

**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

Мета дослідження. Виникнення жовтяниці спостерігається у 70-80% хворих на рак підшлункової залози. Це грізний стан, який впливає на роботу всього організму, зокрема серцево-судинної системи, обміну речовин, нервової системи тощо. Можливість компенсації цього ускладнення впливає на загальну тривалість життя таких хворих. Багато клініцистів вважають, що розвиток жовтяниці за раку підшлункової залози є ознакою неоперабельності пухлини. Однак на практиці трапляються випадки, коли порушення відтоку жовчі виникає за невеликої пухлини, розташованої біля жовчної протоки. У таких пацієнтів вдається своєчасно виявити рак і провести радикальне лікування. Таким чином, жовтяниця для них виявляється свого роду рятівним симптомом.

Матеріал і методи дослідження. У хворих при поступленні до хірургічного відділення виявляли причини розвитку жовтяниці при раку підшлункової залози: проростання пухлини в жовчну протоку й obturaція її просвіту; здавлення жовчних проток ураженими лімфатичними вузлами; порушення моторики жовчних проток через пухлинне ураження їхньої стінки; метастатичне ураження печінки з obturaцією внутрішньопечінкових проток. Застій жовчі в жовчних протоках призводить до наростання тиску в них, розширення і навіть розриву жовчних капілярів і зворотного всмоктування жовчі в кровотік. Через це в крові підвищується рівень прямого білірубіну, який потрапляє до тканин організму, просочує їх і призводить до утворення жовтяничного кольору шкіри, слизових і склер.

Результати дослідження. При комплексному обстеженні хворих діагностичні заходи мали комплексний характер і спрямовані на визначення ступеня тяжкості самої патології, а також причин, що викликали її. Головним лабораторним маркером жовтяниці є збільшення білірубіну (100%). За механічної жовтяниці на початковому етапі відбувається збільшення саме прямого білірубіну, потім наростає кількість і непрямого. Також визначаються показники які змінюються при розвитку холестазу - холестерин, ліпіди, лужна фосфатаза, ГГТП та ін. Всім хворим при поступленні проводили ультразвукове дослідження черевної порожнини, печінки, жовчних проток і заочеревинного простору (ефективність 86%). Більш інформативним методом візуалізації пухлини ПЗ було КТ та/або МРТ з контрастуванням. Ці методи дають змогу детальніше візуалізувати пухлину та її взаємовідношення з навколишніми тканинами, виявити метастази, зокрема в регіонарних лімфовузлах або печінці.

Висновки. Ранньої діагностика раку підшлункової залози важлива для складання подальшого плану лікування, оскільки оперативне лікування можливе далеко не у всіх пацієнтів, оскільки в переважній більшості випадків рак підшлункової залози діагностується, коли пухлина має нерезектабельний стан. У таких випадках доцільно призначати інші методи протипухлинного лікування для переведення новоутворення в резектабельний стан, після чого роблять спробу радикальної операції (хіміотерапія при раку підшлункової залози може призначатися в передопераційному і післяопераційному періоді. Радіотерапія в основному застосовується як паліативна терапія для полегшення больового синдрому.

Петелицький О.О.

ОЦІНКА ПОТЕНЦІЙНОГО ПРОГНОСТИЧНОГО ЗНАЧЕННЯ ЗМІН РІЗНИХ ЛАНОК СИСТЕМИ ГЕМОКОАГУЛЯЦІЇ ЗА АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ

Кафедра загальної хірургії та урології

Буковинського державного медичного університету

Вступ. Абдомінальний сепсис (АС) є одним з найважливіших різновидів хірургічного сепсису. Летальність при АС, залежно від етіології та особливостей лікування, коливається від 5% до 80%. Водночас, важливі питання етіології, патогенезу, прогнозування виникнення АС, розробка методів профілактики, консервативної лікувальної тактики, етапності хірургічних втручань при цій важливій патології залишаються дослідженими недостатньо.

Мета дослідження. У зв'язку з вищевикладеним, поставили за мету встановити характер змін різних ланок системи фібринолізу за АС, що своєю чергою дозволить окреслити перспективи застосування цього параметру гемокоагуляції для прогнозування АС.

Матеріал та методи дослідження. У дослідженні прийняли участь 47 хворих з робочим діагнозом при поступленні "гострий живіт", які у подальшому підлягали оперативному втручанню з приводу ургентної абдомінальної патології гнійно-запального характеру. Розподіл за нозологією відповідав літературним даним. Стан фібринолітичної активності (ФА) визначали на основі реакції з азофібрином. У якості нормальних величин використали параметри, отримані у 20 хворих, що підлягали плановим оперативним втручанням з приводу позаабдомінальної патології (герніотомії, втручання на венах нижніх кінцівок тощо). У динаміці визначали сумарну (СФА), ферментативну (ФФА) та неферментативну фібринолітичну активність (НФА).

Результати дослідження. При вивченні динаміки фібринолітичної активності плазми встановлено, що сумарна фібринолітична активність плазми крові послідовно підвищується протягом 24 та 48 год і дещо знижується на 72 год з моменту розвитку поступлення у стаціонар. Відповідні зміни були характерними й для ферментативної та неферментативної фібринолітичної активності, що можна пояснити як прояв захисної реакції на розвиток гіперкоагуляції внаслідок SIRS-синдрому з наступним виснаженням фізіологічних механізмів резистентності та значним домінуванням неферментного фібринолізу.

Висновки. Визначені зміни фібринолітичної активності з початковою активацією та подальшим виснаженням, можуть за умов розвитку гіперкоагуляційного синдрому виступати важливим фактором розвитку тромботичних ускладнень при АС та формування ДВС-синдрому, як результат виснаження чинників гемокоагуляції та фібринолізу. Характерним для оцінки фібринолітичної активності є наявність міцних позитивних кореляційних співвідношень між відповідними показниками та розвитком загальних ускладнень у когорті обстежених хворих. Зокрема, для СФА $r=0,84$, для ФФА $r=0,75$, а для НФА $r=0,68$. Таким чином, отримані дані дозволяють окреслити перспективність застосування показників системного фібринолізу для прогнозування перебігу АС у хворих на гострі гнійно-запальні захворювання живота.

Петрюк Б.В.

ДИНАМІКА МІКРОБІОЦЕНОЗУ ОПІКОВИХ РАН ПІД ВПЛИВОМ ЕНТЕРОСОРБЦІЇ ТА ВНУТРІТКАНИННОГО ЕЛЕКТРОФОРЕЗУ АНТИБІОТИКІВ

Кафедра загальної хірургії та урології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Опікова рана слугує входними воротами для проникнення інфекції і є основним джерелом інтоксикації. Пригнічення інфекції опікових ран, активізація процесів регенерації є важливими задачами лікувального процесу. За даними літератури, електричне поле постійного струму має стійкий протизапальний ефект за рахунок покращання кровообігу, лімфовідтоку та фізико-хімічних процесів у тканинах міжелектродного простору. Воно справляє бактерицидний чи бактеріостатичний вплив на багатьох збудників інфекції, сприяє елімінації препаратів із плазми до тканин, розташованих між електродами.

Мета дослідження. Дослідити ефективність поєднаного застосування ентеросорбції та внутрітканинного електрофорезу (ВТЕ) антибіотиків на мікрофлору опікових ран.

Матеріал і методи дослідження. Ентеросорбція була застосована у комплексному лікуванні 22 хворих із поширеними поверхневими та глибокими дермальними опіками (II–III ст.) – Д1 гр. У 20 потерпілих вказане лікування доповнювалося гальванізацією опікових ран із попереднім введенням антибіотиків (Д2 гр.). ВТЕ розпочинали з 3–4 доби з урахуванням чутливості мікрофлори до препаратів. Його здійснювали постійним струмом щільністю 0,04–0,05 мА/см² упродовж 45–60 хв. Групу порівняння (К гр.) склали 24 потерпілих із аналогічними опіками, котрі отримували традиційну терапію. Вели спостереження за динамікою ранового процесу. Якісний та кількісний аналіз мікробіоценозу опікових ран проводили шляхом змивів із їх поверхні. Дослідження проводили на 1–3, 6–7, 13–14 і 19–21 добу після опіку.