

**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



Програма інтенсивної терапії дебюту тяжкого сепсису при застосуванні дофамінергічної підтримки сепсисіндукованої гіпотензії сприяє створенню компенсаторного гемодинамічного плато за показниками середнього артеріального тиску, хвилинного об'єму кровообігу, хвилинної роботи лівого шлуночка. Одним із показників оцінки стану барорефлекторної регуляції, волломорегуляторної функції системи кровообігу в пацієнтів із синдромом системної запальної відповіді та тяжким сепсисом за умови збільшення об'єму позаклітинного простору є корегована тиском частота. Серед дизрегуляторних змін при дофамінзалежній компенсації у пацієнтів із сепсисіндукованою гіпотензією у відповідь на збільшення об'єму позаклітинного простору спостерігається депресія барорефлекторної регуляції волломорегуляторної функції системи кровообігу та скоротливої активності міокарда. З'ясовано, що застосування L-аргініну в комплексі із сорбілактом при токсемії гнійно-септичного генезу підсилює гомеостатичну стратегію базової інфузійної терапії: збільшує серцевий викид, коефіцієнт насосної спроможності серця та зменшує загальний периферичний опір судин. Встановлено, що застосування L-аргініну сприяє покращенню кровотоку в різних ділянках МЦР. Найбільш виражений ефект спостерігається на рівні артеріол та корелює із загальним зростанням мікроциркуляції ($r = 0,71$, $p < 0,05$).

Кифяк П.В.

**КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ
УСКЛАДНЕНИМИ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ
ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ОПРОМІНЕННЯ АВТОКРОВІ**

Кафедра анестезіології та реаніматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Досліджено вплив ультрафіолетового опромінення (УФО) крові в хворих на різні запальні захворювання шкіри (фурункулез, карбункули, гідраденіти), що супроводжувалися серозним або серозно-геморагічним запаленням шкіри, а також загальними проявами інтоксикації, такими як головний біль, гіпертермія, м'язові болі, лихоманка. Збудником даної групи інфекцій частіше виступають стрепто- та стафілококи, β -гемолітичний стрептокок групи А. Ускладненнями та супутніми проявами були порушення лімфообігу, хронічна венозна недостатність, грибкові захворювання шкіри тощо.

Частка гнійно-септичних ускладнень, незважаючи на численність запропонованих на даний час антибактеріальних препаратів, залишається високою, що пов'язують як із набуванням резистентності мікрофлори до них, так і зниженням імунологічної реактивності організму.

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.

УФО крові проводили хворим на дану патологію, враховували глибину ураження та локалізацію запального процесу. Сеанси відбувались через добу кількістю 5 – 6, методом забору та реінфузії крові із розрахунку 1,5 – 2 мл/кг за допомогою апарату «Ізольда». Під час як забору, так і автотрансфузії, проводилося дворазове ультрафіолетове опромінення крові 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/м², що не спричиняє виникнення незворотніх змін в системі гомеостазу.

Після 3-4 сеансів в рані спостерігали покращення процесів регенерації із одночасною активацією некролізу протеолітичними ферментами, що, як відомо, прискорює відторгнення



некротизованих тканин, утворення грануляційних процесів, а також пригнічує запалення на фоні прогресивного розвитку і дозрівання новоутвореної сполучної тканини.

У невеликого відсотку пацієнтів як під час, так і одразу після проведення реінфузії опроміненої ультрафіолетом крові відзначали побічні явища - поколювання в ділянці рани, озноб, виражену загальну слабкість, головокружіння, які проходили впродовж 5 – 10 хв після закінчення процедури без будь-якої медикаментозної корекції.

Широкий спектр лікувальної дії УФО крові, швидкість терапевтичних проявів, явища пролонгованості його ефекту, простота та економічність методу, а також відсутність негативної побічної дії роблять його методом вибору при лікуванні багатьох захворювань, що супроводжуються гнійно-септичними ускладненнями.

Кушнір С.В.

ОСОБЛИВОСТІ БАЛАНСУ ІОНІВ НАТРІЮ У ХВОРИХ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ПОЄДНАНОГО З ТОКСЕМІЄЮ ГНІЙНО-СЕПТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

*Кафедра анестезіології та реаніматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

На сьогоднішній день актуальність розгляду питань, що стосуються цукрового діабету (ІНЦД) не залишає сумніву. Зокрема, не вивчено стан регуляторних систем на етапі формування доклінічного перебігу діабетичної нефропатії при гнійно-септичних ускладненнях.

Метою є дослідження балансу іонів натрію при ІНЦД поєднаного з гнійно-септичними ускладненнями за версією ранніх ознак дебюту діабетичної нефропатії.

Контрольні дослідження – пацієнти з синдромом системної запальної відповіді (SIRS, ICD – 10: R – 65,2). Досліджувану групу складали пацієнти з гострою хірургічною інфекцією різної локалізації асоційованої аеробної флори в практиці відділень хірургічного профілю ОКЛ після хірургічної санації джерела інфекції з наступним розвитком вторинної токсичної аутоагресії за шкалою клітинно-гуморального індексу інтоксикації – 20-60 б. (інформаційний лист №126-2017 «Анестезіологія»). До загальної коморбідності нозологій, що мали гнійно-септичні ускладнення належав ІНЦД: вік пацієнтів 42-65 р., глікемія становила 8-16 ммоль/л, глікозильований гемоглобін >7%, встановлений стаж – 5-10 р., корекція дієтою, режимом, таблетованими гіпоглікемічними засобами або інсуліном (9% пацієнтів); були зареєстровані різні клінічні прояви ангіопатії та нейропатії без суттєвих порушень функцій уражених органів та систем. Корекцію цукру в стаціонарі виконували інсуліном при глікемії >10ммоль/л. Досліджували баланс іонів натрію за умови довенної інфузії розчину Рінгера з розрахунку 3 мл/кг протягом 3 год. Сечу збирали катетером або довільно за 4 год. спостереження.

Згідно програми інтенсивної терапії хворі отримували розчин Рінгера. Дослідження балансу іонів натрію в цьому фрагменті інфузійної терапії показало, що надходження іонів натрію в складі р-цу Рінгера складало $91,7 \pm 1,23$ ммоль (n=53), екскреція за 4 год. – $83,9 \pm 2,03$ ммоль, що відповідало градієнту елімінації – $0,93 \pm 0,012$. У контрольних дослідженнях (n=30), відповідно – $95,1 \pm 1,87$ ммоль та $68,2 \pm 3,11$ ммоль при градієнті елімінації – $0,71 \pm 0,019$ (p<0,05). Аналіз цих результатів з урахуванням швидкості клубочкової фільтрації свідчить, що отримані зміни зумовлені більш високою фільтраційною фракцією натрію та зменшенням реабсорбованої у пацієнтів із ІНЦД та гнійно-септичними ускладненнями.

Отримані дані є підставою для подальшого вивчення факторів активації волюморегуляторної функції нирок, що задіяні при поєднанні ІНЦД з гнійно-септичними ускладненнями, в т.ч. за версією ранніх ознак дебюту діабетичної нефропатії.