

**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

вузлового зоба пов'язаний з обсягом виконаної операції, що виникає в основному у хворих з субклінічними формами післяопераційного гіпотиреозу.

Висновки. Ймовірною причиною рецидиву первинного захворювання можна вважати недостатній обсяг операційного втручання, тоді як рецидив нового захворювання вказує на наявність змін макроскопічно не зміненої тканини тиреоїдного залишку, які не були помічені під час первинного втручання.

Боднар О.Б.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНАХ СЕЛЕЗІНКИ У ДІТЕЙ

*Кафедра дитячої хірургії, отоларингології та офтальмології
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Хірургія селезінки до цього часу, залишається досить актуальною проблемою дитячої хірургії. Є захворювання, при яких тільки спленектомія дозволяє дитині жити повноцінним життям. До таких відносять: серповидно-клітинну анемію, ідіопатичну тромбоцитопенічну пурпуру, спадковий мікросфероцитоз, таласемію, аутоімунну гемолітичну анемію, а також селезінка в 25% – 30% страждає при тупих травмах живота. Питання хірургічного лікування і збереження селезінки при ушкодженнях є життєво необхідними.

Мета дослідження. Вивчити можливості хірургічного лікування патологічних станів та травм селезінки у дітей.

Матеріал і методи дослідження. Проведено аналіз оперативних втручань з приводу захворювань та травм селезінки у дітей, віком від 2 до 17 років з 2019 по 2024 роки. Дослідження проведені на базі хірургічних відділень КНП ЛОР «Клінічний центр дитячої медицини» м. Львів та КНМ «Міська дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці. Захворювання селезінки - 27 дітей (серповидно-клітинна анемія (9 дітей), ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (4 дитини), спадковий мікросфероцитоз (6 дітей), таласемія (1 дитина), аутоімунна гемолітична анемія (1 дитина), кісти селезінки 6 дітей), травма - 43 дитини (20 оперовані).

Результати дослідження. Консервативне лікування травм селезінки різного ступеня, проводили згідно рекомендацій Американської асоціації хірургії травми (AAST) 23 дітям. Резорбція гемоперитонеуму проводили на 11-14 добу після початку консервативного лікування.

Оперативні втручання за різними методиками були виконані 20 (46,51%) дітям. 17 пацієнтам була проведена лапароскопія. 2 дітям виконана лапароскопічна спленектомія при IV ступені за AAST та нестабільній гемодинаміці.

При огортанні селезінки сальником, остатній не відділяли від селезінки. Оперативне втручання завжди закінчували встановленням дренажної трубки в параселезінковому просторі. У 2 дітей з IV ступенем за AAST перейшли на конверсію, при якій вдалося ушити селезінку та зупинити кровотечу. У 3 дітей з V ступенем ушкодження за AAST, було виконано лівобічну підреберну лапаротомію та видалення селезінки.

При захворюваннях селезінки, лапароскопічна спленектомія була успішна у 12 (44,44%) дітей, проявила високу ефективність при хворобі Мінковського-Шоффара у поєднанні з калькульозним холециститом (3 дітей), одночасно проведена симультанна холецистектомія. Лапароскопічне видалення кіст селезінки також було виправданим у 3 (11,11%) дітей. Однак, видалення паразитарних кіст потребували відкритої спленектомії у 3 пацієнтів. Відкрита спленектомія проведена у 9 дітей при хворобах селезінки. У 5 дітей лапароскопічна спленектомія виявилась недоцільною, обумовлена вираженим периспленітом, великою вагою селезінки та малим віком дітей.

Висновки. Морфологічна структура селезінки сприяє спонтанному гемостазу, що є підставою до забезпечення консервативного лікування при травмах селезінки у 53,49% дітей. Обрання методики хірургічного втручання при захворюваннях селезінки у дітей має бути

індивідуальним та залежить від захворювання, віку, розмірів органу та наявності супутніх ускладнень.

Ватаманеску Л.І.
ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ
ПОРОЖНИНИ У ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії, отоларингології та офтальмології
Буковинський державний медичний університет

Вступ. Частота виникнення спайкової хвороби (СХ) коливається від 1,1 до 6% у дітей, що перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини (ОЧП). Розповсюдженість серед інших видів кишкової непрохідності становить 30 - 40%. До 60% усіх релапаротомій у дітей, виконують з приводу пізньої спайкової кишкової непрохідності (ПСКН), з них до 90% у перший рік, після операцій з приводу основного захворювання.

В 80% випадків ПСКН спостерігається у хворих, що прооперовані з приводу деструктивних форм гострого апендициту, близько 10% після травм ОЧП, 6% рецидиви ПСКН.

З цього випливає, що основною причиною СХ є гнійно-запальні захворювання (ГЗЗ) ОЧП, тому профілактика ПСКН має бути спрямована на покращення алгоритму лікування ГЗЗ ОЧП.

Мета дослідження. Поліпшити ефективність профілактики спайкоутворення після перенесених ГЗЗ ОЧП у дітей комбінованим застосуванням озонованого 0,9% фізіологічного розчину NaCl.

Матеріал і методи дослідження. Всього обстежено 91 дитина, які оперовані з приводу різних форм перитоніту апендикулярного генезу. Контрольну групу становили 28 дітей, оперованих з приводу вправимої пахвинної грижі. Фібринолітичну активність плазми крові, потенційну активність плазміногену, рівень фібриногену, активність XIII фактора, активність антитромбіну III (АТ III). Озонований фізіологічний розчин NaCl 0,9% використовували інтраопераційно для промивання черевної порожнини у кількості 2 л з подальшою евакуацією із черевної порожнини. В другій підгрупі використовували інтраопераційне промивання озонованим фізіологічним розчином NaCl 0,9% та внутрішньовенне введення - озонованого фізіологічного розчину NaCl 0,9% в концентрації 3-5 мг/л зі швидкістю введення 7 мл/хв.

Результати дослідження. Отримані дані коагуляційного потенціалу свідчать, що концентрація фібриногену в плазмі крові в групі порівняння становила $4,08 \pm 0,32$ г/л ($p < 0,001$), що на 30% більше, ніж у контрольній групі ($2,84 \pm 0,16$ г/л). В першій підгрупі основної групи концентрація фібриногену становила $3,84 \pm 0,30$ г/л, в другій підгрупі майже наближалася до норми. Аналізуючи показники активності XIII фактора відмічаємо підвищення в групі порівняння на 16,8% $118,24 \pm 14,06\%$ ($p < 0,05$), ніж у контролі ($101,20 \pm 11,62\%$), та на 12,9% вище ніж у 1 підгрупі та на 4,9% вище ніж в 2 підгрупі основної групи. Також відмічається зниження активності АТ III на 19,7% ($78,24 \pm 1,32\%$, $p < 0,001$, при контролі $97,44 \pm 1,03\%$), та на 15,7% та 10,4% ніж в 1 та 2 підгрупі основної групи відповідно.

Показники фібринолітичної системи крові після перенесених ГЗЗ ОЧП в післяопераційному періоді різко знижуються, порушується фібринолітичний потенціал в бік гіперкоагуляції.

Застосування озонованого фізіологічного розчину NaCl 0,9% для промивання ОЧП в поєднанні з традиційними методами покращило результати коагуляційного потенціалу та фібринолітичної ланки гемостазу: зниження концентрації фібриногену до $3,84 \pm 0,30$ г/л ($p < 0,001$), зниження активності XIII фактору до $114,32 \pm 12,42\%$ ($p < 0,05$) та зниження активності АТ III до $82,13 \pm 1,32\%$, $p < 0,001$.

Висновки. У дітей, що перенесли операції з приводу ГЗЗ ОЧП відмічається зниження коагуляційної та фібринолітичної ланки гемостазу за рахунок гіперкоагуляції. Комбіноване