

**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

порівняння утворили 248 осіб, які отримували лікування згідно із клінічними протоколами надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота. Основну групу склали 74 хворих на вищезазначені захворювання органів черевної порожнини, які отримували лікування, згідно із запропонованим нами лікувально-тактичним підходом.

**Результати дослідження.** Отримані результати дослідження вказують, що в основній групі вірогідно переважає кількість випадків застосування різноманітних методів запобігання розвитку ПЕ та їх комбінацій. Слід відмітити на 8,9% ( $p < 0,05$ ) меншу кількість випадків ПЕ в основній групі пацієнтів. Проводячи аналіз післяопераційної летальності, необхідно зазначити, що кількість летальних випадків, в групі порівняння, становило 53 (21,4%) особи, що на 9,2% ( $p < 0,05$ ) більше ніж в основній групі 9 (12,2%) осіб. Термін виникнення ПЕ у групі порівняння становив  $7,4 \pm 0,32$  діб, що в 1,32 раза ( $p < 0,01$ ) менше, ніж в основній групі, де він становить  $9,8 \pm 0,55$  діб.

**Висновок.** Застосування запропонованого лікувального підходу спрямованого на попередження виникнення ПЕ у хворих на хірургічну патологію ОЧП, виявилось досить ефективним, про що свідчить зниження частоти виникнення ПЕ на 8,9% ( $p < 0,05$ ), післяопераційної летальності – на 9,2% ( $p < 0,05$ ) та скорочення середнього терміну перебування у стаціонарі – на  $1,2 \pm 0,24$  ( $p < 0,001$ ) доби.

**Кравчук С.Ю.**

## **АЛГОРИТМ ЗАСТОСУВАННЯ МРТ У ДІАГНОСТИЦІ, ПЛАНУВАННІ ТА ОЦІНЦІ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

*Кафедра онкології та радіології*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Магнітно-резонансна томографія (МРТ) є провідним способом діагностики раку та його метастазів. Порівняно з іншими методами променевої діагностики МРТ має низку переваг, зокрема безпеку, інформативність, легкість проведення процедури, доступність.

**Мета дослідження.** Визначити оптимальний алгоритм застосування МРТ у діагностиці, плануванні та оцінці ефективності лікування онкологічних захворювань.

**Матеріал та методи дослідження.** Досліджено 16 пацієнтів з онкопатологією, які проходили обстеження в клініці «Angelholm», 12 з них проводилась діагностичне обстеження, 4 – динамічне спостереження після проведеного лікування. МРТ здійснювалось на магнітно-резонансному томографі «Siemens» з потужністю магнітного поля 1,5 Тл. Для контрастного посилення пухлин використовувався парамагнетик «Дотавіст».

**Результати дослідження.** В діагностиці онкологічного захворювання важливою перевагою МРТ є наявність дифузно-зважених зображень (ДЗЗ, DWI), які реєструють дифузію молекул води через клітинні мембрани, що дозволяє оцінювати цілісність цих мембран та стан міжклітинних просторів. Підвищену інтенсивність МР-сигналу на ДЗЗ мають пухлини та метастази. ДЗЗ зазвичай аналізуються разом з картами справжнього коефіцієнту дифузії (СКД, ADC), що виявляє злоякісні пухлини і метастази на ДЗЗ білим кольором, а на СКД – чорним, причому чим колір чорніший, тим більша злоякісність пухлини. Враховуючи онкологічну насторогу, пов'язану із зростанням онкозахворюваності останнім часом, ці послідовності DWI і ADC входять у стандартні протоколи МР-дослідження головного та спинного мозку, органів грудної порожнини, черевної порожнини і таза клініки «Angelholm». Це дозволяє розпочинати діагностичний алгоритм аналізу зображень МРТ вищевказаних локалізацій саме з цих специфічних послідовностей. Після виявлення вогнищ з патологічним МР-сигналом починається їх детальний аналіз. Враховується розмитість контуру, відсутність візуалізації чіткої межі між пухлиною та сусідніми тканинами; неоднорідність структури, зокрема осередки некрозу; накопичення та затримка контрастної речовини; перифокальний набряк і інфільтрація клітковини навколо пухлини; уражені периферійні та відділені лімфатичні вузли. Це дозволяє не тільки провести

точну діагностику, але й визначитись із обсягами необхідного лікування. Усім 12 пацієнтам з виявленою за допомогою МРТ онкопатологією діагноз був підтверджений за допомогою гістологічного дослідження матеріалу. МРТ-контроль за якістю проведеного лікування 4 хворим проводився у терміні від 2 до 6 місяців, залежно від термінів призначення чергового обстеження лікуючим лікарем-онкологом. Відсутність іонізуючого випромінювання дозволяє застосовувати МРТ під час хіміотерапевтичного лікування і після проведеного хірургічного та хіміотерапевтичного лікування із невеликим проміжками часу, що дає змогу виявити можливий рецидив пухлини на ранній стадії і дозволяє розпочинати його лікування якомога раніше. Для якісної діагностики та здійснення контролю після проведеного лікування злоякісних пухлин головного мозку, органів грудної порожнини, черевної порожнини і таза розроблений алгоритм МРТ-дослідження, який обов'язково включає в себе DWI і ADC, що аналізуються першими, а також T2-, T1-33 та T1-33 з контрастним підсиленням зображення.

**Висновки.** Розроблений алгоритм МРТ-дослідження обов'язково включає в себе DWI і ADC- 33, які аналізуються першими, а також T2-, T1- 33, та T1-33 з контрастним підсиленням зображення, що дозволяє якісно проводити діагностику, здійснювати контроль під час хіміотерапевтичного лікування та оцінювати результати проведеного лікування онкологічних захворювань різних локалізацій.

**Шульгіна В.В**

## **ВИКОРИСТАННЯ ПРОМЕВИХ МЕТОДІВ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИН ТОНКОЇ КИШКИ**

*Кафедра онкології та радіології*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Частка злоякісних пухлин тонкої кишки (ЗПТК) складає 1–1,5 % від усієї онкологічної патології органів шлунково-кишкового тракту. Пухлини тонкої кишки у 50% діагностуються у дванадцятипалій кишці, ЗПТК у порожній кишці. Ризик захворіти зростає у людей віком за 50–60 років. Схильність до захворювання однакова у жінок та чоловіків.

**Мета дослідження.** Визначити роль методів променевої візуалізації в діагностиці доброякісних та злоякісних пухлин тонкої кишки.

**Матеріал і методи дослідження.** Поєднання ентероклізми з рентгенівською комп'ютерною томографією (КТ) дозволяє діагностувати ПТК та їх ускладнення (ілеус, при поліпoidних та інтрамуральних пухлинах). Серед доброякісних пухлин характерну картину при КТ мають ліпоми та лейоміоми.

**Результати дослідження.** Ентероклізма (ЕК) підвищує чутливість визначення ЗПТК до 85% за рахунок більш вищої діагностики малих за розміром поліпoidних та бляшковидних пухлин. Поліпoidна форма раку не відрізняється від інших, у тому числі доброякісних. При КТ візуалізується потовщення стінки кишки та метастази у лімфатичні вузли. Підвищена частота ЗПТК у хворих з целиакією, хворобою Крона та синдромом Пейтца-Джигерса, виправдовує проведення КТ у цих хворих при періодичних профілактичних дослідженнях. Карциноїд складає практично половину ПТК. У 70% випадків, він діагностується, коли патологічним процесом вже вражена брижа, діагноз базується на її десмопластичній реакції, яка визначається при рентгенівському контрастному дослідженні (РКД). Діагностуються широкі проміжки між петлями кишки: перегини, фіксація, ригідність, стриктури оточуючих петель). Ця патологія краще діагностується при КТ. РКД використовується для дослідження лімфом тонкої кишки. Підозрілість на них при РКД виникає при множинних ураженнях (10- 15%) та виразкуванні. Вони мають вигляд великих порожнин («аневризматичні розширення» просвіту кишки, що нагадують супрастенотичні розширення при стриктурах різного походження). УЗД, КТ та МРТ діагностують позакишкові пухлини великих розмірів з порожнинами та зміщенням петель кишки, що також може бути зумовлено лейоміомою та лейоміосаркомою.