

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**101 – ї**

**підсумкової наукової конференції**

**професорсько-викладацького персоналу**

**Вищого державного навчального закладу України**

**«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**10, 12, 17 лютого 2020 року**

**Чернівці – 2020**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2020. – 488 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Іващук О.І.,  
доцент 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.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професор Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-843-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2020



всіх пацієнтів до та після лікування визначалась гострота зору та рефракція. Термін лікування складав від 1 до 5 років.

В комплексному лікуванні прогресуючої міопії застосовувалась оптична корекція, немедикаментозні методи лікування (загальнозміцнюючий режим, збалансоване харчування, зорова гімнастика), рефракційна терапія (нічні лінзи Парагон), апаратне лікування (амбліокор, синоптофор, вакуумний масаж, лазеротерапія, електростимуляція, тренування акомодатції та конвергенції), а також масаж шийного відділу, електрофорез і т.п. Медикаментозне лікування: вітамінно-мінеральні комплекси, судинорозширювальні препарати, інстиляції очних крапель (атропіну сульфат, цикломед, ірифрин)

Дані ретроспективного аналізу результатів апаратного лікування дітей вказують на покращення середньої гостроти зору на 0,3 (без корекції) та на 0,4 (з корекцією). У результаті лікування середня гострота зору підвищилась з  $0,2 \pm 0,15$  (до лікування) до  $0,65 \pm 0,30$  (після лікування). Через рік після лікування у 82% дітей міопія зменшилась на 0,5-0,75 Д, у 10% міопія зменшилась на 0,25% відсотків, у 8% дітей рефракція залишилась попередньою.

Аналіз результатів використання нічних лінз у підлітків вказує, що вони усувають всі обмеження, які пов'язані з носінням окулярів та звичайних контактних лінз. Це важливо для дітей, які ведуть активний спосіб життя. Діти, як правило, ночують вдома та знаходяться під контролем батьків, що гарантує своєчасне та правильне використання рефракційної терапії. Нічні лінзи Paragon CRT 100 мають 100% газопроникність, тому не викликають гіпоксію рогівки. Знімають психологічні дитячі проблеми, які пов'язані з носінням окулярів.

Таким чином, дане дослідження підтверджує необхідність пошуку нових методів лікування прогресуючої міопії у підлітків, у пацієнтів з різними ступенями міопії при комплексному лікуванні значно збільшився об'єм акомодатції, покращились зорові функції ока, нормалізувався загальний стан організму: покращився сон, зникли головні болі, втома, підвищилась працездатність. Використання рефракційної терапії дозволяє у більшості пацієнтів (90%) стабілізувати зорові функції на достатньо високому рівні. Важливо слідкувати за повноцінним раціоном харчування дитини. Відсутність в продуктах цинку, магнію, кальцію, а також вітамінів призводить зниження гостроти зору. Для дітей шкільного віку необхідно створювати умови для навчання (правильно підібрати меблі, освітлення, поставу за столом), які зменшать навантаження на орган зору. При перших проявах захворювання, вчасно звертатися до дитячого офтальмолога, з подальшим спостереженням не рідше, ніж раз на півроку.

**Хомко О.Й.**

## **ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Абдомінальний сепсис (АС), як правило процес гострий і супроводжується шокним чи біляшоковим станом хворого, одними із ознак якого є тахіпное та органна чи поліорганна дисфункція. Водночас, враховуючи тяжкість стану таких хворих поглиблених досліджень функціонального стану дихальної системи при АС недостатньо.

Метою дослідження було - встановити порушення функціонального стану дихальної системи у хворих на абдомінальний сепсис.

Обстеженню підлягали 7 хворих на АС (I група), 9 хворих після планових оперативних втручань з приводу неускладнених кил передньої стінки живота та варикозно розширених вен нижніх кінцівок (II група). Контрольну групу (III група) формували 12 здоровий та практично здоровий волонтер. Дослідження та оцінка функції зовнішнього дихання (ФЗД) проводились при виконанні стандартних дихальних маневрів на портативному комп'ютерному спірографі та отриманні інтегральних показників за якими



характеризували анатомо-фізіологічні властивості апарату вентиляції, виявляли порушення механіки дихання, диференціювали рестриктивні та обструктивні синдроми.

Належні розрахункові показники в усіх групах відрізняються невірогідно ( $p > 0,05$ ) та відповідають віковим та статевим нормам. Показник фактичної життєвої ємності легень був різко зниженим у хворих II-ї дослідної групи, але у хворих на АС він був знижений майже втричі у порівнянні з контролем, ледве досягаючи 38,2% від розрахованого нормативного показника.

Форсована ЖЄЛ була також найнижчою у I-й групі, більш ніж удвічі менше показника II-ї групи. Різко знизилась сила м'язового апарату, що приймає участь в акті дихання, зменшилась екскурсія легень, погіршилась прохідність бронхіального дерева на усіх рівнях. Практично всі показники функціонального стану системи дихання у хворих на абдомінальний сепсис були виражено гіршими ніж у хворих, що формували II-гу дослідну групу. Тривалість проби Штанге була найбільшою у III-й групі (контроль) і становила  $39,08 \pm 3,65$  с, що вірогідно відрізнялося від решти груп за даним показником ( $p < 0,05$ ). Проба Генча була найтривалішою також в групі здорових і практично здорових осіб по відношенню до I-ї групи ( $p < 0,05$ ) та дещо меншими відмінностями в II-й групі ( $p > 0,05$ ). Показник  $pO_2$  у стані спокою переважував у III-й групі та II-й над хворими I-ї групи ( $p < 0,05$ ). За динаміки  $pCO_2$  у спокої достовірну різницю спостерігали в I-й ( $p < 0,05$ ) та III-й групах ( $p < 0,05$ ) по відношенню до найбільшого значення в II-й групі. Після вдихання кисню спостерігали наступну динаміку  $pO_2$ : результат переважав у III-й групі над I-ю ( $p < 0,05$ ), без суттєвих відмінностей у II-й групі. Варіація  $pCO_2$  після вдихання кисню характеризується вірогідними розбіжностями у II-й групі по відношенню до I-ї ( $p < 0,05$ ), але без суттєвих варіацій у решти обстежуваних контрольної групи ( $p > 0,05$ ).

Виявлені порушення функціонального стану системи дихання у хворих на абдомінальний сепсис, свідчать про необхідність корекції медикаментозного лікування таких пацієнтів із урахуванням функціональних змін системи зовнішнього дихання та включення оксигенотерапії у лікувальний протокол таких хворих, як обов'язковий компонент.

## СЕКЦІЯ 9

### АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ, УРОЛОГІЇ ТА ТРАВМАТОЛОГІЇ

**Bilyk I.I.**

#### **CERTAIN ASPECTS IN TREATMENT OF PERITONITIS AS A COMPLICATION OF ACUTE APPENDICITIS**

*Department of General Surgery*

*Higher State Educational Establishment of Ukraine*

*«Bukovinian State Medical University»*

Nowadays appendicular peritonitis ranks first in frequency among peritonitis of diverse etiology. Based on years of experience, the basic principles of its surgical treatment have been formed: careful removal of exudate; appendectomy; thorough rehabilitation of the abdominal cavity, effective antibacterial therapy.

Several authors believe that the peritoneal defenses are quite large and their action is more fully manifested in a tight abdominal cavity, and the fast-growing joint process leads to the fact that the drainage is located "extraperitoneally" with respect to the free abdominal cavity, and the available drainage does not exclude the possibility of reinfection of the abdominal cavity and can initiate the development of an infectious process. On the other hand, in case of peritonitis with high levels of microbial contamination, these authors consider the use of multiple revisions and rehabilitation of the abdominal cavity justified. At the same time, supporters of drainage of the abdominal cavity believe that even the use of the most modern methods of intraoperative rehabilitation does not enable to thoroughly wash out the abdominal cavity due to technical difficulties caused by the destructive process, as well as the disturbance of anatomical relationships between organs. In any case, in the abdominal cavity between the folds of the peritoneum and in