

**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

своєрідним «золотим стандартом» в діагностиці травматичних ушкоджень ОГК. Однак РКТ на сьогоднішній день потребує значних економічних затрат, багато часу, не може виконуватися у гемодинамічно нестабільних пацієнтів, водночас, досить часто на первинних етапах обстеження діагноз пацієнта ґрунтується на основі рентгенографії та ультразвукової діагностики (УЗД).

Мета дослідження. Мета – підвищити інформативність діагностики травматичних ушкоджень органів грудної клітки шляхом впровадження в алгоритм променевого обстеження методу ультразвукової діагностики протягом всіх етапів динамічного спостереження клінічного перебігу захворювання.

Матеріал та методи дослідження. Проаналізовані результати обстеження 96 постраждалих з травмою ОГК, усі хворі підписували формуляри інформованої згоди. 1 група – без ушкодження легеневої тканини (n=50, 52,1%), 2 група – з ушкодженнями легеневої тканини (n=46, 47,9%). Завданням синдромальної діагностики було виявлення ушкодження ОГК методом УЗД та рентгенографії з порівнянням їх діагностичних можливостей у гострому періоді травми та при динамічному моніторингу перебігу захворювання.

Результати дослідження. Синдром ураження м'яких тканин грудної клітки визначався методом УЗД у 76 (79,2%) пацієнтів. У 1 групі зміни м'яких тканин виявили у 31 (62,1%) пацієнта, у 2 групі – у 45 (97,8%) пацієнтів $p < 0,01$). Підшкірна емфізема була діагностована тільки у пацієнтів з ушкодженням легеневої тканини – 8 (17,0%). набряк м'яких тканин визначався у 46 (47,4%) пацієнтів, з них у 1 групі – у 22 (44,0%), у 2 групі – у 24 (52,2%) пацієнтів. У 11 (23,9%) потерпілих набряк м'яких тканин спостерігався в поєднанні з переломом ребер, у 3 (6,5%) – із забиттям легені, у 9 (19,6%) – з пораненням грудної клітки, у 8 (17,4%) – з підшкірною емфіземою та у 15 (32,6%) – з гематомою грудної стінки. Гематома м'яких тканин виявлена у 18 (18,8%) пацієнтів, з них 8 (44,4%) пацієнтів 1 групи і 10 (55,6%) – 2 групи. Серед 18 пацієнтів з гематомою грудної стінки, 12 (66,7%) були оглянуті впродовж першої доби після травми, з них 7 (58,3%) пацієнтам провели пункцію гематоми, з видаленням рідкого вмісту. Всіх пацієнтів спостерігали від 10 до 30 днів. В 1-го пацієнта на 6 день визначили нагноєння гематоми. Частковий розрив м'яза візуалізували в 4 (4,2%) випадках, з них у 1 (25,0%) пацієнта 1 групи та в 3 (75,0%) пацієнтів 2 групи. Ознаки синдрому ушкодження м'яких тканин були виявлені методом УЗД у всіх випадках, рентгенологічно лише в 29 випадках (63,1%, $p < 0,05$). Порушення цілісності хрящової частини ребра за допомогою УЗД було діагностовано у 21 (21,9%) пацієнта, з яких у 8 (8,3%) випадках – з ушкодженням та у 13 (13,6%) – без ушкодження легені. Синдром гемо- та пневмотораксу визначався у 47 (49,0%) пацієнтів. Гемоторакс зустрічався в 1 групі у 2 (4,0%) пацієнтів, в 2 групі – у 33 (71,7%) пацієнтів ($p < 0,001$). Пневмоторакс спостерігався у 36 (78,3%) постраждалих 2-ї групи; поєднання гемо- та пневмотораксу – у 24 (52,2%) пацієнтів з ушкодженнями легень.

Висновки. УЗД є методом вибору діагностики ушкоджень м'яких тканин грудної стінки, виявлення лінії перелому хрящової частини ребра, діагностики гемо- та пневмотораксу. УЗД дозволяє диференціювати характер ушкодження легені при закритій травмі ОГК та проводити динамічний моніторинг патологічного процесу.

Соловей М.М.

МЕТОД ПРОЛОНГОВАНОЇ АЕРОДИСПЕРСНОЇ САНАЦІЇ ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ У ХВОРИХ НА ПОШИРЕНИЙ ПЕРИТОНІТ

*Кафедра загальної хірургії, урології та нейрохірургії
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Лікування пацієнтів з гострими захворюваннями органів черевної порожнини, ускладненими перитонітом, є складною та важливою проблемою в хірургії, оскільки захворюваність немає тенденції до зниження, а летальність за умови приєднання

поліорганної недостатності може досягати 80–90%. Це обумовлює пошук нових методів діагностики та лікування цього грізного ускладнення.

Мета дослідження. Розробити спосіб санації очеревинної порожнини та оцінити його ефективність.

Матеріал та методи дослідження. При хірургічному лікуванні хворих на розлитий перитоніт контрольної групи (n=19) застосовувалась загальноприйняті способи санації очеревинної порожнини при програмованих релапаратоміях. У дослідній групі (n=16) окрім загальноприйнятих способів інтраопераційної санації, нами використовувався власний розроблений спосіб післяопераційної санації очеревинної порожнини. Причинами перитоніту у цих пацієнтів були: гостра кишкова непрохідність, защемлена кіла, перфоративні виразки шлунку і ДПК, деструктивний апендицит, гострий холецистит, післяопераційний перитоніт.

Спосіб запропонованого методу пролонгованої аеродисперсної санації очеревинної порожнини в післяопераційному періоді заснований на використанні аеродисперсної суміші, який складається з дисперсної фази (лікарська речовина) та дисперсного середовища (повітря). Сутність методу полягає у використанні переваг аерозольної доставки лікарських речовин та підвищеного атмосферного тиску в очеревинну порожнину з послідуочим її дренажуванням через 3 години. Система для санації очеревинної порожнини в післяопераційному періоді керованим підвищеним тиском аеродинамічною сумішшю складається з таких компонентів: джерело підвищеного тиску – компресор; розпилювач суміші, який розміщувався над великим сальником, що дозволяє чинити антибактеріальну та антисептичну дію ;дренажна система.

Результати дослідження. Програмовані релапаратомії проводили пацієнтам обох груп, дослідній групі виконували пролонговану аеродисперсну санацію очеревинної порожнини в післяопераційному періоді, тяжкість перитоніту яких оцінювалася понад 16 балів. При цьому у хворих 2-ї підгрупи дослідної групи до початку санаційних заходів у середньому становив $21,3 \pm 0,18$ бали, у хворих 3-ї підгрупи – $32,7 \pm 1,04$ бали; у хворих контрольної групи – $20,9 \pm 0,23$ та $33,1 \pm 0,15$ балів відповідно.

Після проведення санаційних заходів у хворих 2-ї підгрупи дослідної групи відзначено зниження МПП до $8,6 \pm 0,12$ балів, у хворих 3-ї підгрупи – до $25,3 \pm 0,15$ балів. У хворих групи порівняння, що вижили, в ці ж терміни також відмічене достовірне зниження МПП ($8,5 \pm 0,11$ і $24,3 \pm 0,25$ балів відповідно).

Висновки. Аналіз післяопераційних ускладнень у хворих, яким у післяопераційному періоді були потрібні санаційні заходи, показав, що запропонований спосіб ПАСОП у хворих 2-ї підгрупи основної групи з МПП від 16 до 29 балів дозволив знизити кількість післяопераційних ускладнень з 34% до 24% ($p < 0,05$).

Соловей Ю.М.

МЕТОД СТОКС-ПОЛЯРИМЕТРИЧНОГО КАРТОГРАФУВАННЯ МІКРОСКОПІЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ ГІСТОЛОГІЧНИХ ЗРІЗІВ СЕЛЕЗІНКИ ПРИ АБДОМІНАЛЬНОМУ СЕПСИСІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

*Кафедра загальної хірургії, урології та нейрохірургії
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Абдомінальний сепсис (АС) на сьогодні є найбільш складною проблемою ургентної хірургії та головною причиною летальності, яка утримується на досить високому рівні та не має тенденції до зниження і складає від 19 до 70 % .

Мета дослідження. Розробка і експериментальна апробація нової цифрової методики об'єктивної диференціальної діагностики ступеня важкості абдомінального сепсису шляхом статистичного аналізу флуоресцентних вектор-параметричних поляризаційних зображень гістологічних зрізів селезінки лабораторних щурів.

Матеріал і методи дослідження. Експериментальні дослідження проведенні на 273 білих нелінійних статевозрілих щурах обох статей масою від 180 до 220 г. Тварин