

**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

Кушнір С.В.
ВИКОРИСТАННЯ МАЛООБ'ЄМНИХ ІНФУЗІЙНИХ НАВАНТАЖЕНЬ У
ПРАКТИЦІ ОЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК

Кафедра анестезіології та реаніматології
Буковинський державний медичний університет

Вступ. Хірургічна практика гнійно-септичних ускладнень часто має коморбідний супровід, зокрема цукровий діабет. У свою чергу пацієнти з цукровим діабетом схильні до такої асоціації. Ці поєднання маніфестують розвитком взаємообтяжливого перебігу, становленню синдрому ендогенної інтоксикації (СЕІ) та поліорганного ушкодження. СЕІ – поліетіологічний і поліпатогенетичний. Характеризується накопиченням у тканинах і біологічних рідинах ендогенних токсинів, які утворюються внаслідок надлишку метаболічних продуктів нормального або порушеного обміну речовин чи клітинного реагування. СЕІ включає такі компоненти: джерело токсемії, де відбувається утворення ендогенних токсинів; біологічні бар'єри, що стоять на перешкоді потраплення ендотоксину за межі джерела; транспортні механізми, що забезпечують поступлення ендотоксинів до органів біотрансформації та екскреції; механізми біотрансформації та екскреції; ефекторні відповіді на інтоксикацію у вигляді так званої вторинної токсичної агресії, внаслідок якої СЕІ значною мірою втрачає свою специфічність та вимагає тривалого комплексного лікування. Серед пріоритетних заходів інтенсивної терапії СЕІ займають методи активації токсिनорозчилювальної функції нирок та нефропротекції. У зв'язку з цим, методологія моніторингу за токсинорозчилювальною функцією нирок набуває великої ваги у формуванні арсеналу заходів інтенсивної терапії, потребує опрацювання та пропозицій.

Мета дослідження. Дослідити стан токсинорозчилювальної функції нирок при синдромі ендогенної інтоксикації в пацієнтів із ЦД-2 за умови інфузійного навантаження малооб'ємним розчином Рінгера.

Матеріал і методи дослідження. Досліджено вплив малооб'ємних навантажень розчином Рінгера (3 мл/кг/год протягом трьох годин) на токсинорозчилювальну функцію нирок у пацієнтів із ЦД-2 ускладненого СЕІ.

Результати дослідження. Інфузійні навантаження розчином Рінгера у пацієнтів із ЦД-2 зменшують сумарну токсичність плазми крові на $7 \pm 2,2\%$, ($\Delta p < 0,05$); концентрацію МСМ – на $10 \pm 3,7\%$ ($\Delta p < 0,05$); прокальцитоніну – на $8 \pm 3,2\%$, ($\Delta p < 0,05$), що досягається збільшенням кліренсів сумарної токсичності та МСМ в 2,6 та в 2,4 рази (відповідно – 2,8 та 2,7 при контролі – SIRS), свідчить за рівень компенсації та депресії функцій.

Висновки. Депресія кліренсу сумарної токсичності плазми крові є предиктором переважання токсинотворення над елімінацією токсичних субстанцій нирками в пацієнтів із ЦД-2 ускладненого гнійно-септичною патологією, а малооб'ємні інфузійні навантаження розчином Рінгера є чутливим індикатором ступені депресії токсинорозчилювальної функції нирок та компенсаторних можливостей при ЦД-2 ускладненого гнійно-септичною патологією.

Малайко С.С.
ВИЗНАЧЕННЯ ОПТИМАЛЬНОГО ЧАСУ ДЛЯ ПОЧАТКУ ВИКОРИСТАННЯ
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ В АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Кафедра анестезіології та реаніматології
Буковинський державний медичний університет

Вступ. Незважаючи на значні досягнення в лікуванні післяопераційного болю, зумовлені впровадженням в клінічну практику результатів досліджень формування та розвитку болю, використанням нових, високоефективних лікарських препаратів, методів і технічних засобів лікування, проблема позбавлення пацієнта болю залишається актуальною для всіх галузей медицини, і перш за все анестезіології. Неадекватна післяопераційна аналгезія реєструється в 30–87 % пацієнтів (Liu S., Richman J., 2006). Місцеве зрошення післяопераційної рани різними лікарськими засобами є відносно новим методом післяопераційного знеболювання і знаходить усе більш широке застосування (Marc B.

Schiffer, 2007). Застосовування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) для знеболювання зменшує прояви запалення, але в частки хворих біль залишається. У цих випадках використання місцевих анестетиків (МА) доповнює знеболювання шляхом блокування нервових рецепторів у рані.

Мета дослідження. Вивчити ефективність комбінованого післяопераційного знеболювання із застосуванням НПЗП та МА.

Матеріал і методи дослідження. Проведено аналіз розвитку болю в післяопераційному періоді в 70 пацієнток, яким виконали мастектомію. Усім проводили внутрішньовенну анестезію з використанням НПЗП. Контрольну групу становили 30 пацієнток, яким до та після операції вводили НПЗП, та дослідну групу — 40 пацієнток, яким вводили НПЗП і зрошували рану перед зашиванням 20 мл 0,25% розчину лідокаїну. Хворі в групах не відрізнялися за віком, крововтратою, тривалістю та методикою операції. Оцінку болю проводили згідно з відповіддю хворої на запитання: болю немає (0), біль при рухах, біль, що не потребує знеболювання, біль, що потребує знеболювання, нестерпний біль.

Результати дослідження. Серед 30 хворих, яким проводили знеболювання лише НПЗП (кетолонг починали вводити до операції та через 6 годин після операції і далі о 8.00 та о 17.00 протягом трьох діб), післяопераційний біль не відчувала 21 хвора (70 %), 3 хворі (10 %) оцінили біль в 1 бал, 2 пацієнтки (6,6 %) оцінили біль у 2 бали, 3 хворі (10 %) оцінили біль у 3 бали та скаржились на постійний біль, а в однієї хворої (3,4 %) післяопераційний біль був нестерпним та оцінений у 4 бали. 40 хворим знеболювання НПЗП доповнювали зрошенням рани МА в кінці операції. Серед цих пацієнтів протягом 3–4 годин у 37 хворих (92,5 %) був відсутній біль, вони активно рухались в ліжку, їли та пили воду, мали гарний настрій, були здатні до самообслуговування. На біль під час руху скаржились 2 пацієнтки (5 %), але післяопераційний біль не заважав їх активності та самообслуговуванню і був оцінений в 1 бал. В однієї хворої (2,5 %) біль оцінили в 2 бали, скарги були на біль в стані спокою. Хворі вночі спали, самі вставали, ходили та з 3-ї доби відмовлялись від знеболювальних препаратів.

Висновки. При застосуванні до та після хірургічного втручання НПЗП та зрошення МА перед зашиванням операційної рани 90 % хворих зовсім не відчували болю, а решта 10 % скаржились на незначний біль; наступні дні відчуття болю практично не було, вони були активні, ходили, мали гарний настрій, а серед хворих, яким застосовували лише НПЗП, тільки 70 % не відчували болю та 30 % скаржились на біль, який заважав їм спати міцно та ходити.

Ткачук О.В.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН СТРУКТУРИ ЛІМФОЇДНОЇ ПОПУЛЯЦІЇ ТИМУСА ЩУРІВ ПІСЛЯ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВОТОКУ В БАСЕЙНІ СОННИХ АРТЕРІЙ

Кафедра анестезіології та реаніматології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. На сьогодні до найбільш поширених причин інвалідизації та летальності на планеті відносять гострі порушення мозкового кровообігу, у спектрі яких домінують ішемічні ураження. Досягнення нейроімунології та нейроімунопатології дозволили віднести порушення церебрального кровообігу до імунозалежних захворювань нервової системи, тому акцент у пошуках нових підходів до підвищення ефективності терапії інсультів протягом останніх років змістився з корекції локальних змін у самому мозку на реакцію органів імунної системи, як можливої мішені фармакологічних впливів, що дадуть можливість зменшити вторинну загибель нейронів унаслідок запалення.

Мета дослідження. Вивчити вікові особливості змін у структурі лімфоїдної популяції тимуса після гострого порушення церебрального кровотоку в басейні сонних артерій у шести- та дев'ятимісячних щурів.