

Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільський національний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

**ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ ТА
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ**

**Матеріали підсумкової LXIV
науково-практичної конференції**

м. Тернопіль, 11 червня 2021 року

Тернопіль
ТНМУ
«Укрмедкнига»
2021

УДК 61(063)
3-46

Відповідальна за випуск: проф. О. О. Шевчук

Здобутки клінічної та експериментальної медицини : матеріали LXIV підсумкової наук.-практ. конф. (Тернопіль, 11 черв. 2021 р.) / Терноп. нац. мед. ун-т імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. – Тернопіль : ТНМУ, 2021. – 212 с.

Матеріали надруковано в авторській редакції. Автори публікацій несуть повну відповідальність за точність наведених фактів, цитат, даних, відповідної галузевої термінології, власних імен та інших відомостей.

© ТНМУ, «Укрмедкнига», 2021

При відсутності супутньої легеневої патології ступінь легеневої гіпоксії у хворих молодого та середнього віку не виступав понад 0,25 %; у похилому віці він виявився ($2,9 \pm 0,12$) %, що зумовлено процесом старіння та зниженням функціональної спроможності легеневої тканини. Ступінь циркуляторної гіпоксії у молодих пацієнтів становив ($-4,8 \pm 1,1$) %, середнього віку ($-8,1 \pm 3,2$) %, а у людей похилого віку ($+0,3 \pm 2,3$) %. Цифри з від'ємним знаком у хворих перших двох груп свідчать про компенсаторну реакцію системи гемодинаміки, яка функціонує у надмірному режимі для “виправлення дефектів” гемічної та легеневої ланок кисневого забезпечення тканин. У хворих похилого віку система гемодинаміки не забезпечує компенсації, а навпаки, вносить свою негативну долю у загальний процес пониження надходження до тканин кисню. Однак на величину серцевого викиду у них впливає не тільки функціональна спроможність міокарда, але й інтенсивність тканинного дихання (яка з віком знижується). Об'єм транспортованого кисню, порівняно із оптимальним, виявився зменшеним у хворих усіх вікових груп: інтегральний показник кисневої недостатності у молодих пацієнтів становив ($15,3 \pm 4,2$) %, середнього віку – ($10,3 \pm 2,7$) %, а похилого – ($18,7 \pm 3,6$) %.

Висновки.

1. У механізмі недостатнього надходження кисню до тканин при перитонеальному сепсисі відіграють роль такі фактори: артеріальна гіпоксемія; зниження серцевого викиду внаслідок дефіциту ОЦК, токсичного ураження серця; порушення мікроциркуляції, які сумарно можуть призвести до декомпенсації киснево-транспортної спроможності організму.
2. При дослідженні кисневого балансу хворих на перитонеальний сепсис виявили складний поліпатологічний механізм порушень оксигенації тканин, який включає прогресивне наростання дефіциту кисню на всіх його ланках.
3. Багатогранність патогенезу перитонеального сепсису на фоні порушення кисневого балансу потребують подальшого дослідження.

УДК 616.22-008.5:616.91

Пухлік С. М., Добронравова І. В., Тітаренко О. В.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПРОФЕСІОНАЛІВ ГОЛОСУ ПРИ COVID-19

Одеський національний медичний університет

COVID-19 - це потенційно тяжка гостра респіраторна інфекція, яку викликає коронавірус SARS-CoV-2. Коронавіруси – це велика родина респіраторних вірусів, які можуть спричинити захворювання різного ступню

важкості: від безсимптомного, легкого до важкого перебігу гострої респіраторної вірусної інфекції. На жаль, ця інфекція не обходить стороною і осіб голосомовних професій.

Основною вимогою до ведення цієї групи пацієнтів є дотримання строгого голосового спокою. Цьому є декілька причин. По-перше, так як в основі патогенезу інфекції полягає ендovasкулярне підвищення тромбоутворення, порушення мікроциркуляції, в тому числі і судин слизової оболонки гортані, в поєднанні з антиагрегантною терапією, необхідною для лікування COVID-19, при голосовому навантаженні може виникнути таке грізне ускладнення, як крововилив в голосові складки.

По-друге, однією з необхідних умов нормальної фонаторної активності голосових складок є достатня вологість їх слизової оболонки. При COVID-19 виникає пригнічення активності мукоциліарного кліренсу за рахунок інгібування рухливості війок епітелію та супроводжується загибеллю епітеліоцитів, що клінічно проявляється надмірною сухістю слизової оболонки глотки, гортані, носоглотки, як слід – захриплістю, сухим подразнюючим кашлем, відчуттям закладеності носу. Сухість слизової оболонки може бути викликана не тільки запальним процесом, а й побічною дією використання деяких ліків, наприклад, кортикостероїдних, десенсибілізуючих препаратів, антибіотиків, особисто при місцевому застосуванні. В цей період доцільно проводити промивання носу фізіологічним розчином чи ізотонічними спреями на основі морської води, інгаляції, стерильні сольові чи лужні полоскання горла (при наявності в анамнезі хронічного субатрофічного фаринголарингіту) розчинами дуже слабкої концентрації 0,9-1,0%. Рідина з більшою концентрацією соди може сприяти додатковому пересушуванню слизової верхніх дихальних шляхів, та посилити захриплість.

Гіпертонічний або гіпотонічний сольові розчини негативно впливають на миготливий епітелій, ще більше погіршують мукоциліарний кліренс. З лікарських препаратів в перші дні хвороби доцільно використовувати пом'якшувальні пастилки для розсмоктування (трахісан, ісла-мінт, ісла-моос, бронхо-веда), які одночасно зменшують біль, першіння в горлі та сухий подразнюючий кашель. Стосовно інгаляцій: тепло-вологі інгаляції в даний час втратили свою актуальність. Проведені дослідження доказали, що температура аерозолей, що вдихаються, суттєво впливає на миготливий епітелій (при температурі 39-40°C пригнічується його функція, а при 41°C він гине) та стан самого лікарського засобу. Оптимальною температурою для інгаляцій є 36-38°C, яку можливо здобути за допомогою небулайзерної терапії, переважно на індивідуальних ультразвукових інгаляційних апаратах, які надають лікам властивості електроаерозолі. Цей аерозоль крім лікувальних властивостей самого лікарського засобу, майже повністю складається з негативно

заряджених частинок, які надають додаткову протизапальну дію. В останні час необґрунтовано широке розповсюдження набули інгаляції мінеральними водами, які мають різні ступені мінералізації, рН, не мають стерильності. Це може негативно впливати на стан респіраторного епітелію, особливо за допомогою небулайзера, який створює дрібнодисперсну суспензію, яка глибоко потрапляє в дихальні шляхи. Також змінилося відношення до масляних інгаляцій. За даними численних досліджень встановлено, що масло, потрапляючи в альвеоли, призводить до розвитку альвеолитів і руйнуванню сурфактанта. При COVID-19 з обережністю треба використовувати дрібнодисперсні інгаляції при наявності грибкових та бактеріальних інфекцій в порожнині носу та глотки, щоб не поширити інфекцію в легені та бронхи.

З метою мінімізації пошкоджень голосового апарату, запобіганню виникнення ускладнень, треба дуже ретельно підходити до призначення симптоматичного лікування ЛОР-органів при COVID-19 людям голосомовних професій за умови строгого дотримання голосового спокою.

УДК 616-001.4-039.22

Романюк Т. В., Мороз В. С., Лекан Р. Й., Маслій С. М.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Вступ. На основі клінічного досвіду хірургічного лікування пацієнтів з приводу захворювань серця встановлено певні особливості щодо заживлення післяопераційної рани.

Мета. Висвітлити характерні особливості післяопераційного періоду рани, перебіг ранового процесу у хворих після кардіохірургічних операцій.

Найпершою і найбільш очевидною рисою кардіохірургічної операції є зміни системної гемодинаміки у післяопераційному періоді. Так, приміром, хворі після корекції вади аортального клапана у ранньому післяопераційному періоді більш схильні до значної артеріальної гіпертензії, що нерідко досить важко піддається медикаментозній корекції. У цьому випадку найбільш часто використовують нітрат-вмісні препарати.

Інша ж, значно більш численна категорія пацієнтів – хворі з ішемічною хворобою серця з багатосудинним ураженням коронарних артерій та зниженою фракцією викиду після операцій коронарного шунтування – перебувають інколи протягом 2-3 днів на адреноміметичній стимулюючій терапії. Дози таких препаратів, як адреналін, норадреналін, та добутамін можуть сягати в

| | |
|---|-----------|
| Ярошенко Д. С. ОСОБЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДІАГНОСТИКИ ПАРКІНСОНІЗМУ | 67 |
| Секція 2 «ХІРУРГІЯ, ОНКОЛОГІЯ, ОРТОПЕДІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ» | 68 |
| Венгер І. К., Костів С. Я., Вайда А. Р., Хвалибога Д. В. НЕСПЕЦИФІЧНА ДИСПЛАЗІЯ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ, ЯК ФАКТОР РИЗИКУ РОВИТКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗУ В УМОВАХ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ | 68 |
| Венгер І. К., Костів С. Я., Вайда А. Р., Сельський Б. П., Фарина І. В. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ШЕМІЇ, ЩО ЗАГРОЖУЄ ВТРАТІ НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ, У ХВОРИХ ІЗ СТЕНОТИЧНО-ОКЛЮЗИВНИМ УРАЖЕННЯМ АРТЕРІЙ ГОМІЛКИ..... | 70 |
| Венгер І. К., Костів С. Я., Вайда А. Р., Сельський Б. П., Фарина І. В. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЛАБОРАТОРНО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ПРИ ПРОГНОЗУВАННІ РИЗИКУ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ ОКЛЮЗИВНО-СТЕНОТИЧНОГО ПРОЦЕСУ СТЕГНО-ПІДКОЛІННО-ГОМІЛКОВОГО АРТЕРІАЛЬНОГО СЕГМЕНТУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ БАГАТОПАРАМЕТРИЧНОЇ НЕЙРОМЕРЕЖЕВОЇ КЛАСТЕРИЗАЦІЇ | 72 |
| Герасимюк Н. І., Лойко І. І., Гусак М. О. МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ АРТЕРІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОБЛІТЕРУЮЧИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СУДИН НИЖНІХ КІНЦІВОК ТА ВИСОКИМ РИЗИКОМ РЕПЕРФУЗІЙНО-РЕОКСИГЕНАЦІЙНОГО СИНДРОМУ | 73 |
| Гощинський В. Б., Свідерський Ю. Ю., Мігенько Л. М. ЗНАЧЕННЯ ПЕРЕДНЬОЇ ДОДАТКОВОЇ ПІДШКІРНОЇ ВЕНИ В РЕЦИДИВІ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ПІСЛЯ РАДІАЧАСТОТНОЇ АБЛЯЦІЇ ВЕН | 74 |
| Goshchynsky V. B., Goshchynsky P. V., Migenko B. O. PERSPECTIVES IN USING PLATEL-RICH PLASMA AND PLATEL-RICH FIBRIN FOR MANAGING CRITICAL LOWER LIMB ISCHEMIA AFTER PARTIAL FOOT AMPUTATION | 76 |
| Дзюбановський І. Я., Бенедикт В. В., Продан А. М., Роговський І. Б. ДЕЯКІ СУЧАСТНІ ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНІ ПРИНЦИПИ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ НЕПРОХІДНІСТЬ ТОНКОЇ КИШКИ | 77 |
| Зюбрицький М. М., Стришка Р. Є. ВИБІР РІВНЯ АМПУТАЦІЇ У ХВОРИХ З АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИМ УРАЖЕННЯМ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК | 79 |
| Мальований В. В., Війтович Л. Є. ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ РЕБЕР | 81 |
| Мороз В. С., Лекан Р. Й., Романюк Т. В. ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВАЖКОЇ ШЕМІЧНОЇ МІТРАЛЬНОЇ РЕГУРГІТАЦІЇ З БАГАТОСУДИННИМ УРАЖЕННЯМ..... | 82 |
| Перцов В. І., Телушко Я. В., Савченко С. І. ГНІЙНИЙ АРТРИТ ГРУДИНО-КЛЮЧИЧНОГО СУГЛОБУ: ДІАГНОСТИКА, ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ, ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ..... | 84 |
| Плитка О. В. КИСНЕВИЙ БАЛАНС ПРИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОМУ СЕПСИСІ | 86 |
| Пухлік С. М., Добронравова І. В., Тігаренко О. В. ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПРОФЕСІОНАЛІВ ГОЛОСУ ПРИ COVID-19 | 87 |
| Романюк Т. В., Мороз В. С., Лекан Р. Й., Маслій С. М. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ | 89 |
| Саленко Л. Ю. ВИВЧЕННЯ СПРОМОЖНОСТІ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ ПІСЛЯ ЛАРИНГЕКТОМІЇ..... | 91 |