

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



МАТЕРІАЛИ

**106-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького колективу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
03, 05, 10 лютого 2025 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2025 році №1005249

Чернівці – 2025

УДК 61(063)
М 34

Матеріали підсумкової 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2025. – 450 с. іл.

У збірнику представлені матеріали 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Годованець О.І., професор Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Батіг В.М.
професор Білоокій В.В.
професор Булик Р.Є.
професор Давиденко І.С.
професор Дейнека С.Є.
професорка Денисенко О.І.
професор Заморський І.І.
професорка Колоскова О.К.
професорка Кравченко О.В.
професорка Пашковська Н.В.
професорка Ткачук С.С.
професорка Тодоріко Л.Д.
професорка Хухліна О.С.
професор Черноус В.О.

ISBN 978-617-519-135-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2025

study was 90.1%, diagnostic specificity - 83.3%, diagnostic accuracy - 88.2%, diagnostic efficiency - 86.7%.

Conclusions. Thus, studies testify that at conditions of acute destructive pancreatitis the specific changes of photoluminescent parameters of venous blood plasma appear. This points to promising carrying out further in-depth research in this direction. Peak values of fluorescence intensity blood plasma of healthy donors are marked at wavelengths $\lambda = 474\text{-}475\text{ nm}$. The patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity maximal values fluorescence intensity of the plasma shift to the short range. At acute destructive pancreatitis the characteristic peak of fluorescence intensity at wavelength $\lambda = 466\text{ nm}$ is determined.

Yakovets K.I.

OTOMYCOSIS - ONE OF THE FUNGAL INFECTIONS OF THE ENT ORGANS

Department of Pediatric Surgery and Otolaryngology

Bukovinian State Medical University

Introduction. Today, more than 500,000 species of microscopic fungi are known, and only about 50 of them are pathogenic for humans. According to the WHO, 1/5 of the world's population has a fungal pathology. The increase in the incidence of mycoses is primarily associated with a decrease in the body's immunological resistance, caused by environmental pollution, the unjustified and long-term use of antibacterial drugs that disrupt the microbiocenosis of the body, as well as corticosteroids and immunosuppressants.

Otomycosis (fungal otitis, otitis of fungal etiology) - most often, these names mean an inflammatory disease of the skin of the external auditory canal, which is caused by various types of parasitic fungi. Fungal diseases of the tympanic membrane, the middle ear, and the postoperative ear cavity are also encountered in the practice of an ENT doctor, but the most common is a fungal infection of the outer ear itself.

The aim of the study. We examined 86 patients with otomycosis, to study the most frequent symptoms characteristic of this disease, and to develop a treatment strategy.

Material and methods. How can you suspect the presence of a fungal infection in the ear: - feeling of blockage or foreign object in the ear; - distension, feeling of fullness in the ear; - itching in the ears; - sometimes a burning sensation in the external auditory canal; - appearance of secretions from the ear with an unpleasant smell; - peeling of the skin in the ears.

Results. The clinical picture of mycotic otitis media is characterized by the presence of periodic significant secretions from the ear, intense noise in the ears. The sudden appearance of these phenomena against the background of a relatively calm otitis course is characteristic. There are several perforations of the tympanic membrane and attachment of otitis externa.

As with any other pathology of the organ of hearing, the diagnosis of fungal otitis first requires a physical examination of the patient. During the examination of the external auditory canal, the otolaryngologist will determine the degree of damage to the ear, find out the probable causative agent of otomycosis based on characteristic signs, and will be able to conduct a toilet of the external ear, which is an important stage in the treatment of otitis externa. Also, in the diagnosis of otomycosis, a bacteriological examination of discharge or smear from the ear is advisable. Most often, other methods of hearing analyzer research are not needed in this pathology. In the case of recurrent otomycosis, it may be necessary to examine the patient com for other diseases that may create favorable conditions for the occurrence and repetition of episodes of otomycosis.

The main stages of treatment of otomycosis: - toilet of the external auditory canal; - local application of antifungal drops; - if necessary - systemic antifungal drugs; - limitation/exclusion of factors affecting the development of otomycosis.

Conclusions. Therefore, in the diagnosis of mycotic lesions of the ENT organs, today there is a large arsenal of the latest, highly accurate, informative methods that allow identifying the pathogen and its quantitative assessment, determining the sensitivity of the pathogen to antimicrobial drugs and their MIC, establishing the species composition of microbial associations, deciphering the genomes of new types of microorganisms etc. The introduction of a complex of

classic and modern diagnostic technologies into clinical practice should become a standard for diagnosing fungal diseases not only of the upper respiratory tract and ear, but also of other biotopes of the human macroorganism.

Андрієць В.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АХАЛАЗІЄЮ СТРАВОХОДУ

Кафедра хірургії № 1

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Ахалазія стравоходу (АС) або кардіоспазм – проблема, яка знижує якість життя та може бути причиною важких ускладнень – дисфагії, значного схуднення, підвищує ризики розвитку раку стравоходу. Основним методом радикального лікування є операція. Лапароскопічна корекція признана сучасним та ефективним методом лікування у всьому світі.

Мета дослідження. Проаналізувати результати операційного лікування пацієнтів з АС, виконаного однією операційною бригадою в Центрі малоінвазивної хірургії та гінекології на базі хірургічного відділення ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня».

Матеріал і методи дослідження. За період з 2021 по 2024 роки нами прооперовано лапароскопічно 9 пацієнтів з ахалазією. 2 пацієнти у 2021 році, 4 – у 2022 році, 1 у 2023 році та 2 у 2024 році. За статтю - 4 чоловіки та 5 жінок. Вік пацієнтів коливався від 36 років до 68 років, середній вік склав 54,0 роки.

Результати дослідження. Серед оперованих пацієнтів II ступінь АС діагностовано у 3 пацієнтів, III у 5 та IV у одної. У двох пацієнтів АС поєднувалася з аксіальною грижею стравохідного отвору діафрагми (ГСОД). У всіх пацієнтів наявність та ступінь АС підтверджено даними езофагогастродуоденоскопії та рентгеноскопії стравоходу. Тривалість захворювання коливалася від декількох місяців до 15 років. У двох випадках виражені запальні та виразкові зміни слизової стравоходу потребували тривалої доопераційної терапії. У всіх випадках операційні втручання виконані лапароскопічно. Стандартно використовувалося 5 троакарів, два 10 мм та три 5 мм, у трьох випадках достатньо було використання 4 точок доступу. Створення пневмоперитонеуму та постановку першого 10 мм троакара проводили зліва параректально на 3-4 см нижче реберної дуги. Другий 10 мм троакар розміщувався по серединній лінії на 6-8 см нижче мечовидного відростка, що залежало від статури пацієнта. Таке високе розміщення 10 мм троакарів дає оптимальний огляд зони стравохідного отвору діафрагми. 5 мм троакари розміщували біля мечовидного відростка для утримання печінки, зліва під реберною дугою по передньоаксілярній лінії та справа параректально на 4-5 см нижче реберної дуги. У випадках ізольованої АС проводилося виділення тільки передньої поверхні стравоходу з збереженням печінкової гілки переднього блукаючого нерва. При наявності ГСОД проводили повне циркулярне виділення стравоходу та ніжок стравохідного отвору для проведення задньої крурорафії. Міотомію проводили по передній стінці стравоходу лівіше переднього блукаючого нерва з переходом на кардіальний відділ шлунку. Довжина міотомії на стравоході була від 6 до 8 см з захватом на 2-3 см зони розширеного стравоходу та 3-4 см на кардіальній частині шлунку. У всіх випадках для закриття зони міотомії нами використано фундоплікацію за Дором. Зазвичай стінку шлунку фіксували до країв м'язів окремими вузловими швами. В трьох випадках, коли під час міотомії відбувалася перфорація слизової шлунку чи стравоходу, після ушивання зони перфорації стінку шлунку фіксували до країв міотомії неперервним обвивним швом. В цих випадках обов'язково операцію завершували дренажуванням зони операції і дренаж видаляли на 3-4 добу після операції. Пити воду пацієнти розпочинали в день операції через 3-4 години після втручання, з наступного дня вживали рідку їжу. Вставати з ліжка дозволялося через 5-7 годин. Час операції склав від 90 хв до 180 хв, в середньому 130 хв. Термін перебування в стаціонарі склав від 4 до 10 днів, в середньому 6,8.