

**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

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

застосування озонованого фізіологічного розчину NaCl 0,9% в інтра- та післяопераційному періоді корегує показники фібринолітичної та колагенолітичної ланки системи гемостазу.

Гордіца В.В.
ПОПЕРЕДНІЙ АНАЛІЗ НАСЛІДКІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРУ
ТОНКОКИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ

Кафедра хірургії № 1

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Результати лікування хворих на гостру тонкокишкову непрохідність залишаються далекими від задовільних. Однією з причин цього є відсутність чітких критеріїв, що могли би бути підставою для передбачення наслідків лікування, отже, й модифікації тактики лікування пацієнтів.

Мета дослідження. Оцінити взаємозв'язки між антропометричними, клінічними, лабораторними показниками і наслідками лікування у хворих на гостру тонкокишкову непрохідність.

Матеріал і методи дослідження. Ретроспективний аналіз даних медичних карт 47 хворих на гостру тонкокишкову непрохідність з використанням методів порівняльної статистики і однофакторного дисперсійного аналізу. У 35 хворих ускладнень не було. У 6 хворих були запальні ранові ускладнення. У 5 хворих були інтраабдомінальні ускладнення.

Результати дослідження. Гендерних відмінностей між групами не було ($p > 0,05$, $\chi^2 = 1,68$). Середній вік хворих без ускладнень становив $51,16 \pm 3,20$, з рановими ускладненнями $51 \pm 4,77$, з інтраабдомінальними ускладненнями $60 \pm 9,57$ ($p < 0,05$).

Показники MPI у хворих з інтраабдомінальними ускладненнями ($25,2 \pm 2,71$) були істотно більшими ($p < 0,05$), ніж у хворих без ускладнень ($11,55 \pm 1,53$) і з рановими ускладненнями ($12,67 \pm 5,06$). З такими ж закономірностями відрізнялись показники шкал WSES ($6,4 \pm 0,29$; $2,36 \pm 0,29$; $2,5 \pm 0,92$; $p < 0,05$) і PIPAS ($1,8 \pm 0,58$; $0,5 \pm 0,12$; $0,83 \pm 0,30$; $p < 0,05$). Заразом показник MPI не впливав на розподіл показників ускладнень ($f = 1,92$, $p = 0,059$), натомість показники WSES ($f = 12,22$, $p = 0,000$) і PIPAS ($f = 4,87$, $p = 0,005$) істотно впливали. Показники Charlson Comorbidity Index становили, відповідно, $6,2 \pm 1,59$, $1,75 \pm 0,35$, $2,33 \pm 0,61$ ($p < 0,05$), а їх параметри істотно впливали на розподіл показників ускладнень ($f = 5,56$, $p = 0,000$).

Показники частоти пульсу становили, відповідно, $97,2 \pm 8,06$, $91,55 \pm 2,37$, $94,16 \pm 3,34$ ($p > 0,05$), хоча на розподіл даних ускладнень впливали ($f = 2,14$, $p = 0,039$). Показники систолічного артеріального тиску становили, відповідно, $112 \pm 9,69$, $124,09 \pm 2,26$, $112,33 \pm 9,36$ ($p > 0,05$) і на розподіл даних не впливали ($f = 1,23$, $p = 0,308$).

Загальна кількість лейкоцитів становила, відповідно, $12,7 \pm 4,28$, $11,41 \pm 1,12$, $12,57 \pm 1,85$ ($p > 0,05$) і на розподіл даних не впливали ($f = 1,70$, $p = 0,203$). Подібні закономірності виявлені аналізом кількості паличкоядерних лейкоцитів. Суттєвий вплив на розподіл даних ускладнень мали показники вмісту мієлоцитів ($f = 16,48$, $p = 0,0002$) і промієлоцитів ($f = 16,48$, $p = 0,0002$). Решта показників лейкоцитарної формули істотно не відрізнялися.

Не було також значних відмінностей серед біохімічних показників, хоча вміст глюкози у хворих з інтраабдомінальними ускладненнями ($8,43 \pm 1,09$) перевищував такий за відсутності ускладнень ($6,67 \pm 0,42$) і за ранових ускладнень ($5,88 \pm 0,41$). Водночас на розподіл даних ускладнень показник не впливав ($f = 0,49$, $p = 0,93$).

Істотно впливали виникнення ускладнень показники загального білірубіну ($f = 88,43$, $p = 0,0000$) і гематокриту ($f = 145,29$, $p = 0,0000$). Зазначимо, що параметри цих показників у хворих з ускладненнями зростали, але не істотно.

Висновки. Нами не виявлено показників, які б достатньо вірогідно пояснювали би виникнення ускладнень у хворих на гостру тонкокишкову непрохідність. Перспективним вважаємо використання комплексного багатофакторного підходу із залученням найінформативніших критеріїв.