

**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



У 23 (53,5%) хворих із важкими пошкодженнями внутрішніх органів або черепно-мозковою травмою в першу чергу проводили невідкладні оперативні втручання хірургами (лапаротомію, декомпресійне трепанацію черепа, спленектомію, ушивання розривів печінки), після чого проводились ПХО рани при відкритих переломах та стабілізацію усіх переломів апаратами зовнішньої фіксації. Після покращення загального стану хворого виконували демонтаж апаратів зовнішньої фіксації та остеосинтез із застосуванням інтрамедулярних фіксаторів та пластин.

Віддалені результати показали, що рання стабілізація переломів та індивідуальний підхід до застосування методів оперативного лікування при важких поєднаних пошкодженнях дозволяє оптимізувати терміни зрощення переломів та відновлення функції кінцівки. У 37 хворих (86%) отримані добрі та задовільні результати і у 6 (14%) – незадовільні. Незадовільні результати були пов'язані з виникненням остеомієліту при відкритих переломах та контрактурами колінних суглобів у хворих з внутрішньо суглобовими переломами.

Гребенюк В.І.

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Кафедра хірургії № 2

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Останнім часом число хворих на гострий панкреатит зросло до 9-11%. у зв'язку зі збільшенням числа хворих на жовчнокам'яну хворобу. Летальність серед різних форм панкреатиту коливається від 3% до 25%. Тому особливого значення набуває своєчасність розпізнавання гострого панкреатиту та адекватне комплексне лікування в хірургічних стаціонарах. Не викликають сумнівів та заперечень найбільш розповсюджені чинники виникнення гострих панкреатитів середнього та важкого ступенів, що викликають у 55% алкогольно-аліментарний та у 30-35% гострий біліарний панкреатит.

Метою нашого дослідження було покращення результатів лікування хворих на гострий панкреатит.

Завданням була адаптація світових рекомендацій по лікування гострого панкреатиту з використанням власних напрацювань щодо лікування цієї складної патології.

Проліковано 16 хворих на гострий панкреатит на клінічній базі кафедри хірургії № 2 (зав. – Заслужений лікар України, професор Іфтодій А.Г.). Використано світові протоколи, розроблені з урахуванням класифікації 1992 року, затвердженої на Міжнародному симпозіумі в Атланті, та її модифікацій, запропонованих у м. Кочин у 2011 р. (Міжнародна Асоціація Панкреатологів, International Association of Pancreatology) та Міжнародною робочою групою по класифікації гострого панкреатита (Acute Pancreatitis Classification Working Group) у 2012 р. Останні світові рекомендації JPN 2015 корегують окремі діагностичні та лікувальні етапи.

Економічна складова для ефективного лікування даної групи хворих на сьогоднішній день є суттєвою для покращення результатів лікування. Виключення Октреотиду або його аналогів статистично достовірно не вплинуло на результати лікування. Окрім того, введення Октреотиду у частини хворих (за нашими даними, близького 30%), викликає впродовж перших 6 місяців мультифокальний холелітіаз, напевно внаслідок гальмування холцистокініну.

Ефективність внутрішньовенного введення інгібітора протеаз (габексат мезілат) для поліпшення прогнозу життя і частоту ускладнень гострого панкреатиту не було чітко доведено (JPN 2015). Ці дані потребують подальших досліджень. Від дози інгібіторів протеаз ефективність лікування панкреатиту не залежить. Інгібітори протеаз вводили впродовж перших трьох діб лікування за загальноприйнятою схемою.

Для зменшення ризику бактеріальної транслокації та фінансових витрат в JPN 2015 пропонують починати ентеральне харчування пацієнтів через 48 годин. Доцільно зауважити,



що цей етап лікування можливий лише за умови постановки назоінтестинального зонду спеціально навченими лікарями-ендоскопістами або під рентгенологічним контролем.

В якості основного (базового) інфузійного використовувались розчини Рінгера лактат та Хартмана. Слід зазначити, що використання так званого «фізіологічного» розчину NaCl часто виявляється базовим внаслідок найменшої вартості серед визначених розчинів, що супроводжується зниженням ефективності інфузійної терапії.

В клінічних умовах нами впроваджено метод трансгастрального внутрішньотканинного електрофорезу при лікуванні гострого панкреатиту (Патент України на корисну модель № UA 120254, МПК А61К 31/00 Заявка № u 2017 04398 від 03.05.2017; опубл. 25.10.2017, бюл № 20.).

Вибір адекватного обсягу лікувальних заходів в поєднанні з трансгастральним внутрішньотканинним електрофорезом дозволив нам зменшити кількість ускладнень на 14% у пролікованих хворих та підвищити ефективність консервативного лікування тяжких форм панкреатиту на 18%.

Гродецький В.К.
ВПЛИВ РЕГІОНАЛЬНОЇ ПРОЛОНГОВАНОЇ ОЗОНОТЕРАПІЇ
ТА ЛОКАЛЬНОЇ ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ
НА ПЕРЕБІГ РЕПАРАТИВНОГО ПРОЦЕСУ
У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНО-ГАНГРЕНОЗНУ ФОРМУ
СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Кафедра хірургії № 2

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

За період з 2015 по 2017 рр. в клініці спостерігалось – 210 хворих на синдром діабетичної стопи (СДС). Чоловіків було 124 (59,04%), жінок – 86 (40,95%). Досліджуванні нами хворі були розподілені на дві групи. До основної групи ввійшли 106 (50,47%) хворих, до контрольної – 104 (49,52%) пацієнта з СДС. У всіх пацієнтів основної групи (106 хворих – 50,47%), поряд із стандартною терапією, аналогічною за складом у хворих контрольної групи, ми проводили пролонговане внутрішньоартеріальне введення озонованого фізіологічного розчину (ОФР) за методом Сельдінгера з катетеризацією а. femoralis, програмовану вульнеросанацію озоновмісним фізіологічним розчином та місцеву вакуумну терапію.

У контрольній групі хворих лікування включало в себе стандартний, загальноприйнятий комплекс, який застосовується для лікування СДС. За клінічними проявами переважала ішемічно-гангренозна форма СДС. Найбільша кількість хворих (168 пацієнта) була віком 65-74 роки (80%). Розподіл хворих за кількісним та віковим складом не мав вірогідно достовірних відмінностей $>0,05$. В основній і контрольній групах динаміку зміни показників цукру крові визначали о 8, 14 та 18 годинах добового дослідження цукру крові. Після виконання пролонгованого внутрішньоартеріального введення ОФР у пацієнтів основної групи визначалася вірогідна різниця між цими показниками ($<0,05$), що показано в таблиці.

Таблиця

Динаміка змін рівня цукру крові
після пролонгованого внутрішньоартеріального введення
озонованого фізіологічного розчину виконаної (до 18 години)
на 1-7 добу після операційного лікування хворих з синдром діабетичної стопи

Розподіл за годинами цукру крові у досліджуваних група хворих	8 годин	14 годин	18 годин
Основна	9,0 ± 3,3 ммоль/л	8,4 ± 3,0 ммоль/л	9,2 ± 3,0 ммоль/л
Контрольна	8,8 ± 4,3 ммоль/л	9,4 ± 3,3 ммоль/л	9,5 ± 3,3 ммоль/л
P	> 0,05	< 0,05	> 0,05