

**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

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.

Результати дослідження. У процесі вивчення мікробіоценозу опікових ран хворих із поширеними термічними ураженнями встановлено однотипність їх видового складу в усіх групах. Отримані нами результати засвідчують, що мікробна контамінація опікових ран значно зростає упродовж перших двох тижнів, іноді перевищує при цьому “критичний рівень”, що є загрозою генералізації інфекції. Використання ентеросорбції сприяє зниженню контамінації опікових ран патогенною мікрофлорою. Це дозволяє припустити, що ентеросорбційна детоксикація має певний опосередкований вплив на ранову інфекцію, вочевидь за рахунок зниження рівня ендотоксикозу й підсилення захисних механізмів неспецифічної резистентності. Поєднання ентеросорбції з ВТЕ більш суттєво пригнічує ранову мікрофлору, що зумовлено наступними механізмами: підвищенням концентрації антибактерійних препаратів у тканинах міжелектродного простору, зростанням чутливості до них мікрофлори, бактерицидною дією постійного струму на інфекцію опікових ран, а також покращанням мікроциркуляції в зоні ураження.

Епітелізація поверхневих дермальних опіків у К гр. завершувалася на $24,5 \pm 1,4$ добу, в дослідних групах вона прискорювалася відповідно на 22,6% і 28,2% ($P < 0,05$). В окремих випадках опікова поверхня епітелізувалася під струпом. У дослідних групах термін повного очищення ран від некрозу скорочувався, порівняно з контролем, на 3,4 та 4,8 доби.

Висновки. Ентеросорбційна детоксикація має певний опосередкований вплив на ранову інфекцію, вочевидь за рахунок зниження рівня ендотоксикозу й активізації захисних механізмів неспецифічної резистентності. Поєднання ентеросорбції з внутрітканинним електрофорезом антибіотиків більш істотно знижує рівень мікробної контамінації опікових ран.

Польовий В.П.

ТАКТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ВЕДЕННЯ ПОСТТРАВДАЛИХ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ АБДОМІНАЛЬНОЇ ТРАВМИ

Кафедра загальної хірургії та урології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Актуальність проблеми пошкоджень органів черевної порожнини обумовлена високим рівнем летальності: при ізольованих травмах живота смертність становить від 5 до 10%, а при множинних – 20-30%. Проблеми в лікуванні пацієнтів з абдомінальною травмою виникають здебільшого при розвитку системних порушень функцій життєво-важливих органів – розвитку травматичної хвороби.

Мета дослідження. Покращити результати лікування посттравматичних післяопераційних гнійних ускладнень на основі розробки методу санації та дренирування черевної порожнини в комплексному лікуванні абдомінальних пошкоджень.

Матеріал і методи дослідження. Нами проаналізовано 30 випадків хірургічного лікування травм органів черевної порожнини печінки до 2015 року та проведено хірургічне лікування 30 потерпілих після 2016 року за розробленою методикою. Усім постраждалим за наявності посттравматичних пошкоджень органів очеревинної порожнини проводили адекватне дренирування і санацію черевної порожнини за допомогою запропонованого аспіраційно-проточного дренажа, який є простим у використанні та виготовленні та антисептика октенісепту який для санації черевної порожнини необхідно застосовувати у розведенні з дистильованою водою 1 : 3 двічі на добу..

Результати дослідження. Нами розроблені критерії прогнозування розвитку ускладнень в післяопераційному періоді після хірургічного лікування абдомінальної травми, які в себе включали: вік потерпілого; наявність супутніх захворювань та ступінь їх компенсації; своєчасність доставки потерпілого в стаціонар; проведення реанімаційних заходів на догоспітальному етапі; ступінь тяжкості ушкодження; порушення фізіологічних параметрів, які відображають шок, передвісники летальної тріади (гіпотермія, ацидоз, коагулопатія), поліорганна дисфункція, передвісники системної запальної відповіді; зворотність показників поліорганної дисфункції в процесі лікування.