

**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

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. Сипливим. 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

хірургічною інфекцією до операції дає змогу об'єктивізувати їхню тяжкість і виокремити групу з високим ризиком летальності.

Савчук А.Ю.

ІНТРАОПЕРАЦІЙНА ПРОФІЛАКТИКА СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ПРИ ГОСТРИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСАХ ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ

Кафедра загальної хірургії, урології та нейрохірургії

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Спайкова хвороба (СХ) розвивається у 20-36% оперованих в ургентних умовах та є наслідком інтраперитонеальних адгезій, супроводжуються різноманітними клінічними симптомами. СХ може виникнути навіть після малоінвазивних операцій, у тому числі на фоні застосування окремих речовин, що використовуються у процесі оперативного втручання з метою санації. Питання розвитку СХ, її профілактики та лікування залишаються відкритими і потребують подальших досліджень.

Мета дослідження. Метою роботи є визначення клінічної ефективності застосування патогенетично обґрунтованого методу профілактики СХ шляхом інтраопераційного введення препарату гіалуронової кислоти та антисептика.

Матеріали і методи дослідження. У роботі повною мірою дотримано вимог біоетики у сфері клінічних досліджень – усі хворі та їх уповноважений представник підписували інформовану згоду перед включенням у дослідження. Робота базується на результатах хірургічного лікування 70 хворих на гострий перитоніт, яким проведено оперативне втручання, яке завершувалось внутрішньоочеревинним уведенням препарату гіалуронової кислоти у поєднанні з антисептиком з групи четвертинних амонієвих сполук – декаметоксину, який володіє вираженим поверхнево-активним ефектом. Контроль – 142 хворих на перитоніт без інтраопераційного застосування натрію гіалуронату. Оцінювання ефективності профілактики СХ здійснювалась згідно рекомендацій World Society for Emergency Surgery за clinical adhesion score (CLAS), що включає широкий комплекс різних параметрів, що характеризують функціональний стан шлунково-кишкового тракту, больові відчуття, наявність колік, порушення загального стану, астеничний синдром, якість життя та інше. Застосовано методи варіаційної статистики.

Результати дослідження. У основній групі прооперованих хворих результати профілактики згідно CLAS у ранній післяопераційний період (безпосередні) оцінювалися, як добрі у 86,67 % хворих, задовільні – у 10% та незадовільні – у 3,33% випадків, відповідно. У контрольній групі результати у післяопераційний період (безпосередні) оцінювалися, як добрі у 80% хворих, задовільні – у 13,33% та незадовільні – у 3,33% випадків, відповідно. Короткотермінові результати оцінювалися у контролі, як добрі, задовільні та незадовільні – у 50%, 36,67% та 13,3% випадків, відповідно. У основній групі незадовільні результати не спостерігали, як добрі – трактувалися у 70%, задовільними були 30% результатів.

Висновки. Як засвідчують отримані результати, інтраопераційне застосування розчину НГД у якості протиспайкового профілактичного препарату є обґрунтованим, однак потребує подальшого дослідження. Зокрема, обмеженнями даного дослідження є порівняно невелика вибірка, недостатня стратифікація хворих, а також терміни спостереження.

Сидорчук Р.І.

МОЖЛИВОСТІ СОНОГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ТРАВМ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Кафедра загальної хірургії, урології та нейрохірургії

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Діагностика ушкоджень органів грудної клітки (ОГК) є актуальною проблемою сучасної медицини. Травма ОГК нерідко поєднується з вираженими змінами м'яких тканин даної ділянки, ушкодженням ребер та груднини, судинно-нервових пучків, плевральних структур, легені та серця. Рентгенівська комп'ютерна томографія (РКТ) вважається