тим стан хворого більш тяжкий, ймовірність релапаротомії зростає, ризик летальності збільшується. Отже, оцінювання тяжкості стану пацієнтів з інтраабдомінальною хірургічною інфекцією до операції дає змогу об’єктивізувати їхню тяжкість і виокремити групу з високим ризиком летальності. Шкалу оцінювання тяжкості хворих на гострий сепсис (шкала оцінювання тяжкості сепсису – Acute Sepsis Severity Evaluation Score) було запропоновано у 2005 р. В.О. Сипливім. Ми вдосконалили шкали оцінювання гострого сепсису й ентеральної недостатності при перитоніті, розробивши шкали оцінювання тяжкості гострого сепсису II й оцінювання ентеральної недостатності II. Удосконалена шкала оцінювання тяжкості гострого сепсису II включає характеристику клінічних проявів (оцінювання рівня свідомості, показників систолічного артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, частоти дихальних рухів, добового діурезу, температури тіла), оцінювання реакції системи крові (визначення кількості лейкоцитів, рівня лейкоцитів), оцінювання гострих фізіологічних порушень функції печінки, нирок (рівень креатиніну, сечовини, загального білірубіну, активність АсАТ, АлАт). Крім того, до шкали включено такі параметри, як локалізація гнійного вогнища (шкіра, м’які тканини, голова, черевна порожнина, грудна клітка, сечовидільна система, опікова рана); характеристика мікрофлори (грампозитивні, грамотришні бактерії, гриби, анаеробна флора); супутня патологія (серцева недостатність будь-якої етіології, дихальна недостатність, цукровий діабет, цироз печінки, порушення імунної відповіді: хіміотерапія, злоякісна лімфома, лейкемія, коінфекція, ВІЛ, наркоманія, ожиріння). Використано логіку розподілу балів у шкалі APACHE II. Стан хворих за цією шкалою оцінюється як середнього ступеня при сумі балів до 30, тяжкий – при сумі балів від 31 до 45 балів, край тяжкий – при сумі балів понад 45.

Висновки. Удосконалені шкали оцінки тяжкості стану хірургічного хворого: шкала оцінки тяжкості гострого сепсису II та шкала оцінки ентеральної недостатності при перитоніті II включають доступні визначення параметру хворого і дозволяють виділити групу хворих з високим рівнем летальності. Оцінювання тяжкості стану хворих з ускладненою інтраабдомінальною інфекцією за удосконаленими шкалами показала, що чим більша сума балів, тим стан хворого більш тяжкий, ймовірність релапаротомії зростає, ризик летальності збільшується. Отже, оцінювання тяжкості стану пацієнтів з інтраабдомінальною