

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

101 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

10, 12, 17 лютого 2020 року

Чернівці – 2020

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2020. – 488 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Іващук 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.

професор Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-843-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2020



чинниками внутрішньої природи і зовнішніх дій. При цьому її структурно-функціональний стан багато в чому визначає перебіг панкреатиту.

Встановити зв'язок порушень функціонального статусу печінки з прогресом гострого важкого панкреатиту на ранніх стадіях його розвитку.

Робота ґрунтується на клініко-лабораторних даних 27 хворих важким панкреатитом. При госпіталізації хворих в клініку діагноз гострий важкий панкреатит підтверджений за допомогою клініко-, лабораторно- та інструментальних методів обстеження. При оцінці важкості гострого панкреатиту за шкалою APACHE II виявилось, що при аналізі ознак захворювання сума балів склала $11,37 \pm 0,37$. Хворим впродовж перших 5 діб в динаміці оцінювали основні показники функціонального стану печінки (загальні та спеціальні дослідження, у тому числі оцінка інтенсивності оксидантного стресу, активність фосфоліпаз, гіпоксії та ін.).

Нами встановлено, що вже на ранніх стадіях гострого важкого панкреатиту в печінці реєструються істотні порушення функціонального статусу. Основними патогенетичними ланками цих розладів стали надмірні інтенсифікація ліпопероксидації (оксидативний стрес) і активізація фосфоліпаз, а одним з проявів їх дії - мембрано дестабілізуючий ефект клітин печінки, що виражається в порушенні різних функцій органу (підвищення активності цитолітичних процесів, зростання рівня продуктів ендогенної інтоксикації, зниження рівня загальної і ефективної концентрації альбуміну). При аналізі отриманих даних нами відмічено, що найбільш реактивними є показники детоксикаційної і альбумінметаболізуючої функції органу. Для їх оцінки прийнятий тільки індекс токсичності плазми по альбуміну, за яким можливо характеризувати ці функції і функціональний стан печінки в цілому, що, безумовно, спрощує розрахунки. З урахуванням цього, а так само активності фосфоліпази А2 і альфа-амілази, вмісту малонового деальдегіду в плазмі крові, нами запропонований спосіб прогнозування гострого панкреатиту. Застосування розробленого способу в клініці показало його досить високу прогностичну значущість. Чутливість способу склала 88,9%.

Таким чином, отримані дані, з одного боку, підтверджують високу значущість уражень печінки в прогресі гострого важкого панкреатиту, з іншої - показують високу інформативність показників функціонального статусу органу в прогнозуванні цієї важкої патології.

Петрюк Б.В.

ОЦІНКА ВАЖКОСТІ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ТЕРМІЧНИХ ОПІКІВ

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Важкість опіку визначається його площею та глибиною. Важливо знати саме відносну площу пошкодження від загальної поверхні тіла, виражену в процентах. Для цього користуються правилом «долоні» (при локальному пошкодженні) та правилом «дев'яток». Цим правилом зручно користуватися при поширених опіках, що охоплюють значну частину тіла – тулуб, кінцівку чи її сегмент. Однак правило «дев'яток» стосується пропорцій дорослої людини. У дітей використовують схему Ланда і Броудера (1944), де враховані особливості пропорцій тіла згідно віку. Глибину ураження оцінюють візуально. При цьому розрізняють епідермальні, поверхневі та глибокі дермальні й субфасціальні опіки.

Чим поширеніше і більш глибокий опік, тим прогноз є менш сприятливим. У дорослих орієнтовно можна скористатися правилом "сотні" – правилом Бо (1962): вік + площа опіку (%). Прогноз буде залежати від отриманої суми: до 60 – сприятливий; 61-80 – відносно сприятливий; 81-100 – сумнівний; 101 і більше – несприятливий.

Більш інформативним є індекс Франка (1966), коли враховують як площу, так і глибину ураження. Обчислюючи індекс Франка, виходять із того, що стан хворого при глибокому опіку втричі важчий, ніж при поверхневому, тому 1 % поверхневого опіку прирівнюється до 1, глибокого опіку – до 3. Сума показників поверхневого і глибокого опіку



складає індекс Франка: до 30 балів прогноз є сприятливим; 31-60 балів – відносно сприятливим; 61-90 балів – сумнівним; 91 балів і більше – несприятливим.

На даний час важкість опікової травми оцінюють за допомогою індекса тяжкості ураження (ІТУ), який являє собою модифікований індекс Франка: 1 % опіку (1 долоня потерпілого) I-II ст. (епідермальний опік) = 1 од. ІТУ; 1 % опіку (1 долоня потерпілого) IIIA ст. (дермальний поверхневий опік) = 2 од. ІТУ; 1 % опіку (1 долоня потерпілого) IIIB ст. (дермальний глибокий опік) = 3 од. ІТУ; 1 % опіку (1 долоня потерпілого) IV ступеня (субфасціальний опік) = 4 од. ІТУ.

За наявності опіку дихальних шляхів (ОДШ) до отриманої суми додають: ОДШ легкого ступеня – 15 од. (розлади зовнішнього дихання відсутні); ОДШ середнього ступеня – 30 од. (респіраторні порушення виникають у перші 6-12 годин після травми); ОДШ важкого ступеня – 45 од. (виражена дихальна недостатність, яка розвивається з моменту отримання опіку).

На кожний рік після 60 років додають 1 од. ІТУ. Перемноживши площу на відповідну кількість одиниць і додавши добутки, знаходять ІТУ. Якщо ІТУ не перевищує 30 од. – констатують опік легкого ступеня важкості, 31-60 од. – середнього, 61-90 од. – тяжкого, 91 од. і вище – вкрай тяжкий опік. Останні дві категорії хворих підлягають шпиталізації у ВРІТ.

Польовий В.П.

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ГОСТРОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Гострі хірургічні захворювання черевної порожнини посідають перше місце в структурі хірургічних хвороб. Раннє і об'єктивне визначення ступеня тяжкості стану у пацієнта з перитонітом і вірогідного прогнозу допомагає виявити групу хворих, що потребують активнішого лікування, у зв'язку з чим в численних дослідженнях триває визначення чинників, що значно впливають на результат лікування внутрішньочеревних інфекцій.

Мета роботи було покращити результати лікування хворих на гостру хірургічну патологію органів черевної порожнини, шляхом розробки діагностично-прогностичного підходу виникнення гострого перитоніту та його запобігання.

Завдання дослідження - оцінити основні причини виникнення післяопераційних гнійних ускладнень та визначити об'єктивні критерії ускладненого перебігу післяопераційного періоду на основі чого розробити алгоритм проведення запобіжних заходів.

Проведено дослідження 130 хворих з гострими хірургічними захворюваннями черевної порожнини, перебіг яких ускладнився розвитком поширених форм перитоніту. Хворі поділені на дві групи. Контрольну групу склали 63 хворих, яким проводилось традиційне комплексне лікування ускладненого перебігу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини. 67 хворим дослідної групи на фоні комплексного лікування застосовували розроблені методи з використанням сучасних лікарських засобів та принципів лікування. У хірургічному лікуванні хворих основної групи використовували запропонований нами «Апарат для фракційного зрошення, дренажування і аспірації вмісту ран і порожнини в післяопераційному періоді», «Пояс медичний» та авторську методику способу тотальної декомпресії санації та електростимуляції шлунково-кишкового тракту при розлитому перитоніті з метою профілактики ентеральної недостатності, з послідуочим введенням препаратів для раннього ентерального харчування.

На основі проведених клінічних досліджень з метою прогнозування тяжкості перебігу післяопераційного періоду та розвитку гострого перитоніту, нами запропоновано визначення