

**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

пухлини другого типу (+1663 G/A TNFR2) асоційовані з клініко-лабораторними показниками та клінічним перебігом гострого панкреатиту. Також молекулярно-генетичні фактори +2500/0 і +250AАл лімфотоксину пов'язані з раннім розвитком гнійно-септичних ускладнень гострого деструктивного панкреатиту.

**Висновки.** Даний алгоритм діагностики з урахуванням генетичних поліморфізмів генів цитокінів та їх рецепторів дозволяє достовірно у 15,7% хворих з легким панкреатитом прогнозувати перебіг середньої важкості та у 9,7% із середньотяжким панкреатитом прогнозувати тяжкий перебіг. Визначена на підставі даного алгоритму нова лікувальна тактика дозволяє достовірно знизити кількість «відкритих» операцій, зменшити кількість гнійно-септичних ускладнень та покращити результати лікування хворих на гострий панкреатит.

**Петелицький О.О.**

## **ПОТЕНЦІЙНА РОЛЬ ЗБУДНИКІВ ГОСТРИХ РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ФОРМУВАННІ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ**

*Кафедра загальної хірургії, урології та нейрохірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** В етіології абдомінального сепсису (АС) значне місце посідають інфекції ретроперитонеального простору, зокрема, гострі гнійно-запальні захворювання нирок та паранефральної клітковини (ГГЗЗНПК), в етіології яких провідну роль більшість сучасних дослідників відводять мікроорганізмам. В якості безпосередньої причини ГГЗЗНПК можуть бути як мікроби, що постійно мешкають в організмі (ендогенна інфекція), так і ті, що потрапляють із зовнішнього середовища (екзогенна інфекція). Доступні дані мікробіологічних досліджень хворих на ГГЗЗНПК показують відсутність специфічного збудника захворювання. ГГЗЗНПК можуть бути викликані мікробами, що постійно мешкають в організмі людини, а також мікрофлорою, що проникає в організм з навколишнього середовища. Збудниками найчастіше виступають представники автохтонної факультативної флори – кишкові мікроорганізми, зокрема умовно-патогенні ентеробактерії та різноманітні коки. Мікроорганізми різних таксономічних груп потрапляють у нирки гематогенним, лімфогенним та висхідним шляхами. У зв'язку з вищевикладеним виникає цілком обґрунтована гіпотеза стосовно значення мікроорганізмів – збудників ГГЗЗНПК у розвитку АС.

**Мета дослідження.** Метою дослідження є вивчення таксономічного складу та популяційних рівнів мікроорганізмів – збудників ГГЗЗНПК.

**Матеріал та методи дослідження.** Дослідження виконано з ретельним дотриманням вимог біоетики та охоплювало 145 хворих на гострі гнійно-запальні захворювання нирок та паранефральної клітковини, що лікувались в клініці загальної хірургії, урології та нейрохірургії Буковинського державного медичного університету. При дослідженні видового складу та популяційного рівня мікрофлори хворих на ГГЗЗНПК, відповідний матеріал (сечу) вносили у стерильні пробірки і додавали ізотонічний розчин хлориду натрію з розрахунку 1:10. У подальшому готували ряд серійних десятиразових розведень (від  $10^{-2}$  до  $10^{-12}$ ) у стерильному ізотонічному розчині NaCl. З кожної пробірки титраційного ряду стерильною мірною мікропіпеткою відбирали 0,1 мл суміші та наносили її на поверхню відповідного селективного до кожної групи мікроорганізмів щільного живильного середовища. Після цього стерильним скляним шпателем ретельно розтирали краплю суміші по всій поверхні середовища, підсушували чашки та інкубували в термостаті або в анаеростаті в залежності від типу метаболізму мікроорганізму. Після інкубації підраховували кількість життєздатних бактерій – колонієутворювальних одиниць (КУО).

**Результати дослідження.** Найвищий популяційний рівень у хворих на ГГЗЗНПК мають ентеротоксигенні ешерихії, у звичайних кишкових паличок він є нижчим на 21,97 %, у протея – на 25,89%. Популяційний рівень золотистого стафілокока нижчий від ентеротоксигенних ешерихій усього на 6,50%, але вищий на 14,53%, ніж популяційний

рівень у звичайних кишкових паличок. За коефіцієнтом кількісного домінування (ККД) і коефіцієнтом значущості (КЗ) домінуючими мікроорганізмами, що персистують у першій порції сечі хворих на ГГЗЗНПК є кишкові палички та інші ентеробактерії, ККД яких досягає 63,60%. Золотистий стафілокок посідає друге місце за ККД і КЗ. За популяційним рівнем (>5,0 lg КУО/мл) всі наведені мікроорганізми є збудниками ГГЗЗНПК, але провідне місце посідає звичайна кишкова паличка та ентеротоксигенна ешерихія.

**Висновки.** Провідними збудниками ГГЗЗНПК та формування АС у цієї категорії хворих, за одержаними нами даними, можуть бути патогенні та умовно-патогенні ентеробактерії (звичайні кишкові палички, ентеротоксигенні ешерихії і протеї), а також золотистий стафілокок. Дослідження доцільно розвинути у аспекті застосування отриманих даних для прогнозування АС.

**Петрюк Б.В.**

## **ВІЛЬНА АУТОДЕРМОПЛАСТИКА У ВИПАДКУ РАНОВИХ ДЕФЕКТІВ ШКІРИ**

*Кафедра загальної хірургії урології та нейрохірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Дефекти шкірних покривів надзвичайно різноманітні. Переважно вони можуть виникати під впливом механічного чинника при пораненнях, внаслідок змертвіння шкіри у результаті дії механічного, термічного чи хімічного агента, хронічних порушень гемодинаміки та мікроциркуляції. Нерідко такі ранові дефекти не мають змоги самостійно епітелізуватися через значні розміри або слабку здатність тканин до регенерації.

**Мета.** Вибір оптимального варіанту шкірної пластики. Пластика місцевими тканинами одноосібно може вирішити проблему при відносно невеликих дефектах. У інших випадках можлива її комбінація з вільною шкірною пластикою. Однак поширені ранові поверхні можливо ліквідувати лише за допомогою великих епідермо-дермальних трансплантатів, взятих ручним або електричним дерматомом.

**Результати дослідження.** Абсолютна товщина клаптя визначається показами до трансплантації та особливостями донорського місця. У випадку поширених глибоких опіків за дефіциту ресурсів аутошкіри, слід брати клапті товщиною не більше 0,2 мм. Вони дуже добре приживають за умови готовності ранової поверхні, а донорські рани швидко загоюються. Якщо потрібно ліквідувати ранову поверхню без урахування майбутнього функціонального навантаження, слід брати тонкі клапті. Трансплантати товщиною 0,3-0,4 мм за хорошого стану грануляції приживають добре та дають повноцінний шкірний покрив, який може витримувати помірні механічні навантаження. Чим більше механічне навантаження буде нести трансплантат, тим він повинен бути стійкішим до зовнішніх впливів. Визначаючи потрібну товщину епідермо-дермального клаптя, необхідно враховувати і загальну товщину шкіри донорського місця. Так, на спині, сідницях вона сягає 1,5-2 мм, а на внутрішній поверхні стегна, животі не перевищує 1 мм. Таким чином, клапоть товщиною 0,5 мм, взятий зі спини, включає третину товщі шкіри даної локалізації. Такий же клапоть, взятий із живота, буде включати половину товщі шкіри. Відповідно різною буде глибина донорських ран і терміни їх загоєння. Крім того, можливі різні наслідки такого загоєння аж до утворення гіпертрофічних рубців. Також має значення вік пацієнта. Відомо, що у жінок і дітей шкіра відносно тонша, тому донорські рани у них є глибшими.

Проводячи вільну шкірну пластику безпосередньо на грануляції, слід враховувати давність самого патологічного процесу. Бліді, атрофічні скловидні грануляції мало придатні для ВШП. У випадку наявності тривалий час існуючих ран під грануляціями обов'язково присутній товстий шар сполучної тканини, тобто рубцевий масив. Відомо, що рубці не є найкращою основою для сприйняття та подальшого живлення трансплантата, тому там, де є можливість, доцільніше висікти гранулючу рану разом зі всією товщею рубця і виконати вторинну вільну шкірну пластику. Зрозуміло, що така лікувальна тактика потребує більш інтенсивної передопераційної підготовки хворого та адекватного знеболювання, а також збільшує травматичність оперативного втручання.