

**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

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 RIPSAS ($1,8 \pm 0,58$; $0,5 \pm 0,12$; $0,83 \pm 0,30$; $p < 0,05$). 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 RIPSAS ($f = 4,87$, $p = 0,005$) 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.