

**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

Кифяк П.В.
РОЛЬ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ОПРОМІНЕННЯ АВТОКРОВІ ПРИ
ЛІКУВАННІ ОПІКОВИХ РАН, УСКЛАДНЕНИХ ГНІЙНО-СЕПТИЧНОЮ
ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра анестезіології та реаніματοлогії
Буковинський державний медичний університет

Вступ. Відомо що у пацієнтів із обширними та глибокими опіками одним із найбільш небезпечних ускладнень є опіковий сепсис, який призводить до високої летальності. Враховуючи, що локальне запалення опікових ран, синдром системної відповіді на запалення (ССВЗ), сепсис і синдром поліорганної недостатності – це ланки одного ланцюга в реакції організму на запалення, а також враховуючи появу антибіотикорезистентної мікрофлори та зниження імунологічної реактивності організму, залишається актуальним саме комплексний підхід в лікуванні цієї патології.

Позитивну терапевтичну дію УФО крові пов'язують як із прямою бактерицидною дією на інфекційні збудники, так і з мембранотропним впливом на еритроцити та тромбоцити, фотомодифікацією поверхні клітин крові та із активацією та позбавленням їх біологічно активних речовин.

Мета дослідження. Дослідити вплив ультрафіолетового опромінення автокрові на перебіг опікової хвороби, зокрема на процеси регенерації в ранах.

Матеріал і методи дослідження. УФО крові проводилось хворим з опіками різної площі та глибини через добу в кількості є менше 6 сеансів, шляхом забору та реінфузії крові із розрахунку 1,5 – 2 мл/кг за допомогою апарату «Ізольда». Під час як забору, так і автотрансфузії проводилося дворазове ультрафіолетове опромінення крові за допомогою лампи ДРБ-8. Для стабілізації крові використовували гепарин дозою 2,5 тис. ОД у флаконі із 50 мл ізотонічного розчину. Також вводили 2,5 тис. ОД гепарину внутрішньовенно за 5 хв. до початку сеансу. Експозиційна доза коливалась в межах від 400 до 800 Дж/м², що не спричиняє виникнення незворотніх змін в системі гомеостазу.

Результати дослідження. Вже після 3-4 сеансів УФО в рані спостерігали покращення процесів регенерації із одночасною активацією некролізу протеолітичними ферментами, що спричинило прискорення відторгнення некротизованих тканин, пришвидшення грануляційних процесів, а також стало причиною пригнічення запалення на фоні прогресивного розвитку і дозрівання новоутвореної сполучної тканини).

Невеликий відсоток пацієнтів під час проведення реінфузії опроміненої УФО крові відзначали явища поколювання в ділянці рани, озноб, загальну слабкість, головокружіння, які проходили через 5-10 хвилин по закінченню процедури без будь-якої медикаментозної корекції.

Висновки. Таким чином широкий спектр терапевтичної дії УФО крові, швидкість лікувальних проявів, явища пролонгованості його ефекту, простота та економічність методу, а також відсутність негативної побічної дії роблять його бажаним методом при лікуванні опіків із гнійно-септичними ускладненнями.

Ковтун А.І.
ВПЛИВ ГІПЕРБАРООКСІЇ НА ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНУ СИСТЕМУ У
ХВОРИХ НА ПЕРИТОНІТ

Кафедра анестезіології та реаніματοлогії
Буковинський державний медичний університет

Вступ. Розвиток гіпоксії після оперативного втручання і санації очеревинної порожнини, вимагає застосування кисневої терапії. Високоєфективним методом оксигенотерапії є гіпербарична оксигенація (ГБО).

ГБО у комплексному лікуванні сприяє ліквідації метаболічних порушень, тканинного ацидозу, нормалізації кислотно-основного стану, зниженню білірубину крові, вільних амінокислот, залишкового азоту, креатиніну, нормалізації протеїнограми, покращанню

газового складу крові. При активації окиснювального стресу різко зростає рівень іонів калію за рахунок виходу його із зруйнованих активними формами кисню клітин. Це свідчить про негативну, токсичну дію гіпербаричного кисню. Дотепер, на жаль, не вироблені покази до застосування, режими і строки початку сеансів ГБО, оптимальні для хворих з абдомінальними гнійно-септичними ускладненнями. Найчастіше застосовують тиск кисню 1,7-2,0 ата, а тривалість сеансу коливається від 40 до 60 хв. Рекомендовано підбирати режими сеансів ГБО індивідуально, враховуючи тяжкість стану, вік, дискомфортні відчуття хворого, супутні захворювання і ускладнень, виявленої бактеріальної флори.

Мета дослідження. Підвищення ефективності комплексного інтенсивного лікування хворих з абдомінальними гнійно-септичними ускладненнями у післяопераційному періоді з урахуванням стану оксидантно-антиоксидантної системи.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 24 хворих віком 37-64 років з перитонітом у післяопераційному періоді. Усім було проведено оперативне лікування: лапаротомію, ліквідацію вогнища запалення, санацію і дренивання черевної порожнини. На 2-3 день після оперативного втручання (через 12-36 годин після появи ознак поширеного перитоніту) на фоні традиційної базисної терапії хворим проводили лікування сеансами ГБО. У плазмі крові визначали вміст середніх молекул, активність церулоплазміну та ступінь окиснювальної модифікації білків (ОМБ). В еритроцитах досліджували активність каталази, глутатіонпероксидази та малонового альдегіду.

Результати дослідження. Проведені дослідження показали, що перебіг післяопераційного поширеного перитоніту супроводжується активацією антиоксидантних ферментів еритроцитів і плазми крові на тлі зростання процесів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) та ОМБ у результаті виснаження антиоксидантної системи. Установлено, що у хворих з поширеним гнійним перитонітом за умов класичної терапії уже в першу добу після оперативного втручання спостерігаються порушення стану оксидантно-антиоксидантної системи організму: збільшення вмісту середніх молекул, малонового альдегіду, ступеня ОМБ, зростання активності каталази, глутатіонпероксидази і церулоплазміну. Прояви на біохімічному рівні (різке зростання вмісту малонового альдегіду і ступеня ОМБ) та підвищення вмісту іонів калію в плазмі крові і сечі спостерігаються на 12-18 годин раніше, ніж клінічні. Використання ГБО в стандартних терапевтичних режимах у важких хворих з низькою висхідною активністю антиоксидантних ферментів призводить до збільшення рівня ПОЛ і ОМБ та клінічних проявів токсичної дії гіпербаричного кисню. У таких випадках використовували понижені режими гіпербарооксії, знижуючи робочий тиск у барокамері до 1,4-1,6 ата, і скорочували тривалість сеансів ГБО до 20-30 хв.

Висновки. Ранніми доклінічними проявами токсичної дії кисню при застосуванні гіпербаричної оксигенації є зростання рівня малонового альдегіду в еритроцитах, ступеня ОМБ у плазмі, рівня іонів калію у плазмі крові. При низькому висхідному рівні активності антиоксидантних ферментів доцільно застосовувати понижені терапевтичні режими гіпербарооксії.

Коновчук В.М.

ЗАСТОСУВАННЯ РЕОСОРБЛАКТУ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ГОМЕОСТАЗУ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕПСИСОМ ТА РОЗВИТКОМ ПОЛІОРГАННОГО УШКОДЖЕННЯ

Кафедра анестезіології та реаніматології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Тяжкий перебіг сепсису характеризується виникненням поліорганного ушкодження з наступною трансформацією у взаємообтяжливий сценарій розвитку, маніфестацією ендотоксикозу та розладів у системі кровообігу: падінням артеріального тиску, мікроциркуляції, мікроперфузії. Синдром поліорганного ушкодження (СПОУ) – тяжкий патологічний процес, який є варіантом продовження життєздатності людини в умовах критичного ушкодження біологічної цілісності інтегративних механізмів гомеостазу. Летальність, залежить від реальної кількості ушкоджених систем та органів із урахуванням