

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016

Evans J.M. et al., 2010; Zhang Z.D. et al., 2011]. Проте, переломи даної локалізації є лідерами за кількістю ускладнень (до 30%) та незадовільних наслідків. Деякі автори повідомляють про розвиток деформуючого артозу з переходом у фіброзний анкілоз у 16% випадків. [Артемьев А.А. з співавт., 2009; Thordarson D.B., 2000; Bhattacharya T. et al., 2006; Barei D.P., 2008]. Причинами такого становища є у першу чергу порушення кровопостачання в зоні перелому та технічні проблеми при виконанні оперативного втручання. Метою дослідження є покращення анатомо-функціональних результатів лікування пацієнтів з осколковими внутрішньосуглобовими переломами дистального відділу кісток гомілки шляхом зменшення додаткового порушення кровопостачання відламків під час оперативного втручання за рахунок визначення архітекtonіки артеріальної сітки, точок входження живильних артерій в компактну речовину великогомілкової та малоомілкової кісток та диференційованого застосування розроблених технологій відкритого та закритого внутрішнього малоінвазивного остеосинтезу.

Результати досліджень дозволять адекватно, відповідно до визначених клінічних особливостей ураження дистального відділу кісток гомілки, проводити вибір технології остеосинтезу та створювати можливості для підвищення ефективності лікування зазначеного виду uszkodження. Отримані результати можна буде використати у відділеннях травматології лікувальних установ районного, міського та обласного рівня.

Впровадження результатів роботи в практику дозволить скоротити термін стаціонарного лікування, непрацездатності зменшення ризику інвалідизації пацієнтів.

**Візнюк В.В., Федорук О.С., Владиченко К.А., Степанченко М.С.**

#### ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНОЇ ЕЯКУЛЯЦІЇ

*Кафедра хірургії та урології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Передчасна еякуляція – це стан, при якому статевий акт триває недостатньо довго – кілька секунд або хвилин, також наявна незадоволеність від статевого акту в обох партнерів або хоча б в одного з них. Існує кілька визначень передчасної еякуляції, кожне з яких тією чи іншою мірою відображає проблему швидкого сім'явиверження і незадоволеність цим станом у сексуальних партнерів. Причини передчасної еякуляції: відсутність досвіду контролю сім'явиверження, висока чутливість статевих органів, запальні захворювання статевої системи, неврологічні захворювання і травми, алкоголізм і наркоманія.

Для діагностики гіперчутливості головки статевого члена проводиться лідокаїновий тест. Метод застосовують із діагностичною та лікувальною метою. Безпосередньо перед статевим актом на головку статевого члена наноситься гель з місцевим анестетиком. У разі збільшення тривалості статевого акту вважається доведеною гіперчутливість головки статевого члена як провідна причина ранньої еякуляції.

Сучасним методом лікування передчасної еякуляції при позитивному лідокаїновому тесті є імплантація гіалуронової кислоти в найбільш чутливі ділянки головки статевого члена. Ефективність цього методу сягає 75-80%. Ця маніпуляція рекомендується для використання як первинний метод лікування передчасної еякуляції, що володіє доведеною високою ефективністю, безпекою та швидкою реабілітацією пацієнта.

Цей метод дозволяє відокремити чутливі рецептори від поверхневого шару шкіри, що веде до зниження чутливості органа і подовжує тривалість статевого акту. У сучасній медичній практиці залежно від побажань пацієнта можливе введення різних видів гелю, розрахованих на різний термін повного розсмоктування. Після розсмоктування гелю гіалуронової кислоти у більшості пацієнтів формується стійка (часом довічна) установка на тривалий статевий акт.

**Владиченко К.А., Юзько В.О.\***

#### АНАЛІЗ ВИПАДКІВ АЗОСПЕРМІЇ

*Кафедра хірургії та урології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

*Медичний центр лікування безпліддя, м. Чернівці\**

Близько 15-20% подружніх пар у всьому світі мають проблеми з природним настанням вагітності. Порівняно з досягнутими успіхами в лікуванні жіночого безпліддя терапія чоловічого безпліддя залишається малоефективною.

Проаналізовано результати обстеження 3002 чоловіків, яким проведено дослідження спермограми згідно з рекомендаціями ВОЗ 2000 р., за допомогою інвертованого мікроскопа Olympus CKX41 у камері Makler. Розглянуто 293 випадки азооспермії. Середній вік чоловіків, які звернулися для обстеження, становив  $31,74 \pm 8,26$  року. За період з 2010 р. по 2013 р. серед 3002 обстежених чоловіків виявлено 293 випадки (9,76%) азооспермії. При порівняльному аналізі виявлено тенденцію до збільшення відсотка випадків азооспермії серед чоловіків, які проходили обстеження.

Переважаю найбільш випадків азооспермії зумовлено секреторною формою безпліддя (229 пацієнтів – 78,15%). Усім пацієнтам із обструктивною формою безпліддя запропоновано екстракцію сперматозоїдів шляхом оперативного втручання (PESA, TESA, MESA). За цієї форми безпліддя отримано життєздатні сперматозоїди у всіх пацієнтів. Пацієнтам із необструктивною формою чоловічого безпліддя екстракція сперматозоїдів переважно проводилася безпосередньо з тканин яєчка. На жаль, при секреторній формі тільки в

39% випадків отримано сперматозоїди та тільки у 12% випадків їх можна було застосувати в циклі IVF – ICSI. У 34 хворих (14,84%) із секреторною формою безпліддя при каріотипуванні виявлено хромосомні аномалії.

У 79 пацієнтів із азооспермією (26,96%) діагностовано гіпергонадотропний гіпогонадизм. Ці пацієнти мали значні морфологічні зміни яєчок, тому, враховуючи прогностично низьку вірогідність екстракції сперматозоїдів, було рекомендовано проведення програм допоміжних репродуктивних технологій із використанням донорської сперми.

При обстеженні двох пацієнтів із азооспермією встановлено діагноз ретроградної еякуляції. У цих осіб в анамнезі була травма поперекового відділу хребта. Сперматозоїди виявлено при дослідженні посторганної сечі. У двох пацієнтів виявлено тимчасову азооспермію внаслідок прийому анаболічних стероїдів, яка тривала 6-8 місяців.

У 21 пацієнта (7,16%) з азооспермією діагностовано наявність інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ). Лікування ІПСШ не призвело до змін показників спермограм.

Чітке з'ясування етіології азооспермії дає змогу запропонувати пацієнту найбільш оптимальний алгоритм лікування. У пацієнтів із обструктивною формою безпліддя екстракція сперматозоїдів шляхом оперативного втручання має ефективність 100%, а при секреторній формі – 39%.

**Войтів Я.Ю.**

#### ВИБІР ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ

*Кафедра хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Післяопераційні вентральні грижі (ПВГ) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної абдомінальної хірургії. Кількість ПВГ продовжує збільшуватись і вони вже займають друге місце після пахвинних гриж, складаючи 20–22% від загальної кількості. За даними літератури, висока частота ускладнень і рецидивів ПВГ пов'язана із застосуванням традиційних методик автопластичного закриття дефектів методом натягнення тканин, які здебільшого є дегенеративно зміненими, що зумовлює згодом неспроможність швів, утворення сером, гематом і нагноєння ран. З огляду на це, більшість хірургів все частіше надає перевагу застосуванню сучасних полімерних матеріалів для алопластичного закриття грижових воріт у лікуванні пацієнтів із ПВГ, що посприяло зниженню загальної частоти рецидивів до 5–8%. Вибір тактики лікування ПВГ принципово визначають: ширина грижових воріт, локалізація грижі, розміри діастазу прямих м'язів живота, об'єм органів, що розміщуються поза межами черевної порожнини, рівень внутрішньочеревного тиску. Отже, для кожного пацієнта потрібно приймати індивідуальне рішення.

Нами ретроспективно проаналізовано методи операційних втручань та результати хірургічного лікування 230 хворих з ПВГ у хірургічному відділенні Чернівецької обласної клінічної лікарні впродовж (ЧОКЛ) 2009-2013 років. Вік пацієнтів коливався від 30 до 89 років. Чоловіків було 44 (19,2%), жінок – 186 (80,8%). Більшість (82,6%) склали ПВГ з середньою локалізацією грижового дефекту.

Згідно SWR-classification ПВГ було розподілено на малі (до 5 см в поперечнику) – у 32 (14,1%), середні (5-10 см) – у 126 (54,7%), великі (10-20 см) – у 45 (19,5%), гігантські (більше 20 см) – у 11,7%.

При малих (W1 – дефект < 5 см) та середніх (W2 – дефект 5-10 см) післяопераційних вентральних грижах частіше використовували автопластичні методики (Мейо, Сапежко) та операції з розташуванням сітчастих алотрансплантатів поверх апоневрозу ("onlay"). При великих (W3 - дефект > 10 см) та гігантських (W4 - дефект > 20 см) післяопераційних вентральних грижах перевагу надавали розташуванню протезу "sublay" (ретромускулярно чи преперитонеально) та "inlay" (пластика дефекту черевної стінки протезом без його закриття тканинами апоневрозу). Всі операції з використанням сітчастих алотрансплантатів завершували дренажуванням ложа сітчастих імплантантів і підшкірної жирової клітковини з використанням вакуумної аспірації (дренажі Редона). Звертає на себе увагу динамічне зростання абсолютних і відносних показників кількості аллопластичних методів герніопластики при ПВГ. Так, у 2009 році у хірургічному відділенні ЧОКЛ аллопластичні методи пластики склали 13% від загальної кількості операцій при ПВГ, у 2010 році – 29%, у 2011 році – 40%, у 2012 році – 48%, у 2013 році – 54%.

Отже, правильний вибір способу операційного лікування потребує індивідуального підходу до кожного конкретного хворого, а належна передопераційна підготовка та післяопераційне лікування дозволяє звести до мінімуму післяопераційні ускладнення та зменшити частоту виникнення рецидивів.

**Гирла Я.В.**

#### ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ РЕЦИДИВУ ТИРЕОТОКСИКОЗА У ХВОРИХ ОПЕРОВАНИХ З ПРИВоду ТОКСИЧНИХ ФОРМ ЗОБА

*Кафедра хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

У значній частині пацієнтів, що перенесли оперативне втручання на щитоподібній залозі (ЩЗ) з приводу гіпертиреодних форм зоба, у різні строки післяопераційного періоду виявляються різні функціональні порушення ЩЗ. Найбільш частим є зниження тиреоїдної функції (гіпотиреоз), який після операції, залежно від



її обсягу, зустрічається від 18 до 68% випадків. На досить високому рівні залишається й післяопераційний рецидив гіпертиреозу, який зустрічається в 15-20% випадків оперованих хворих.

У зв'язку з цим, метою нашої роботи було виявлення ймовірних причин виникнення рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді та можливих способах його корекції.

Обстежено 35 хворих, які в анамнезі були оперовані з приводу гіпертиреоїдних форм зоба. Обсяг оперативного втручання залежав від тяжкості тиреотоксикозу, віку пацієнтів та обсягу ураження вузловою тканиною щитоподібної залози. В основному були застосовані органозберігаючі операції із збереження макроскопічно не зміненої тканини щитоподібної залози. Серед обстежених, у 20 пацієнтів (58,3%) порушень тиреоїдного статусу не діагностовано. У 10 хворих (27,7%) діагностовано різні ступені зниження функціональної активності ЩЗ (гіпотиреоз). Цім пацієнтам було призначено тривалу замісну терапію левотироксином, залежно від показників тиреоїдного статусу. Клінічно-лабораторні ознаки рецидиву гіпертиреозу у післяопераційному періоді виявлені у 5 (13,7%) пацієнтів. Для в'яснення ймовірних причин виникнення рецидиву гіпертиреозу у віддалені терміни після операції, нами досліджена активність процесів пероксидного окиснення, антиоксидантного захисту та імунологічної реактивності.

Встановлено, що у пацієнтів із рецидивом гіпертиреозу, порівняно з еутиреоїдним станом, мало місце порушення балансу між про- та антиоксидантною системами. А саме, надмірна активація процесів пероксидного окиснення (зростання рівня малонового альдегіду з  $5,71\pm 0,132$  до  $15,31\pm 0,131$  мкм/л; окиснювальної модифікації білків з  $1,38\pm 0,021$  до  $1,44\pm 0,015$  од.опт.густ/мл) на тлі суттєвого пригнічення активності антиоксидантної системи (каталази з  $23,37\pm 0,462$  до  $19,06\pm 0,661$  мкмоль/хв.л; глютатіону відновленого з  $1,03\pm 0,024$  до  $0,76\pm 0,032$  мкмоль/мл; загальної антиоксидантної активності плазми з  $55,02\pm 0,241$  до  $47,55\pm 0,072\%$ ).

Виявлено також, зниження питомої ваги Т-лімфоцитів ( $56,01\pm 1,832\%$  проти  $61,99\pm 1,121\%$  у пацієнтів з еутиреоїдним станом), зростання питомої ваги В-лімфоцитів ( $32,28\pm 1,722\%$  проти  $16,74\pm 0,773\%$  відповідно), значиме зростання концентрації IgG ( $13,06\pm 1,412$  проти  $10,26\pm 0,154$  г/л) та ЦІК ( $124,14\pm 15,434$  проти  $70,02\pm 4,051$  г/л). Вірогідно зростали рівні АТ-ТПО ( $156,07\pm 66,933$  проти  $31,48\pm 5,516$  МО/мл;  $p<0,01$ ) та АТ-ТГ ( $305,91\pm 57,017$  проти  $89,6\pm 8,81$  МО/мл;  $p<0,01$ ).

Проаналізована також, залежність рецидиву гіпертиреозу від обсягу оперативного втручання у цих хворих. Встановлено, що з 5 осіб, найчастіше рецидив гіпертиреозу виникав після виконання однієї субтотальної резекції ЩЗ (2 випадки) та гемітиреоїдектомії (3 випадки). У хворих, яким була проведена двобічна субтотальна резекція ЩЗ (19 випадків) та гемітиреоїдектомія із субтотальною резекцією контрлатеральної частки ЩЗ (12 випадків), у віддаленому післяопераційному періоді, спостерігався гіпо- та еутиреоїдний стан. Це свідчить, що надлишок залишеної паренхіми ЩЗ у хворих на гіпертиреоїдні форми зоба, є однією з причин рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді. Також, ймовірними факторами рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді можуть слугувати підвищена активність процесів пероксидації, особливо окисної модифікації білків, із пригніченням системи антиоксидантного захисту, що призводить до зміни структур тиреоцитів та тиреоїдних гормонів, які набувають антигенних властивостей, піддаються дії імунних реакцій, що з часом, може призвести до виникнення рецидиву гіпертиреозу після операції.

Моніторинг та ефективна корекція дисбалансу у системі пероксидації та антиоксидантного захисту, разом із адекватно підібраним обсягом оперативного втручання, є одним з шляхів запобігання виникненню рецидиву тиреотоксикозу у віддаленому післяопераційному періоді.

**Гресько М.М.**

#### **ДІАГНОСТИЧНЕ ТА ЛІКУВАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В УРГЕНТНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ ТА ОЦІНКА КРИТЕРІЇВ КОНВЕРСІЇ**

*Кафедра хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Сучасні можливості лапароскопічної хірургії дозволяють провести диференціальну діагностику гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, звести до мінімуму тривалість лікування з мінімальними економічними витратами, отримати максимально високі результати і забезпечити високу якість лікування. В той же узагальнюючих робіт, де були б визначені покази до використання малоінвазивних методів а також оцінка критеріїв, що спричиняють конверсію, в літературі явно недостатньо.

Метою роботи було узагальнити досвід використання лапароскопічних втручань у 5107 хворих з ургентною хірургічною, гінекологічною патологією та у хворих з торакальною патологією і встановити критерії, які спричиняють конверсію.

Під нашим наглядом знаходилося 5107 хворих на калькульозний холецистит віком від 16 до 84 (жінок – 4584 (89,86%), чоловіків – 523 (10,24%). Хронічний холецистит був у 2905 (56,88%) хворих, гострий холецистит - у 2202 (43,22%), (гангренозний - у 176 хворих, флегмонозний - у 914 хворих, катаральний - у 1112 хворих). Повторно лапароскопічні втручання виконані у 42 хворих з метою визначення наявності ускладнень в післяопераційному періоді. У 6 хворих лапароскопічні втручання використані для видалення кістозних



утворень печінки та серповидної зв'язки а у 64 хворих при гінекологічній патології (23 випадки кіст яєчників, 41 випадків - неплідність різного генезу. Як метод діагностики у 83 хворих застосовувалась лапароскопія, а у 56 хворих - торакаскопія.

Серед 2905 хворих на хронічний калькульозний холецистит у 1131 хворих мали місце злуки жовчного міхура з іншими органами, тканинами. Це призвело до конверсії у 43 хворих. З 2202 хворих на гострий калькульозний холецистит у 414 випадках зустрічався біляміхуровий інфільтрат, що стало причиною конверсії у 56 хворих. У 134 хворих була виконана конверсія. Причини конверсії при лапароскопії були: наявність короткої або широкої міхурової протоки - 17 хворих; пошкодження міхурової протоки або холедоуху - 19 хворих; пенетруюча виразка ДІК - 9 хворих; виникнення масивної кровотечі -28 хворих (20 хворих з гострим та у 8 хворих - з хронічним калькульозним холециститом); вклинений конкремент у міхуровій протоці - 12 хворих; підозра на наявність конкременту в залишеній куксі міхурової протоки - 9 хворих; наявність гематоми брижі попереочно-ободової кишки - 2 хворих; пошкодження товстої кишки внаслідок травми - 1 хвора. Причини конверсії при торакаскопії були кісти легень великих розмірів – 47 хворих.

Ми вважасмо за необхідне ширше ставити покази до використання малоінвазивних оперативних втручань у хворих в ургентному порядку. Це дозволило діагностувати хірургічну патологію в очеревинній порожнині у 76 хворих. Діагностична лапароскопія застосовувалась у 15 хворих з цирозом печінки у яких, крім біопсії печінки, виконана оментогепатопексія. Діагностична торакаскопія – у 19 хворих з пневмотораксом, причина якого була ліквідована шляхом коагуляції та у 46 хворих з кістами легень. Таким чином, при наявності труднощів у поточненні діагнозу потрібно ширше ставити покази для використання лапароскопічних втручань з метою визначення подальшої лікувальної тактики.

Отже, при гострому калькульозному холециститі оперативне втручання бажано робити в перші 48 годин від моменту захворювання. Враховувати вказані критерії, які спричиняють конверсію. Це дозволить більш раціонально обирати метод оперативного втручання та знаходити компроміс між бажаннями пацієнтів і можливостями вітчизняної ургентної хірургії.

**Гринчук А.Ф., Гринчук Ф.В., Полянський І.Ю.  
ДІАГНОСТИКА ПОШИРНОСТІ ПЕРИТОНІТУ**

*Кафедра хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Відомо, що правильний діагноз є запорукою успішного лікування будь якого захворювання. Значної актуальності питання діагностики набувають в умовах перитоніту, оскільки визначення певної його форми визначає подальшу тактику, обсяг лікування й, відповідно, наслідки. Слід зауважити, що підходи різних дослідників до визначення тактики при перитоніті суттєво, іноді кардинально, відрізняються. Однією з основних причин таких розбіжностей є відсутність загальноприйнятої класифікації перитоніту, причому суперечності стосуються практично всіх складових існуючих варіантів. Одним із найбільш суперечливих питань залишається розподіл перитоніту за поширеністю. Між тим, саме остання значною мірою визначає його тяжкість і, відповідно, хірургічну тактику, а у підсумку – наслідки. В даний час основним розмежувальним критерієм такого поділу вважають 9 анатомічних областей передньої черевної стінки.

Всі дослідники поділяють перитоніт на дві основних форми: місцевий і розповсюджений. Одне трактування останнього різко відрізняється. Зокрема, такий перитоніт поділяють на дифузний, що займає 2 – 3 анатомічних ділянки, розлитий, який поширюється на 4 – 6 ділянок, та загальний, що захоплює більше 6–ти зон. Водночас, є думка про недоцільність окремого виділення розлитого та загального перитоніту, що аргументується відсутністю суттєвих відмінностей клінічних проявів.

Вважаємо за необхідне відзначити, що часто заперечення необхідності деталізації розповсюдження запального процесу не відповідає принципам вибору тактики, оскільки обсяг санації очеревинної порожнини та метод завершення операції залежить від поширеності перитоніту на певну кількість анатомічних ділянок. Неоднозначно висвітлюються також питання стадійності перитоніту. Деякі дослідники її заперечують, інші виділяють 2, 3, або 4 стадії. Такі розбіжності значною мірою зумовлені різними поглядами на поширеність перитоніту, яка суттєво визначає стадійність розвитку. Між тим, відсутність єдиної класифікації має не стільки академічне, скільки важливе практичне значення, оскільки створює передумови для розбіжностей у підходах до лікування гострого перитоніту і трактування його результатів. Це свідчить, що дана проблема потребує подальшого поглибленого вивчення. Основною причиною розбіжностей у поглядах на поширеність, тяжкість, стадійність перитоніту є відсутність чітких критеріїв визначення. Межі запального процесу в очеревинній порожнині визначаються суто суб'єктивно на підставі візуальної оцінки змін тканин, наявності гіперемії, набряку, інфільтрації, нашарувань фібрину, ексудату тощо. І цілком зрозуміло, що в умовах поширеного запального процесу часто чітко визначити його межі за такими ознаками неможливо.

З метою вдосконалення діагностики нами в експерименті апробований метод, заснований на визначенні інтенсивності люмінесценції очеревини. Для цього у нелінійних білих шурів з моделями перитоніту проводили опромінення очеревини монохроматичним лазерним променем, джерелом якого був аргоновий лазер ЛГН–503, що випромінює на довжині хвилі 458 нм із потужністю 200 мВт.