

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



МАТЕРІАЛИ

**105-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
присвяченої 80-річчю БДМУ
05, 07, 12 лютого 2024 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2024 році № 3700679

Чернівці – 2024

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали підсумкової 105-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2024. – 477 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 105-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Грицюк М.І., професор 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.

професорка Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професорка Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професорка Хухліна О.С.

професор Слободян О.М.

професорка Ткачук С.С.

професорка Годоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професорка Годованець О.І.

ISBN 978-617-519-077-7

© Буковинський державний медичний
університет, 2024

Матеріали с методи дослідження. 40 білих щурів: 10 – контроль, 30 – дослід. У контролі вимірювали спектри люмінесценції стінок початкового, середнього і дистального відділів тонкої кишки. У досліді перев'язували петлю початкової (10 тварин), середньої (10 тварин) і дистальної (10 тварин) частини тонкої кишки з брижею. Через 6 год вимірювали спектри люмінесценції стінок тонкої кишки у привідній, відвідній і перев'язаній ділянках. Після вимірювання ділянки кишок забирали на гістологічне дослідження. Стінки кишок опромінювали монохроматичним лазерним променем, джерелом якого був аргонний лазер ЛГН-503 з довжиною хвилі 458 нм із потужністю 200 мВт. Перевірку закону розподілу вибірок на нормальність проводили за допомогою критерію Шапіро-Віллка. Для перевірки гіпотези про рівність середніх використовувався критерій Вілкоксона, оскільки розподіл даних у вибірках відрізнявся від нормального.

Результати дослідження. Гістологічні дослідження у контролі: відсутність змін структури кишок. Гістологічні дослідження у привідних ділянках кишок: морфологічні порушення без ознак некрозу (дистрофія, набряк); у відвідних ділянках – незначні зміни (повнокров'я венозних судин); у перев'язаних ділянках – некроз. Показники інтенсивності люмінесценції (ІЛ) суттєво відрізнялися на життєздатних і некротизованих ділянках. На довжинах хвиль $\lambda = 474$ нм і $\lambda = 489$ нм виявлені питомі максимуми ІЛ. Ми оцінили співвідношення показників ІЛ на цих довжинах хвиль у стінках різних ділянок кишки. У контролі показники відношення у початковій частині тонкої кишки були $22,53 \pm 1,44$ од, у середній частині – $19,09 \pm 1,89$ од, у дистальній частині – $23,58 \pm 1,98$ од. Істотних відмінностей між показниками не було ($p > 0,05$). На нежиттєздатній кишці показники відношення у початковій частині кишки були $11,58 \pm 3,26$ од, у середній частині – $7,40 \pm 0,66$ од, у дистальній частині – $8,08 \pm 0,62$ од. Істотних відмінностей між показниками не було ($p > 0,05$). Відмінності показників відношення інтенсивності люмінесценції життєздатної кишки (контроль, відвідна кишка) і нежиттєздатної кишки були істотними в початковому відділі ($p < 0,01$), в середньому відділі ($p < 0,05$), в дистальному відділі ($p < 0,01$). Середні показники відношення інтенсивності люмінесценції життєздатної кишки ($21,81 \pm 1,05$ од) і нежиттєздатної кишки ($11,66 \pm 1,63$ од) також істотно відрізнялися ($p < 0,01$). Показники відношення інтенсивності люмінесценції ділянок кишки з дистрофічними змінами (привідна ділянка) були в межах 13-17 од.

Висновки. Відношення показників інтенсивності люмінесценції стінок тонкої кишки на довжинах хвиль $\lambda = 474 / \lambda = 489$ нм статистично істотно відрізняється у ділянках кишок без порушення життєздатності і ділянках кишки з некрозом. Показники відношення $>$ за 17 од свідчать про відсутність змін життєздатності, показники в межах 13-17 од – про морфологічні зміни без некрозу, показники $<$ за 13 од – про некроз кишки.

Гресько М.М.

ЛКУВАЛЬНІ АСПЕКТИ ГІГАНТСЬКИХ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ НА ФОНІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Кафедра хірургії № 1

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Сучасні дані медичної статистики свідчать про підвищення частоти формування післяопераційних вентральних гриж до 10 % у плановій хірургії і до 32–35 % в ургентній хірургії, а також про високу частоту рецидиву цієї патології – 30–60%. Такі результати зумовлені збільшенням кількості операційних втручань у сучасній хірургічній практиці, розширенням їх об'єму, зростанням кількості оперованих пацієнтів літнього і старечого віку, а також патологічними змінами в тканинах передньої черевної стінки та їх надмірним натягненням внаслідок хірургічного втручання. Лікування післяопераційних вентральних гриж є достатньо важким завданням герніології бо це пацієнти в основному літнього і старечого віку із різною супутньою патологією.

Мета дослідження. Вивчити питання покращення фізичної, соціальної реабілітації після операції та зменшення кількості післяопераційних рецидивів гриж передньої черевної стінки.

Матеріал і методи дослідження. Під нашим наглядом знаходилось 13 хворих на рецидивну післяопераційну вентральну грижу великих розмірів, віком від 36 до 72 (жінки – 3 (23,08%), чоловіків – 10 (77,92%).

Результати дослідження. Особливо наглядною є випадок із 69 річною хворою. Вона перенесла в анамнезі 7 операційних втручань на органах очеревинної порожнини в тому числі і грижесічення, після яких практично життя стало мукою. Вона зверталася неодноразово до спеціалістів і весь час отримувала відмову, так як даний дефект передньої черевної стінки стандартними методами лікуванню не піддавався. Ситуація ускладнювалась наявністю у хворої наявність важкої супутньої патології, а саме – цукрового діабету 2 типу, важкої форми та ішемічної хвороби серця а також злукової хвороби і 5 річної хронічної нориці передньої черевної стінки. Враховуючи це хворій проведено передопераційну підготовку у ендокринолога та кардіолога на протязі 3-х тижнів.

Об'єм операційного втручання був наступний: Середина лапаротомія двома окаймляючими пупок розрізами. Вісцероліз. Витягнуто грижовий мішок із лівого бокового каналу, а з нього витягнуто петлю тонкої кишки. Контроль гемостазу - сухо. Виконано ушивання дефекту у апоневрозі у лівому боковому каналі після чого зроблено лапаротомну інтраперитонеальну ІРОМ+. Апоневроз звести практично не можливо, тому він фіксований до інтраперитонеального трансплантата. Після чого на сітку встановлено дренаж Редона. Операційна рана пошарово ушита. Після чого двома окаймляючими розрізами висічено норицю у ділянці лівої пахової ділянки. У основі нориці знайдено 5 шовкових лігатур. Все це висічено, видалено. Операційна рана пошарово ушита. Йод. Асептична пов'язка.

Дане оперативне втручання з використанням високотехнологічної новітньої методики дозволило не тільки ліквідувати грижові дефекти передньої черевної стінки та хронічну багаторічну норицю, але і повернути хвору до нормального активного життя.

Висновки. 1. Запровадження сучасної новітньої технології використання композитних сіток шляхом розміщенням в очеревинній порожнині, є «золотим» стандартом при гігантських розмірів грижах в особливо технічно складних випадках.

2. Своєчасне застосування композитних сіток є великою опорою для досвідченого фахівця, який володіє різноманітними методиками відновних та реконструктивних операцій з урахуванням наявності чи відсутності супутньої патології.

Левицька С.А.

ХРОНІЧНИЙ РИНОСИНУСИТ ЯК СУПУТНЯ ПАТОЛОГІЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

*Кафедра дитячої хірургії, отоларингології та офтальмології
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Хронічний синусит (ХС) як чинник розвитку гострих порушень мозкового кровообігу (ГПМК) визнається багатьма науковцями. Так, стверджують, що ризик розвитку ГПМК майже вдвічі більший у пацієнтів з ХС. Причому як чинник ризику розвитку ГПМК ХС випередив навіть цукровий діабет і нікотинову залежність.

Патогенетичний вплив хронічного вогнища запалення в придаткових синусах на перебіг ГПМК часто недооцінюється, оскільки самі рентгенологічні ознаки синуситу не описуються радіологами при КТ- чи МРТ-дослідженні пацієнта з ГПМК. Дискутабельним залишається питання яка форма і поширеність ХС має вплив на розвиток ГПМК, оскільки зазвичай рентгенологічні ознаки ХС є безсимптомною знахідкою із локальним враженням одного-двох синусів.

Мета дослідження. Полягала у встановленні частоти рентгенологічних ознак хронічного запального враження при носових пазух у хворих на ГПМК.