

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2023 році №5500074

**Чернівці – 2023**

**Результати дослідження.** Результатом лікування переважної більшості пацієнтів з включенням ранньої ПС було: покращення загального стану хворих, стабілізація або регрес ендотоксикозу, позитивна динаміка зниження рівня метаболітів (наприклад, азотистих шлаків з 2-3 дня) і середньомолекулярних олігопептидів. Суттєвим і, можливо, переламним моментом у лікуванні відповідного ендотоксикозу було достовірне збільшення добового діурезу: з  $874 \pm 262$  мл до  $1600 \pm 203$  мл на третій день після процедури ПС, що корелювало з динамікою метаболітів і «середніх молекул» у крові. У 8% випадків після проведеної терапії прогресувала олігурія з переходом в анурію. Цей факт прогностично був несприятливим. Безумовно така ситуація супроводжувалася погіршенням загального стану, зростанням ендотоксикозу (сечовина більше 30 ммоль/л, креатинін – 700 мкмоль/л і вище, калій понад 6 ммоль). Неefективність проведеного лікування в силу різних обставин (пізні звернення по допомогу, вираженість патологічного процесу та ін.), а також потенційне і наявне погіршення стану пацієнта вимагало підключення проведення екстракорпорального гемодіалізу. Процедуру детоксикації за необхідності доповнювали проведенням ультрафільтрації крові і гемосорбції. Такий режим роботи суттєво зменшував час сеансів. У 5% хворих спостерігалася позитивна динаміка: поступово відновився діурез, відбувалось зниження рівня азотистих шлаків, покращувався загальний стан. У 2% випадків, нажаль, виникав летальний наслідок.

**Висновки.** Перевагою переддіалізного застосування більш щадящого методу ПС є попередження наростання ендотоксикозу, після якого виникає фаза анурії. Таке поєднання екстракорпоральних методів детоксикації, як нам здається, дає відчутну користь для хворого, яку важко переоцінити. Умовно розподіляючи еферентні методи детоксикації на «радикальні» і «менш радикальні», у певної категорії пацієнтів у фазі олігурії бажано застосувати «менш радикальні» (плазмсорбція). А у випадку тяжкої прогресуючої анурії завжди є в арсеналі діалізні методи детоксикації. Практика показала, що наступна діалізна терапія проходить більш сприятливо і ефeктивніше після попередньо проведеної ПС.

**Кифяк П.В.**

## **ВПЛИВ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ОПРОМІНЕННЯ АВТОКРОВІ НА ПЕРЕБІГ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШКІРИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II ТИПУ**

*Кафедра анестезіології та реаніматології*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Відомо, що на фоні ЦД роль збудників групи шкірних інфекцій набувають особливого значення, оскільки перебіг будь-яких гнійно-септичних захворювань відбувається на фоні ураження судинного русла у вигляді мікро- та макроангіопатій, що обтяжує інфекційний процес, додає йому різноманітних ускладнень та збільшує тривалість термінів госпіталізації. Також відомо, що у хворих із порушенням вуглеводного обміну на фоні гнійно-септичних захворювань відбувається викид контрінсулярних гормонів, що ускладнює, а часом і унеможлиблює адекватну корекцію рівня глікемії. За допомогою УФО впродовж тривалого часу успішно лікують захворювання різних систем та органів, в т.ч. шкіри, оскільки відомий його терапевтичний вплив на бактерії, віруси та спори різних грибків. Позитивну терапевтичну дію УФО крові пов'язують із багатьма ефектами: мембранотропним впливом на еритроцити та тромбоцити, фотомодифікацією поверхні клітин крові, їх активацією та позбавленням від біологічно активних речовин, судиннорозширювальною, прямою бактерицидною, десенсебілізуючою, протизапальною та іншими видами впливу як на сам організм, так і на інфекційні збудники.

**Мета дослідження.** Вивчити вплив ультрафіолетового опромінення крові (УФО) у хворих на інсулінонезалежний цукровий діабет II типу із захворюваннями шкіри гнійно-некротичного характеру (фурункульоз, карбункульоз, гідраденіт, бешиха), проявами яких були серозне або серозно-геморагічне запалення, а також загальні прояви інтоксикації (головний біль, гіпертермія, м'язові болі, лихоманка).

**Матеріал та методи дослідження.** Під час проведення УФО крові враховували глибину та площу ураження шкіри, а також локалізацію запального процесу. Під час розрахунків дотримувались стандартних схем: сеанси проводились через добу загальною кількістю 5 – 6, шляхом забору та реінфузії крові із розрахунку 1,5 – 2 мл/кг за допомогою апарату «Ізольда». Під час як забору і автотрансфузії крові проводилося дворазове ультрафіолетове опромінення за допомогою лампи ДРБ-8. Для стабілізації крові використовували гепарин дозою 2,5 тис. ОД у флаконі із 50 мл ізотонічного розчину. Також застосовували внутрішньовенне уведення гепарину в кількості 2,5 тис. ОД за 5 хв. до початку сеансу. Експозиційна доза коливалась в межах від 400 до 800 Дж/м<sup>2</sup>, що не спричиняє виникнення незворотніх змін в системі гомеостазу.

**Результати дослідження.** Вже після 3-4 сеансів в рані спостерігали покращення процесів регенерації із одночасною активацією некролізу протеолітичними ферментами і, як наслідок, прискорення відторгнення некротизованих тканин, утворення грануляцій та дозрівання новоутвореної сполучної тканини. У невеликого відсотку пацієнтів як під час, так і одразу після проведення процедури відзначали поколювання в ділянці рани, загальну слабкість, рідше озноб та головокружіння, які минали впродовж 5-10 хв після закінчення процедури без будь-якої медикаментозного лікування.

**Висновки.** Широкий спектр лікувальної дії УФО крові, швидкий ефект позитивних проявів, простота та економічність методу, а також відсутність вагомої негативної побічної дії роблять його методом вибору при лікуванні багатьох захворювань шкіри, що супроводжуються гнійно-септичними ускладненнями у хворих на ЦД.

**Ковтун А.І.**

## **ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ДЕТОКСИКАЦІЇ, ЗОКРЕМА ПЛАЗМАФЕРЕЗУ, ПРИ COVID-19**

*Кафедра анестезіології та реаніматології  
Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Коронавірусне захворювання (Covid-19) стало проблемою для всього людства. Більшість інфекцій протікають у легкій формі, але близько 6% інфекцій викликають критичні ситуації, такі як дихальна недостатність, шок та поліорганна недостатність, що клінічно проявляється синдромами гострого ураження нирок і печінки, гіперферитинемією та цитокіновим «штормом». Запальні цитокіни відіграють центральну роль респіраторному дистрес-синдрому дорослих. Одним з найбільш ефективних методів детоксикації організму є плазмаферез (ПФ). Це метод швидкого видалення з організму плазми крові з розчиненими в ній токсичними речовинами. Терапія плазмаферезом дозволяє видалити цитокіни та циркулюючі вірусні РНК одночасно. При сепсисі з ПОН ПФ покращує функцію органів за рахунок виведення запальних та антифібринолітичних медіаторів та заповнення антикоагулянтних білків для відновлення гемостазу. У порівнянні з іншими методами екстракорпоральної плазмаферез найменш шкідливий для організму і добре переноситься хворими. Спектр показів до ПФ широкий: захворювання серцево-судинної системи, ШКТ, ендокринні захворювання і порушення обміну речовин, алергічні стани, захворювання нервової системи, стани після тривалої антибактеріальної терапії. Протипоказаннями для проведення плазмаферезу є: абсолютні (важка патологія із сторони серцево-судинної системи, анемія, гіпопротейнемія, тромбоцитопенія, гіпокоагуляція, лихоманка, гіпотонія, яка не коригується інфузійною терапією) і відносні (відсутність венозного доступу, флебіти периферичних вен, алергічні реакції).

**Мета дослідження.** Вивчення патофізіологічних механізмів формування проявів COVID-19 і обґрунтування шляхів оптимізації детоксикаційної терапії методом плазмаферезу та вдосконалення методики його проведення, дослідження впливу сучасних методів детоксикації на стан хворого.

**Матеріали та методи дослідження.** У дослідження увійшли 57 хворих у віці від 21 до 76 років з синдромами гострого ураження нирок і печінки, гіперферитинемією, яким