

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



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



санацию очеревинної порожнини, а й в динаміці оцінити життєздатність тканин і органів, спроможність лінії швів та анастомозів, і при необхідності - додатково закріпити їх, захистити від згубної дії перитонеального ексудату.

У всіх хворих цієї групи повторними розкриттями очеревинної порожнини вдалося зупинити прогресування в ній запального процесу, забезпечити зворотній його розвиток, спроможність накладених швів та анастомозів. Померла одна хвора, причиною смерті якої була тромбоемболія легеневої артерії. Летальність в цій групі склала 14,3%.

Зважаючи на високу ефективність ЗЛ вважаємо за можливе підкреслити доцільність її застосування і у хворих з III-A ступеню важкості перебігу перитоніту, як діагностично-лікувальний метод при необхідності динамічного спостереження за спроможністю накладених кишкових швів та анастомозів. Технічно правильно виконана ЗЛ, за нашими спостереженнями, не призводить до якихось специфічних ускладнень.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про ефективність розробленої лікувальної тактики при післяопераційному перитоніті. Із 19 хворих з післяопераційним перитонітом, померло троє. Загальна летальність склала 15,79%. Тільки в одному випадку причиною смерті було прогресування запального процесу в очеревинній порожнині, як результат не виявлення неспроможності лінії швів під час релапаротомії.

Білокий В.В., Білокий О.В.

РОЛЬ ДЕЯКИХ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ПАТОГЕНЕЗІ ЖОВЧНОГО ПЕРИТОНІТУ

Кафедра хірургії

Буковинський державний медичний університет

Для з'ясування ролі біохімічних показників крові в патогенезі жовчного перитоніту в залежності від розповсюдженості процесу нами вивчені активність ферментів лужної фосфатази (ЛФ), гама-глутаміл-транспептидази (ГГТП), аспартат-аланіл-аміно-трансферази (АсТ), концентрації загального білірубину, сечової кислоти та кальцію.

Нами обстежено 34 хворих на жовчний перитоніт: місцевий перитоніт діагностовано у 14 хворих дифузний у 12 хворих та розлитий у 8 хворих.

Результати досліджень показали, що у хворих на місцевий жовчний перитоніт спостерігалось підвищення вмісту кальцію, активності АсТ, та зниження активності ЛФ та ГГТП. Для хворих із дифузним жовчним перитонітом характерно підвищення активності АсТ, спостерігається гіпокальціємія та гіперфосфатемія. У хворих на розлитий жовчний перитоніт спостерігалось зростання концентрації неорганічного фосфору, активності ферментів АсТ, ЛФ, ГГТП та гіпокальціємія.

Механізм розвитку місцевого жовчного перитоніту зумовлений просяканням у очеревинну порожнину або чепець, серозного ексудату та інтоксикацією, що підтверджується збільшенням кількості продуктів з середньою молекулярною масою. Зниження активності ЛФ та ГГТП зумовлені компенсаторною активацією жовчечутворюючою та жовчевидільною функцією печінки. Гіпокальціємія за цих умов зумовлена входженням кальцію в клітини з підвищеним функціональною активністю гепатоцитів. Зростання концентрації неорганічного фосфору пояснюється підсиленням використання АТФ для активації захисних реакцій організму.

Розвиток дифузного жовчного перитоніту пояснюється інфікуванням жовчі з розвитком флегмонозного або гангренозного холециститу з просякання у очеревинну порожнину гнійного ексудату, що призводить до ушкодження стінки кишечника особливо за рахунок впливу гідрофобних жовчних кислот. Це сприяло розвитку дисбактеріозу та надмірному надходженню жовчних кислот, ендотоксинів у портальну вену із виснаженням резервних можливостей жовчечутворюючої та жовчевидільної функції печінки із нормалізацією активності ЛФ та ГГТП.

Перебігу розлитого жовчного перитоніту властивий дужий тяжкий перебіг із поширеним гнійним, жовчним, фібринозним проривним перитонітом, який можна розглядати як метаболічну стадію шоку із синдромом поліорганної недостатності. При цьому внутрішні органи у стадії декомпенсації. Виснажені резервні можливості жовчечутворюючої та жовчевидільної функції печінки за цих умов, змінюється розвитком синдромом холестазу, з підвищенням активності ЛФ та ГГТП.

Жовчний перитоніт характеризується зниженням активності ЛФ та ГГТП за умов місцевого жовчного перитоніту, що зумовлений підсиленням жовчечутворюючої та жовчевидільної функції печінки та зростанням активності при дифузному та розлитому жовчному перитоніті, що пояснюється розвитком синдрому холестазу. Встановлені біохімічні зміни вивчених показників відображають динаміку перебігу патологічного процесу.

Бобков В.О., Хомко О.Й., Сидорчук Р.І. *, Хомко Б.О., Бобкова Ю.В.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ДИФУЗНОГО АКСОНАЛЬНОГО ПОШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Кафедра догляду за хворими та ВМО

*Кафедра загальної хірургії**

Буковинський державний медичний університет

В останні роки в усіх країнах світу відмічається ріст загального травматизму та зокрема ріст черепно-мозкової травми (ЧМТ). За даними ВООЗ, за останні 10-15 років ЧМТ збільшується на 2% за рік. ЧМТ в структурі загального травматизму складає 30 – 40% та є основною причиною летальних наслідків (до 2/3 від



всіх травм) та інвалідизації населення (25 – 30% випадків від загальної кількості визнаних інвалідами внаслідок травм різних локалізацій). Значною тяжкістю відрізняються черепно – мозкові травми, які виникли унаслідок шляхово-транспортних пригод, при кататравмах. При цьому спостерігаються як вогнищеві ушкодження головного мозку (вогнищеві забої головного мозку, внутрішньочерепні гематоми, тощо), так і дифузні пошкодження. В сучасних класифікаціях окремо виділяють дифузне аксональне пошкодження головного мозку (ДАП) - клінічну форму ЧМТ, яка має дуже тяжкий перебіг.

Метою роботи є вивчення особливостей клінічних проявів ДАП у хворих різних вікових груп.

Під спостереженням знаходилось 72 хворих з ДАП головного мозку. Згідно прийнятої класифікації ЧМТ всі хворі з ДАП мали тяжку ЧМТ. Серед хворих переважали особи чоловічої статі: чоловіки – 55 (76,4 %), жінки – 17 (23,6 %). Вік хворих варіював від 6 до 58 років. Середній вік складає – 30,4 років.

Характерною особливістю клінічної картини ДАП є коматозний стан, який розвивається відразу після травми. Всі хворі при первинному огляді знаходились в стані коми різної глибини. Глибока кома більш характерна для хворих молодшого віку. Характерною особливістю ДАП є то, що в гострому періоді на фоні коматозного стану у хворих відмічались різної вираженості стовбурові симптоми.

Порушення м'язового тону та сухожилкових рефлексів мали місце в більшості спостережень – 57 (79,2%). Гіпертонус спостерігався у 38 (52,7 %) хворих, гіпотонія – у 17 (23,6 %), атонія – у 2 (2,7 %). Відповідно гіперрефлексія – у 44 (61,1%), гіпорефлексія – у 19 (26,4 %). Порушення тону мали різноманітний характер від дифузної м'язової гіпотонії до горметонії. Гіперрефлексія поєднувалась з розширенням рефлексогенних зон. Однак слід відмітити, що ступінь вираженості гіперрефлексії та м'язового тону могли варіювати на протязі дня.

У 42 (58,3 %) спостерігались рухові порушення: у вигляді гемісиндрома – 31 (43 %), у вигляді тетрапарезу – 11 (15,3 %). Менінгеальний симптомокомплекс був виявлений в 44 (61,1 %) випадків. У 30 (41,6 %) пацієнтів він був грубо виражений. Крім того, в деяких випадках спостерігалось дисоціація сухожилкових рефлексів та (або) менінгеальних знаків по вісі тіла.

Слід відмітити також наявність рухового збудження у хворих з ДАП на фоні коматозного стану – 39 (54,2%). У 11 (15,3 %) спостереженнях рухове збудження сягало такого ступеня, що в свою чергу потребувало проведення масивної седативної терапії. Симптом Бабінського при поступленні спостерігався у 59 (81,9 %) хворих. У 53 (73,6 %) випадків він був двобічним, у 6 (8,3 %) випадків – однобічним.

В клінічному перебігу ДАП виділяють два варіанта виходу хворих з коматозного стану: 1. Відновлення елементів свідомості після коми відбувається по типу «вмикання», що супроводжувалось спонтанним відкриванням очей або у відповідь на подразники (біль, окрик), ознаками фіксації погляду та в деяких випадках виконанням простих інструкцій. Кількість хворих складає 51 (70,8 %), з них жінок – 13 (25,5 %), чоловіків – 38 (74,5 %). В цієї групи хворих відмічалось поступове збільшення періоду неспання, разом з цим збільшувався вербальний контакт, відмічався поступовий регрес стовбурової та вогнищеві симптоматики. 2. Кома, яка спостерігається відразу після травми, поступово переходить в стійкий або транзиторний вегетативний стан. При цьому спостерігається спонтанне (або у відповідь на подразники) відкривання очей, без фіксації погляду, слідування за оточуючим та виконання хоча б елементарних інструкцій. Кількість хворих складає 12 (16,7 %), з них жінок – 3 (25 %), чоловіків – 9 (75 %). В цієї групи хворих транзиторний вегетативний стан тривалістю від 9 до 14 діб спостерігався у 6 (50%) хворих (з них жінок – 3, чоловіків – 3). У 6 хворих (чоловіки) – відмічався розвиток стійкого вегетативного стану. 3. 9 хворих померли, не виходячи з коматозного стану. З них жінок – 1 (11,1 %), чоловіків – 8 (88,9 %).

Таким чином, ДАП частіше зустрічається у хворих молодого та зрілого віку. В переважній більшості спостережень у хворих з ДАП мала місце травма за механізмом прискорення – уповільнення. Характерною особливістю клінічної картини ДАП є коматозний стан який розвивається відразу після травми з наявними різної вираженості стовбуровими симптомами. В клінічному перебігу відмічалось два варіанта виходу з коматозного стану: відновлення елементів свідомості по типу «вмикання» та поступовий перехід в стійкий або транзиторний вегетативний стан.

Бродовський С.П.

МАЛОІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ГЕМОРОЮ

Кафедра хірургії

Буковинський державний медичний університет

В центрі малоінвазивної та ендоскопічної хірургії виконано 24 гемороїдектомії з використанням радіохвильового скальпеля «Surgitron™» у хворих з комбінованим гемороєм. Серед них - 14 хворих чоловіки і 10 жінок. Вік хворих коливався від 23 до 62 років. Всім хворим в обов'язковому порядку проводили огляд перианальної ділянки, пальцеве дослідження прямої кишки, ректоскопію, колоноскопію/іригографію, УЗД внутрішніх органів, ФОГК, загальноклінічні аналізи. Оперативні втручання виконували під спинно – мозковою анестезією розчином меркаїну чи булідікаїну.

Після обробки операційного поля та прямої кишки під пальцевим контролем верхівку внутрішнього гемороїдального вузла захоплювали затискачем Люєра з тракцією вузла до низу. При цьому судинна ніжка і основа вузла чітко визначалися. Окремим вікриловим вузловим швом на атравматичній голці відступивши до 0,8-1 см проксимальніше прошивали та двічі перевязували слизову анального каналу з судинною ніжкою, попередньо зробивши насічку слизової радіохвильовим скальпелем в режимі «різання та коагуляція». Сам



вузол прошивали в основі під зажимом обвивним швом, послаблюючи бранші затискача та одночасно зав'язуючи шов. Гемороїдальний вузол відсікали в режимі «різання». В усіх випадках спостерігали надійний гемостаз. У випадках коли внутрішній вузол відповідав IV стадії перевагу надавали окремим вузловим швам при прошиванні основи вузла. Затискачем Аліса захвували верхівку зовнішнього гемороїдального вузла, підтягуючи проксимальніше, що давало можливість кращій візуалізації судинної ніжки та основи останнього. Окаймлюючим розрізом в режимі «різання та коагуляція» розсікали слизову в основі та подовжнім – по ходу судинної ніжки. За допомогою, в переважній більшості, тупфера або радіохвильового скальпеля в режимі «коагуляція» відсепарували основу вузла та судинну ніжку від оточуючих тканин. Судинну ніжку прошивали вузловим вікриловим швом на атравматичній голці, зтягуючи проксимальніше та відсікаючи в режимі «різання». Дефект слизової анального каналу поновлювали вузловими швами, підтягуючи анодерму проксимальніше та формуючи заплату. Завершували операцію контролем гемостазу та мазевим тампоном в прямій кишці.

Оцінку результатів лікування ми провели по наступних параметрах: больові відчуття пацієнта в післяопераційному періоді, реакцію тканин на проведену маніпуляцію (кровотеча, запалення, інфільтрація, коагуляційний некроз), частота післяопераційних ускладнень, тривалість заживання післяопераційної рани, зручність роботи з апаратом.

Слід відмітити, що гемороїдектомія з використанням радіохвильового скальпеля проходила в умовах значно меншої кровоточивості тканин, порівняно з типовою гемороїдектомією. В ранньому післяопераційному періоді ні в одному випадку не було зареєстровано кровотечі, значно менше турбував больовий синдром, реактивні явища в ділянці операції були помірнішими. Тривалість ліжко-дня в середньому було 8-9 днів. Хворі були під наглядом в термін від 1 до 6 місяців. Ні в одному випадку після гемороїдектомії з використанням радіохвильового скальпеля не виявлено ускладнень і рецидивів захворювання.

Васюк В.Л., Васильчишин Я.М., Процюк В.В.

ВИКОРИСТАННЯ КІСТКОВОГО БАНКУ В ТРАВМАТОЛОГІЧНІЙ ТА ОРТОПЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

*Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії та медицини надзвичайних ситуацій
Буковинський державний медичний університет*

На сучасному етапі розвитку травматології та ортопедії дедалі гостро постає питання заміщення кісткових дефектів при первинному, а особливо ревізійному ендопротезуванні кульшових та колінних суглобів.

Кісткова пластика – це пересадка кісткової тканини з метою заміщення дефектів кістки та біологічної стимуляції регенерації кісткової тканини. Розрізняють: аутопластику (пересадку власної кістки); аллопластику (пересадку донорської кістки того ж виду); ксенопластику (пересадку донорської кістки іншого біологічного виду). Застосування донорської кістки того ж біологічного виду в ендопротезуванні кульшового суглобу було завжди виправдано при наявності дефектів, пов'язаних з диспластичними змінами вертлюгової западини, лізисом кістки при ревматоїдному артриті, дефектів, що виникли при асептичній нестабільності компонентів ендопротезу.

Для заготівлі кісткового матеріалу, їх обробки та зберігання існують спеціальні лабораторії - кісткові банки. Вони функціонують в більшості Західних країн вже понад 20 років. Настав час створити кістковий банк і в Україні. Під час ендопротезування кульшового суглобу головка стегнової кістки утилізується, однак наявність кісткового банку дає можливість головку стегнової кістки зберігати протягом тривалого часу та подальшого використання її, як кісткового матеріалу, під час первинного, а особливо, ревізійного ендопротезування кульшового та колінного суглобів. Основним методом консервації донорської кістки є заморожування при температурі $-70\text{ }^{\circ}\text{C}$, з наступним зберіганням при температурі $-30\text{ }^{\circ}\text{C}$ в ліофілізованому вигляді в пластмасових брикетах, з подальшим використанням протягом тривалого часу. Існує чіткий алгоритм забору біологічного матеріалу, дотримання якого є запорукою безпеки пацієнта. Фактори виключення пацієнта лікарем-ортопедом: хронічні психічні розлади, інсулін залежний діабет, ревматоїдний артрит, хронічний гепатит, хронічний нефрит, онкологічне захворювання, наркотична залежність, переливання крові, довготривала стероїдна терапія, хронічна інфекція.

За період з 2010 по 2014 роки було забрано біологічний матеріал (головку стегнової кістки) у 68 (100%) пацієнтів, обстежено в лабораторії «Букінтермед» згідно алгоритму та визнано придатними до використання 56 (82,3%), з 12 (17,7%) непридатних 8 (11,8%) головок дали позитивний бактеріологічний засів.

В основу даного дослідження покладено аналіз результатів хірургічного лікування пацієнтів з використанням донорської кістки, що знаходилися на лікуванні з 2010 по 2014 рр. у шведсько-українському медичному центрі «Енгельгольм», м. Чернівці. Кісткова пластика була використана під час ревізійного ендопротезування кульшового суглоба у 43 (76,8%) хворих для пластики вертлюгової западини, ревізійного ендопротезування колінного суглоба для пластики кістки при встановленні феморального та тібіального компонентів ендопротезу у 4 (7,1%) хворих, з метою пластики дефекту стегнової кістки при переломах дистального метаепіфізу стегнової кістки у 3 (5,4%) хворих, пластики дефекту великогомілкової кістки при заміщенні дефекту проксимального мета епіфізу у 4 (7,1%) хворих та артрорезування колінного суглобу в 2 (3,6%) хворих з метою заміщення дефектів після ендопротезування колінного суглобу.

В ранньому після операційному періоді в 38 (88,3%) пацієнтів після ревізійного ендопротезування кульшового суглоба з пластикою вертлюгової западини з 1 по 4 дні відмічалася вечірня гіпертермія до $39\text{ }^{\circ}\text{C}$, яка поступово знижувалася протягом 5 - 6 днів. Клініко-лабораторні показники відмічали значне підвищення



рівня лейкоцитів, ШОЕ, С-реактивного білку, полічкочядерних нейтрофілів - з подальшим зниженням на 7- 10 день. Як правило, молоді пацієнти важче переносяли ранній післяопераційний період, що проявлялося лихоманкою, місцевою гіпертермією, вираженим набряком та локальною болочістю в місці післяопераційної рани, - це пов'язується з вищою реактивністю організму.

По клініко-рентгенологічній картині остеоінтеграція та перебудова кісткового аллотрансплантату проходила в терміни від 5 до 8 міс, тобто повільніше. Оцінку проводили по даним контрольних рентгенограм, хорошим вважали результат при відсутності ділянок остеолізу біля компонентів і наблизенні рентгенологічної структури аллотрансплантату до щільності нормальної кістки.

Отже, потреба в кістковому банку зростає, оскільки збільшується кількість оперативних втручань з приводу ендопротезування кульшового та колінного суглобів, що веде до необхідності застосування кісткової пластики під час ревізійного втручання у зростаючій кількості пацієнтів. Наявність кісткового банку значно здешевлює ревізійні операції та дає можливість мати велику кількість донорської кістки при значних дефектах дна та даху вертлюгової западини. Дотримання алгоритму консервації та обстеження є запорукою уникнення інфекційних, алергічних та імунологічних реакцій.

Васюк В.Л., Коваль О.А., Кирилюк С.В.

МАЛОІНВАЗИВНИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ PILON'A

*Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії та медицини надзвичайних ситуацій
Буковинський державний медичний університет*

Внутрішньо суглобові та біля суглобові переломи дистального метаепіфізу великогомілкової кістки складають 9% від усіх переломів великогомілкової кістки та біля 1% від переломів решти локалізацій. Термін «перелом Pilon'a» походить від французького «Pilon», що означає «молоток», а механізм травми при таких пошкодженнях характеризується ударом блоку таранної кістки в дистальний відділ великогомілкової кістки наче булавою. В наш час доволі частим явищем являється припущення помилок в діагностиці та лікуванні переломів дистального відділу гомілки, що призводить, в результаті, до тривалої непрацездатності та інвалідизації. Однією з причин невдач являється неадекватний підхід до лікування, саме тому стандартним підходом зараз являється тактика, яка базується на класифікації АО.

Мета дослідження вказати на вибір тактики лікування для того щоб отримати кращі віддалені результати.

В наш час найчастішим методом лікування являється використання відкритого металоостеосинтезу з використанням різних видів імплантів, що являється більш стабільним остеосинтезом. Проте, в ході дослідження було виявлено, що при використанні малоінвазивних методів лікування, покращуються віддалені результати зі зменшенням ускладнень. Дослідження проводилось на основі лікування двох груп пацієнтів, до якої входило 70 людей різного віку та статі, що знаходилися на лікуванні з 2010 по 2014 роки в травматологічному відділенні для дорослих ЛШМД м. Чернівці, де їм було проведено діагностику на основі рентгенологічного обстеження в двох проекціях та КТ даної ділянки. Після підтвердження діагнозу та узгодження тактики лікування були проведені оперативні втручання з приводу переломів Pilon'a різними методами фіксації.

Першу групу складало 28 хворих віком від 20 до 52 років (чоловіків – 16, жінок – 12), яких лікували оперативним методом відкритого остеосинтезу пластинами та гвинтами. Друга група, до якої входило 42 хворих, віком від 25 до 45 років (чоловіків – 22, жінок – 20), лікувалися методом малоінвазивного остеосинтезу за допомогою спиць, канюльованих гвинтів та полімерних гвинтів, що розсмоктуються. В післяопераційному періоді виконано контрольні рентгенограми в двох проекціях та догляд за м'якими тканинами (загоєння ран та зменшення набряку).

Віддалені результати через 2 роки показали, що частота виникнення ускладнень у вигляді післятравматичного артрозу гомілково-ступеневого суглобу пошкодженої кінцівки у першій групі досліджуваних хворих більша ніж у другій.

Отже, можна стверджувати, що в результаті малоінвазивного методу лікування спостерігаються кращі віддалені результати. В першій групі хворих післятравматичний артроз I ступеня спостерігався в 5 хворих, II ступеня у 6, III ступеня у 4. В другій групі хворих після травматичний артроз I ступеня спостерігався у 4 хворих, II ступеня у 2, III ступеня в 1. При застосуванні малоінвазивного остеосинтезу переломів Pilon'a в другій групі хворих післятравматичний артроз I ступеня спостерігався на 25% менше, ніж у першій групі, II ступеня на 32%, III ступеня на 12%. Це свідчить про переваги малоінвазивних технологій хірургічного лікування переломів Pilon'a.

Войтів Я.Ю.

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХІРУРГІЧНОМУ СТАЦІОНАРІ

*Кафедра хірургії
Буковинський державний медичний університет*

Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) є однією із найважливіших проблем практичної медицини. Як причина раптової смерті вона посідає третє місце серед серцево-судинних захворювань. За даними патологоанатомічного дослідження, частота фатальної ТЕЛА коливається в широких межах і складає 0,05–25 %