

815

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Підсумкова LXII науково-практична конференція

**«ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ
ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ
МЕДИЦИНИ»,**

*присвячена 165-річчю від дня народження
Івана Яковича Горбачевського*

13 червня 2019 року

Тернопіль
ТНМУ
«Укрмедкнига»
2019

<i>Валос Л.І., Дудаш А.П.</i> КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛЮМІНАЛЬНОГО А ТИПУ ІНФІЛЬТРУЮЧОГО ПРОТОКОВОГО РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ	41
<i>Воробець М.З., Борис Ю.Б., Воробець Д.З.</i> РІВЕНЬ СТАТЕВИХ ГОРМОНІВ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ РІЗНИМИ ФОРМАМИ АЗОСПЕРМІЇ	43
<i>Гнатів Ю.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ГІПЕРОСМОЛЯРНОГО СИНДРОМУ У НЕЙРОХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ.....	43
<i>Дзюбановський І.Я., Банадига А. І.</i> ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ І ПОПЕРЕДЖЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ.....	44
<i>Дзюбановський І.Я., Ковальчук А.А.</i> КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПОШИРЕНОГО ПЕРИТОНІТУ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ).....	45
<i>Загороднюк К.Ю., Дема О.В., Бевз Р.Т., Туманова Т.О., Тахамі Дар</i> СУЧАСНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОПКОВИХ ХВОРИХ	45
<i>Кучерук Є.Ф., Коробко Л.Р.</i> ТРИВАЛІСТЬ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИДУ ГЕРНІОПЛАСТИКИ	47
<i>Лекан Р.Я., Бузовський В.П., Лекан І.Р.</i> ВПЛИВ СУПУТНИХ ІНТРАКАРДІАЛЬНИХ ВАД НА ПІДХОДИ В КОРЕКЦІЇ КРИТИЧНОЇ КОАРКТАЦІЇ АОРТИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ	48
<i>Лимар Є.А., Цвях А.І., Лимар Л.Є.</i> ХОНДРОПРОТЕКЦІЯ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ГОНАРТРОЗАМИ НА ТЛІ ГІПОФУНКЦІЇ ЯЄЧНИКІВ	49
<i>Романюк Т.В., Венгер І.К., Вайда А.Р., Сельський Б.П.</i> ГІБРИДНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ОКЛЮЗІЙНО- СТЕНОТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СТЕГНО-ПІДКОЛІННОГО АРТЕРІАЛЬНОГО СЕГМЕНТУ.....	50
<i>Рудковська Н.Г., Муравйов Ф.Т.</i> ДОСВІД ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ВБАГАТОПРОФІЛЬНОМУ ЦЕНТРИ МАЛОІНВАЗИВНОЇ ХІРУРГІЇ НА БАЗІ ОБЛАСНОЇ ЛІКАРНІ	51
<i>Фафула Р.В., Єфремова У.П., Онуфрович О.К.</i> КІНЕТИЧНІ ПАРАМЕТРИ ПО-СИНТАЗИ СПЕРМАТОЗОЇДІВ НЕПЛІДНИХ ЧОЛОВІКІВ ІЗ ОЛІГО- ТА АСТЕНОЗОСПЕРМІЄЮ	52
<i>Яшан О.І., Гудак П.С., Брик Л.М.</i> ВИПАДОК РЕЦИДИВНОЇ ОТОЛІКВОРЕЇ У 11-РІЧНОЇ ДИТИНИ.....	53
«ЗДОБУТКИ СУЧАСНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ»	
<i>Беденюк О.А., Град А.О., Бандрівська О.О.</i> МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ПЕРЕБУДОВА ТКАНИН ШЛУНКА ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ВЕЛИКИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ	54
<i>Боднарчук І.В.</i> ВИВЧЕННЯ СТРУКТУРНИХ ЗМІН М'ЯЗІВ ЯЗИКА В ПОЛЯРИЗАЦІЙНОМУ СВІТЛІ ПРИ ДЕСКВАМАТИВНОМУ ГЛОСІТІ	54
<i>Бойцанюк С.І., Лучинський М.А., Пацкань Л.О., Погорецька Х.В., Серватович А.М.</i> ЗАСТОСУВАННЯ ГІДРОКСИДУ КАЛЬЦІЮ ПРИ ЛІКУВАННІ АПІКАЛЬНОГО ПЕРІОДОНТИТУ	55
<i>Вадзюк С.Н., Балок Ю.В.</i> БІОТИПИ ЯСЕН У СТУДЕНТІВ ІЗ РІЗНИМ СТАНОМ ТКАНИН ПАРОДОНТА	56
<i>Гасюк П.А., Краснокутський О.А., Воробець А.Б., Росаловська С.О.</i> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ШЛЯХИ УСУНЕННЯ РЕЦЕСІЇ ЯСЕН.....	56

Дзюбановський І.Я., Ковальчук А.А.

КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПОШИРЕНОГО ПЕРИТОНІТУ (ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МОДЕЛЬ)

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Актуальність: Покращити результати лікування пацієнтів на гострий поширений перитоніт шляхом розпрацювання методів ранньої діагностики, прогнозування перебігу та оптимізації хірургічної тактики лікування.

Мета роботи: встановити доцільність та діагностичну цінність визначення рівня С-реактивного білка та прокальцитоніну плазми крові для стратифікації ризику розвитку сепсису у пацієнтів з гострою хірургічною патологією.

Матеріали і методи: Експериментальне дослідження ґрунтувалося на 90 білих лабораторних щурах, масою 200-250 гр. Розроблений метод моделювання калового перитоніту, який близький патогенезом, клінічними проявами та фазністю протікання гострого перитоніту у людей. Використовували суспензію концентрації 15% розчину автокалу для проведення експерименту.

Результати: Клінічно через добу після моделювання перитоніту – щурі ставали малорухомими, загальмованими, групуються в кутику клітки, на вигляд в'ялі, апатичні. Відмічалось часте поверхнєве дихання. Після виведення тварин з експерименту визначалися рівні прокальцитоніну та С-реактивного білка у плазмі крові. При ревізії черевної порожнини візуально відмічалось, що парієтальна та вісцеральна очеревина тускла, гіперемована з відкладанням фібрину. У всіх відділах черевної порожнини наявний мутний ексудат, відмічається вздуття кишківника з в'ялою перистальтикою. В результаті дослідження встановлено, що рівень прокальцитоніну зростає в термінах 9 – 13 годин – 0,1 – 0,3 нг/мл, а С-реактивний білок через 18-24 годин від початку захворювання. У третій день експерименту показники становили: ПКТ 0,2 – 0,5 нг/мл, С-реактивний білок – (якісний тест) позитивний. Важливо відмітити, що починаючи з 5-ї доби початку експерименту рівні всіх біомаркерів поступово знижувалися і в середньому становили: ПКТ 0,1 – 0,3 нг/мл, С-реактивний білок – не визначався. У контрольній групі піддослідних тварин рівні біомаркерів не підвищувалися.

Висновок: С-реактивний білок та прокальцитонін – цінні діагностичні біомаркери. Їх доцільно використовувати для ранньої діагностики абдомінального сепсису у пацієнтів з гострою хірургічною патологією.

Загороднюк К.Ю., Дема О.В., Бевз Р.Т., Туманова Т.О., Тахамі Дар

СУЧАСНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОПІКОВИХ ХВОРИХ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Вступ. Опіки – це специфічні ушкодження організму, що можуть бути спричинені дією термічних, хімічних, електричних, променевих та світлових факторів. У мирний час найбільш поширеними є термічні опіки (парою, окропом тощо), основною причиною яких є побутові необережності, пожежі. Реєструються також опіки і як виробничі травми (термічні, хімічні, електричні та променеві) через недотримання вимог техніки безпеки. Значно збільшується число опікових уражень під час ведення сучасних бойових дій. Стабільна і досить висока летальність серед опікових хворих в Україні (з 2011 по 2018 рік щорічно становила $4,0 \pm 0,16$ на 1000 уражених) змушує визнати, що проблеми надання медичної допомоги, і, зокрема, заходів медичного постачання, при даній патології залишаються актуальними.

У зв'язку з вищевикладеним метою нашої роботи став аналіз сучасних аспектів медичного забезпечення опікових хворих різного ступеню тяжкості як на догоспітальному, так і госпітальному етапах. Нами були використані наступні методи досліджень: бібліографічний, аналізу та синтезу наукових даних, статистичні.

Результати та їх обговорення. Тяжкість опіку визначається як площею ураження, так і глибиною ушкодження шкіри та підлеглих тканин. Згідно сучасних даних, глибину опіку оцінюють наступним чином: I ступінь – епідермальний опік; II ступінь – дермальний поверхневий опік; III ступінь – дермальний глибокий опік; IV ступінь – субфасціальний опік. За особливостями лікування та загоспіння опікових ран виділяють поверхневі (I–II ступенів) та глибокі (III–IV ступенів) опіки. Окрім того існує поняття критичних опіків, до яких відносять: опіки дихальних шляхів; обличчя, очей, суглобів, промежини; опіки у людей похилого віку (старше 60 років); опіки II ступеню площею > 25%; опіки II ступеню у дітей, віком до 10 років, площею > 20%; опіки III ступеню площею > 10%; усі електричні опіки; опіки, комбіновані з травмою та тяжкими хронічними захворюваннями. За даними вітчизняних та світових опікових центрів, мінімальна площа глибоких або поверхневих опікових уражень, яка запускає механізми розвитку опікової хвороби, становить у дітей за умов глибокого опіку – 5% поверхні тіла та більше, за поверхневого – 10% поверхні тіла та більше; у дорослих – 10% поверхні тіла та більше за глибокого опіку і 15–20% та більше – за поверхневого. Опікова хвороба – це порушення всіх видів обміну речовин організму та роботи внутрішніх органів. В її перебігу виділяють період опікового шоку (1–5 днів) та період гострої опікової токсемії (в середньому 14 днів).

Як відомо, летальність внаслідок опікових уражень зменшується при своєчасній допомозі потерпілим. На сьогодні розроблено порядок надання допомоги хворим з опіками (наказ МОЗ України № 838 від 30.09.2013 р.). Заходи з надання допомоги хворим з опіками на місці події та на етапах евакуації спрямовані на нейтралізацію дії гіпертермічного екзо- та ендогенного чинника і, як результат, – збереження життєздатності паранекротичних тканин та профілактика поглиблення опікових ран. Критерієм закінчення нейтралізації травмуючої дії ендогенного гіпертермічного чинника є стабільна нормалізація температури в рані і відсутність больового синдрому. На госпітальному етапі спеціалізована медична допомога є необхідною умовою попередження летальності та інвалідності постраждалих з критичними та глибокими опіками. Згідно більшості доступних вітчизняних літературних даних загоспіння опіків III–IV ступеня можливе лише за умови пересадки повношарових шкірно-жирових трансплантатів на живильній ніжці або вільних розщеплених аутодермотрансплантатів. Окрім того, сучасні дерматоми і високоєфективні заміники шкіри (ксеношкіра виробництва ПП «Комбустіолог», м. Тернопіль, проф. В.В. Бігуняк, ізраїльський спреї) у поєднанні із належним медикаментозним забезпеченням дозволили впроваджувати нові технології лікування опіків.

Досить цікавим на наш погляд є досвід застосування для лікування опіків медичного матеріалу із дерми риби *Tilapia* з родини *Centrarchidae* медиками в Бразилії. Шкіра риби *Tilapia* є джерелом низьконасичених жирних кислот, протеїнів, містить натрій, фосфор, калій, селен, ніацин, vit. B_{12} та інші необхідні для загоспіння речовини. Риба широко розповсюджена: промисловий вилов здійснюється у Бразилії, США, Китаї, Австралії, країнах Середньої Азії і т.д. Окрім того, представників даної родини успішно розводять на рибних фермах, де їх шкіра взагалі розглядається як відходи. Останнє, простота обробки (стерилізація, консервація, упаковка), легкість та специфіка застосування робить даний матеріал ще і доступнішим, ніж традиційні асептичні пов'язки на курс лікування. Згідно наявних даних шкіра *Tilapia* застосовувалася для лікування опіків II-го та III-го ступеня різної етіології, шляхом накладання на опікову поверхню на 9–11 днів. За цей час всі корисні речовини з даного медичного матеріалу адсорбуються раною, нормалізується обмін речовин і матеріал може відлущитися сама, або при необхідності його можна безболісно замінити. Простота використання, можливість безболісної заміни, легкість та повнота його видалення (шматочки не залишаються в рані) відкриває можливість використання даного медичного матеріалу в тому числі і на догоспітальному етапі надання допомоги хворим з опіками.

Висновки. Порівняння різних методів лікування дозволяє стверджувати, що застосування медичного матеріалу з дерми *Tilapia* пришвидшує регенерацію ран, полегшує перебіг опікової хвороби. Таким чином, його широка імплементація є перспективною при лікуванні опіків як на догоспітальному, так і на госпітальному етапах. Слід зазначити, що один з представників родини *Centrarchidae* – *Lepomis gibbosus* – водиться у річках України, що диктує необхідність проведення комплексу наукових досліджень з вивчення можливостей застосування біоматеріалу з його дерми (як вітчизняного аналогу закордонного медичного матеріалу) при наданні допомоги опіковим хворим.