

**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

рівень у звичайних кишкових паличок. За коефіцієнтом кількісного домінування (ККД) і коефіцієнтом значущості (КЗ) домінуючими мікроорганізмами, що персистують у першій порції сечі хворих на ГГЗЗНПК є кишкові палички та інші ентеробактерії, ККД яких досягає 63,60%. Золотистий стафілокок посідає друге місце за ККД і КЗ. За популяційним рівнем (>5,0 lg КУО/мл) всі наведені мікроорганізми є збудниками ГГЗЗНПК, але провідне місце посідає звичайна кишкова паличка та ентеротоксигенна ешерихія.

Висновки. Провідними збудниками ГГЗЗНПК та формування АС у цієї категорії хворих, за одержаними нами даними, можуть бути патогенні та умовно-патогенні ентеробактерії (звичайні кишкові палички, ентеротоксигенні ешерихії і протеї), а також золотистий стафілокок. Дослідження доцільно розвинути у аспекті застосування отриманих даних для прогнозування АС.

Петрюк Б.В.

ВІЛЬНА АУТОДЕРМОПЛАСТИКА У ВИПАДКУ РАНОВИХ ДЕФЕКТІВ ШКІРИ

Кафедра загальної хірургії урології та нейрохірургії

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Дефекти шкірних покривів надзвичайно різноманітні. Переважно вони можуть виникати під впливом механічного чинника при пораненнях, внаслідок змертвіння шкіри у результаті дії механічного, термічного чи хімічного агента, хронічних порушень гемодинаміки та мікроциркуляції. Нерідко такі ранові дефекти не мають змоги самостійно епітелізуватися через значні розміри або слабку здатність тканин до регенерації.

Мета. Вибір оптимального варіанту шкірної пластики. Пластика місцевими тканинами одноосібно може вирішити проблему при відносно невеликих дефектах. У інших випадках можлива її комбінація з вільною шкірною пластикою. Однак поширені ранові поверхні можливо ліквідувати лише за допомогою великих епідермо-дермальних трансплантатів, взятих ручним або електричним дерматомом.

Результати дослідження. Абсолютна товщина клаптя визначається показами до трансплантації та особливостями донорського місця. У випадку поширених глибоких опіків за дефіциту ресурсів аутошкіри, слід брати клапті товщиною не більше 0,2 мм. Вони дуже добре приживають за умови готовності ранової поверхні, а донорські рани швидко загоюються. Якщо потрібно ліквідувати ранову поверхню без урахування майбутнього функціонального навантаження, слід брати тонкі клапті. Трансплантати товщиною 0,3-0,4 мм за хорошого стану грануляції приживають добре та дають повноцінний шкірний покрив, який може витримувати помірні механічні навантаження. Чим більше механічне навантаження буде нести трансплантат, тим він повинен бути стійкішим до зовнішніх впливів. Визначаючи потрібну товщину епідермо-дермального клаптя, необхідно враховувати і загальну товщину шкіри донорського місця. Так, на спині, сідницях вона сягає 1,5-2 мм, а на внутрішній поверхні стегна, животі не перевищує 1 мм. Таким чином, клапоть товщиною 0,5 мм, взятий зі спини, включає третину товщі шкіри даної локалізації. Такий же клапоть, взятий із живота, буде включати половину товщі шкіри. Відповідно різною буде глибина донорських ран і терміни їх загоєння. Крім того, можливі різні наслідки такого загоєння аж до утворення гіпертрофічних рубців. Також має значення вік пацієнта. Відомо, що у жінок і дітей шкіра відносно тонша, тому донорські рани у них є глибшими.

Проводячи вільну шкірну пластику безпосередньо на грануляції, слід враховувати давність самого патологічного процесу. Бліді, атрофічні скловидні грануляції мало придатні для ВШП. У випадку наявності тривалий час існуючих ран під грануляціями обов'язково присутній товстий шар сполучної тканини, тобто рубцевий масив. Відомо, що рубці не є найкращою основою для сприйняття та подальшого живлення трансплантата, тому там, де є можливість, доцільніше висікти гранулючу рану разом зі всією товщею рубця і виконати вторинну вільну шкірну пластику. Зрозуміло, що така лікувальна тактика потребує більш інтенсивної передопераційної підготовки хворого та адекватного знеболювання, а також збільшує травматичність оперативного втручання.

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