

**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



складалася з 23 хворих, підгрупа Б (стан гіпокоагуляції) – з 27 хворих.

При загальноприйнятому лікуванні потенційна активність плазміногену і Хагеман-залежний фібриноліз залишалися нижчими за контроль аж до 7-ї доби спостережень, тоді як використання в лікувальному комплексі ентеросгелю сприяло відновленню резервів ферментативного фібринолізу і збільшенню інтенсивності Хагеман-залежного лізису фібрину вже на 5-у добу лікування. Завдяки цьому відбувалося прогресивне підвищення сумарної фібринолітичної активності крові, причому, виключно за рахунок ферментативного фібринолізу, оскільки неензиматичний лізис фібрину відповідав контрольним даним і динамічних змін не зазнавав.

На відміну від результатів при загальноприйнятому лікуванні динамічної кишкової непрохідності, ентеросорбція ентеросгелем призводила до поступового зниження вмісту в плазмі крові розчинних комплексів фібрин-мономеру і продуктів деградації фібрин/фібриногену, що за збільшення ферментативного фібринолізу свідчить про пригнічення процесів внутрішньосудинної генерації фібрину.

Зміни активності антиплазмінів, як швидко-, так і повільнодіючої їх фракції мали вторинний характер і свідчили про відновлення нормальної динамічної рівноваги у фібринолітичній системі плазми крові на 7-у добу лікування з використанням ентеросгелю, чого не спостерігалось у відповідні строки загальноприйнятої терапії.

Вплив ентеросорбції на систему ферментативного лізису фібрину мав генералізований характер і не обмежувався лише відновленням потенційної активності плазміногену – урокіназна активність сечі, яка була стабільно низькою у хворих з динамічною кишковою непрохідністю за гострого деструктивного панкреатиту, які отримували загальноприйнятий лікувальний комплекс, після застосування ентеросгелю перманентно зростала і на 7-у добу лікування не відрізнялася від контролю. Таким чином, застосування ентеросгелю в лікуванні хворих відновлює резерви ферментативного фібринолізу і сприяє швидкій нормалізації структури сумарної фібринолітичної активності плазми крові, що зменшує ступінь паравазальних порушень мікроциркуляції і внутрішньосудинного фібриногенезу.

При виписці хворих з динамічною кишковою непрохідністю за гострого деструктивного панкреатиту зазначимо, що і загальноприйнятий комплекс сприяв наприкінці лікування нормалізації потенційної активності плазміногену та інтенсивності Хагеман-залежного фібринолізу. Сумарна фібринолітична активність плазми крові також відповідала контрольному рівню, але порушення її структури зберігалось – частка неферментативного низькоефективного фібринолізу значно перевищувала контрольний рівень, тоді як ензиматичний лізис фібрину, навпаки, був нижчим за контроль. Залишалися явища внутрішньосудинної гемокоагуляції – концентрація у плазмі крові розчинних комплексів фібрин-мономеру і продуктів деградації фібрин/фібриногену була більшою.

Петрюк Б.В.

ОСОБЛИВОСТІ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ЕПІДЕРМАЛЬНИХ ОПІКІВ

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад

«Буковинський державний медичний університет»

Епідермальні опіки у дорослих становлять близько третини від загальної кількості випадків, у дітей перевищують половину. Найчастіше вони виникають в ранньому дитячому віці. Враховуючи те, що у дітей основним етіологічним чинником опіків є окріп та інші гарячі рідини з переважанням традиційного механізму травми (перекидання ємності з гарячим чаєм, кавою чи просто водою на себе), у потерпілих раннього дитячого віку найчастіше трапляються епідермальні опіки (II ст. за класифікацією Вишневського). Вони спричинені, зазвичай впливом окропу та інших гарячих рідин (чай, кава, молоко, картопляний відвар тощо), якщо експозиція не є тривалою. При цьому пошкоджуються лише поверхневі шари епідермісу, які відшаровуються плазмою, що фільтрується внаслідок підвищеної проникності судинної стінки. Саме це зумовлює появу міхурів.



Епідермальні опіки є прогностично сприятливими. Вони відносно швидко загоюються за рахунок проліферації базального шару епідермісу та епітелізації з країв. Завдяки збереженій базальній мембрані такі опіки не спричиняють рубців. Однак вони супроводжуються значним больовим синдромом і плазмолізатом.

Щоб уникнути частих болісних перев'язок, можна піти “шляхом найменшого спротиву” – застосувати відкритий спосіб місцевого лікування шляхом висушування опікової поверхні. Недоліком даного методу є деяке поглиблення опікових ран за рахунок дегідратації тканин паранекротичної зони. Інтенсивне висушування струпа призводить до всмоктування токсинів у рідкі середовища організму й підвищення рівня інтоксикації. Сама реалізація відкритого методу у дітей є доволі проблематичною. Окрім того, розташований у ділянці суглобів сухий струп унеможливує рухи, може тріскати й спричиняти кровотечу.

Закритий метод вимагає частих перев'язок, а це зайві дози анальгетиків чи препаратів для наркозу, значні витрати перев'язувального матеріалу та додаткова травматизація тканин.

На нашу думку, у випадку епідермальних опіків після ретельного туалету ранової поверхні оптимальним є використання ліофілізованих ксеноклаптів шкіри свині. Їх попередньо занурюємо у розчин антисептика (0,02% р-н декасану, 0,05% р-н хлоргексидину біглюконату) на 8-12 хв. залежно від його товщини. Після цього трансплантати накладаємо на ранову поверхню по її контуру з напуском на оточуючу шкіру до 1 см. Вони досить легко моделюються на опеченій поверхні й щільно прилягають до неї, однак їх надійно фіксуємо бинтовою пов'язкою, часом додатково еластичним бинтом. За розташування ран у проекції крупних суглобів для попередження зміщення клаптя бажано забезпечити іммобілізацію за допомогою шини з картону. Залежно від ступеня просякання пов'язок ексудатом, перев'язки можна виконувати через 2-3 доби. Така лікувальна тактика особливо ефективна, якщо потерпілий доставлений у перші години з моменту пошкодження. Бажано, щоб опікова поверхня до поступлення не була оброблена аерозолями чи засобами нетрадиційного лікування (мука, терта картопля, ячний білок, сметана та ін.). Метод дозволяє значно зменшити больові відчуття, уникнути тривалого висушування уражених ділянок чи щоденних болючих перев'язок. Застосування ліофілізованих ксенотрансплантатів шкіри свині дозволяє прискорити епітелізацію опікової поверхні на 2-3 доби навіть у випадку часткової мацерації клаптів чи їх незначного зміщення.

Польовий В.П.
ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
БАКТЕРІЙНИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
М'ЯКИХ ТКАНИН У СПОРТСМЕНІВ

Кафедра загальної хірургії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Гостра гнійна інфекція є досить поширеною в сучасній хірургії. Хворі з гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин становлять 30-40 % від загальної кількості пацієнтів хірургічних відділень і не спостерігається тенденції до зниження їх кількості. Витрати на лікування таких хворих у США перевищують 15 млрд. доларів щорічно, досягаючи 12% усіх витрат на охорону здоров'я.

У зв'язку із вищенаведеним, ми задались метою – покращити результати профілактики і лікування гнійно-запальних захворювань м'яких тканин у спортсменів шляхом розробки патогенетично обґрунтованого лікувально-профілактичного підходу.

Дослідженням охоплено 235 спортсменів із бактерійними гнійно-запальними захворюваннями шкіри та м'яких тканин. Клінічний матеріал було структуровано в чотири групи: основну, ретроспективну, першу контрольну та другу контрольну. Основну групу сформували 70 спортсменів, які лікувалися у клініці за нашими напрацюваннями. Ретроспективну групу сформували 100 пацієнтів, які лікувалися в клініці за традиційними методами. Першу контрольну групу склали 30 спортсменів без захворювання, які в період