



Матеріали 97-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу ВДНЗУ «БДМУ»

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

МАТЕРІАЛИ



97-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
Вищого державного навчального закладу України
«Буковинський державний медичний університет»

15, 17, 22 лютого 2016 р.



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016



УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

СЕКЦІЯ 1
ОСНОВИ МОРФОЛОГІЇ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ І ТВАРИН, АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ ТА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ

Антонюк О.П.
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ БУДОВИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В
НОВОНАРОДЖЕНИХ.

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016

Морфологія атрезії тонкої кишки зумовлена багатьма факторами, зокрема поліетіологічною патологією. Проблеми морфології атрезії кишки, зумовлена практичним значенням проблеми. Реконструктивні операції, які мають за мету усунути механічну непрохідність, викликану атрезією кишки, повинні здійснюватися тільки у межах здорових, тобто функціонально повноцінних тканин. Саме тому необхідно чітко визначити межу між функціонально повноцінною та зміненою частиною кишки, що неможливо без знання морфології атрезії кишки.

Серед оклюзії дистальної частини дванадцятипалої кишки переважають стенози, проксимальної атрезії; в середньому відділі розподіл цих вад приблизно рівне. Атрезії на рівні великого сосочка дванадцятипалої кишки можуть супроводжуватися розширенням загальної жовчної протоки і носять назву Т-подібних. Серед супрапапілярних форм переважає атрезія у вигляді вільних ізольованих сліпих кінців; нижче великого сосочка дванадцятипалої кишки частіше спостерігається мембранозна форма.

Стенози являють собою перфоровану мембрану або гіпоплазовану ділянку дванадцятипалої кишки, іноді з різким порушенням диференціювання її стінки. Некроз розвивається не тільки в паренхіматозних елементах тканин і органів, але і в їх стромі. При цьому руйнуються як клітини стромы, так і нервові закінчення і компоненти екстрацелюлярного матриксу. Розщеплення ретикулярних, колагенових і еластичних волокон відбувається за участю нейтральних протеаз (колагенази, еластази), глікопротеїдпротеаз, ліпідів - ліпаз. При мікроскопічному дослідженні виявляються розпад, фрагментація і лізис ретикулярних, колагенових і еластичних волокон (еластолізіс), в некротизованій тканині нерідко відкладається фібрин. Судинний некроз пов'язаний з абсолютною або відносною недостатністю циркуляції в артеріях, венах і лімфатичних судинах. Найбільш часта форма судинного некрозу зумовлена порушенням кровообігу в артеріях у зв'язку з їх тромбозом, емболією, тривалим спазмом, а також з функціональним перенапруженням органа в умовах гіпоксії. Отже, атретичні зміни дванадцятипалої кишки призводять до фіброзного переродження гіпертрофованого м'язового шару, що є наслідком декомпенсованої гіпертрофії. Розшарування м'язової оболонки, як у коловому шарі так і в поздовжньому шарі. Недостатня циркуляція в тканині викликає їх ішемію, гіпоксію і розвиток ішемічного некрозу, патогенез якого пов'язаний не тільки з гіпоксичними, але і з реперфузійними механізмами. Некротизована тканина може мати щільну і суху консистенцію, що спостерігається при коагуляційному некрозі. Тканина при цьому може піддатися муміфікації. В інших випадках мертва тканина в'яла, містить велику кількість рідини, піддається міомалізації. При мембранозній формі атрезії мембрана нагадує слизову оболонку. Товщина мембрани в ДПК коливається до 1,5 мм, а в клубовій кишці – до 0,5 мм. При атрезії ДПК відбувається потоншення її стінки (норма 4-4,1 мм, при атрезії 2-2,2 мм).

Отримані результати підтверджують клініко-анатомічну закономірність: чим вище в кишковій трубці перепона, тим важчі зміни в органі і тяжкий стан хворого. Безпосередньо ділянки атрезії з множинними вогнищами фіброзу та некрозу вказують на можливу первинність порушень розвитку кровеносних судин, що зумовило в даній ділянці ішемію з розвитком фіброзу. Це стосується всіх ділянок кишки – як тонкої, так і товстої (ободової) кишки – при атрезії з фіброзними тяжами (II тип) та повній формі атрезії (III тип). Щодо множинних ділянок атрезії (IV тип), зокрема, при синдромі "пагоди", то патологічні прояви настільки множинні і значні, що в даному разі на перший план виходить патологія розвитку кишкової трубки як такої, зокрема, порушення повороту кишки. Анатомічне переривання просвіту дванадцятипалої кишки перекривається мембраною або фіброзним тяжем. При стенозі кишки просвіт може бути звужений, але завжди більшою чи меншою мірою збережений, тоді як при атрезії відсутній на певній ділянці. Дуоденальна атрезія (або стеноз) – одна з причин природженої кишкової непрохідності. Популяційна частота атрезії цієї локалізації приблизно 1 випадок на 10000, стенозів – 1 випадок на 27000. Питома вага хворих з такою вадою померлих у віці до 1 міс. становить 1%.

Банул Б.Ю.
МОРФОГЕНЕЗ ПАРАМЕЗОНЕФРИЧНИХ ПРОТОК ТА ЇХ ПОХІДНИХ У ЗАРОДКОВОМУ ПЕРІОДІ
ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

У зародків 9,5 мм ТКД між статевими залозами та мезонефральною частиною статевого гребеня виникає неглибока борозна, вистелена ціломічним епітелієм.



as to the protection of vertebrate animals that are used for experimental and other scientific purposes [Strasbourg, 1986].

According to the obtained data the parameters of the fibrinolytic and proteolytic activity under study were reliably higher in the animals of the experimental group as compared with the control one. The reliable rising of the level of DC was detected since 24 h. of the observation, while the more increased indices of MA have been observed in the ISI group in comparison with control one since 12 h. after operation. The indices of activity of all the antioxidant enzymes (SOS, Ct, GPO) were reliably lower in the animals with ISI as compared with the animals without this one throughout the entire period of observation.

When analyzing the obtained findings it has been established that the steady activation of tissues proteolysis takes place in the animals with ISI. So, in 12-24 h. following the operation a reliably higher activity of lysis of AA, ACs and ACg was detected in the animals of the experimental group ($p < 0,001$). In particular, the activity of ACg lysis in the animals of the trial series exceeded twice the control findings which indicate a deeper degradation of collagen molecules in investigated tissues. Increased proteolytic activity also contributes the intensified lysis of fibrin in the junction area at the expense of a direct enzymatic action. At this period of observation in the animals with IIS there occurs a proved rise of TFA, both at the expense of NFA and EFA ($p < 0,001$). However, such an impetuous and pronounced activation of fibrinolysis in the region of the connection may bring about a disturbance of the primary biological leak resistance of the suture line, infecting the thread canal and a penetration of microorganisms out of the intestinal lumen on their surface. During a later period (48-72 h.) we observed a tendency to rise of the indices of tissue proteolysis, especially indices of ACg lysis, which were one and a half time higher than data of the control group. The long increased degradation of collagen molecules in tissues of the junction zone on the conditions of insufficient blood supply may be one of the mechanisms of disturbance of regeneration of sutured tissues. An elevation of the tissue fibrinolytic activity was detected in the animals with IIS, largely at the expense of EFA which exceeded twice the control data. Such an excessive activation of the tissues fibrinolysis at the expense of lysis of the fibrin matrix may cause a disturbance of the fixation of fibroblasts in the tissues of the connection area and its regeneration. At this period we defined a great accumulation of final products of lipid peroxidation in the animals of the experimental group ($p < 0,001$). So, concentrations of DC and MA were higher in 3-6 times in latter as compared with the control ones. The indices of activity of majority from the investigated antioxidant enzymes were 10 times less in the animals with ISI. Such imbalance of the pro- and antioxidant systems may be one of the mechanisms of implementation of the damaging effect of active oxygen forms on the conditions of ischemia in the area of sutures with the ISI development.

On the model of intestinal sutures insufficiency an increase of fibrinolytic and proteolytic activity with accumulation of products of lipid peroxidation are observed in the tissues of the junction area. In the early terms (12-24 hours) increased fibrinolytic and proteolytic activity may be one of the mechanisms of disturbance of the primary (biological) leak-resistance of the suture line. At a later stage (24-72 hours) excessive activation of enzymatic fibrinolysis and collagen degradation in a combination with disbalance of the pro- and antioxidant systems may contribute in a disturbance of regeneration of the connection region with the onset of sutures insufficiency. We consider it expedient to study correlations between the fibrinolytic and proteolytic activity and degree of microbial contamination of the region of the interintestinal connection in case of sutures insufficiency.

Савін В.В., Домбровський Д.Б., Масний О.І.

СТИМУЛЯЦІЯ АНГІОГЕННИХ ПРОЦЕСІВ ЗА УМОВ ІШЕМІЇ КІНЦІВОК В ЕКСПЕРИМЕНТІ ТА В КЛІНІЦІ ПІСЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ СТОБУРОВИХ КЛІТИН КОРДОВОЇ КРОВІ

Кафедра хірургії

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Актуальність проблеми лікування хворих з облітеруючими захворюваннями периферичних артерій у сучасній клінічній медицині обумовлено збільшенням їх поширеності. Останніми роками вивчаються можливості використання клітинних технологій для пошуку нових методів стимуляції ангиогенезу за допомогою стовбурових клітин кордової крові у тих випадках, коли виконання прямої реконструкції судинного русла не можливо.

Метою дослідження було вивчити вплив стовбурових клітин кордової крові на процеси ангиогенезу дослідних тварин за умов змодельованої ішемії кінцівок і визначити стан мікроциркуляції та ендотеліальної функції за допомогою лазерної доплерівської флоуметрії в клінічних умовах.

Проведено експериментальні дослідження з використанням 30 щурів. Тварини поділені на 2 групи: I група – тварини, яким змодельовано ішемію кінцівки, II група - тварини, яким на тлі змодельованої ішемії кінцівки введено клітини кордової крові.

На клінічному етапі застосовувалася розроблена оригінальна методика непрямой ревазуляризації з використанням клітин кордової крові. Методика застосована у 7 пацієнтів з проявами хронічної ішемії нижніх кінцівок на тлі облітеруючого атеросклерозу, які перебували на стаціонарному лікуванні. Хворим виконувались загальноклінічні та спеціальні інструментальні методи обстеження, включаючи лазерну доплерівську флоуметрію. В усіх випадках констатовано неможливість виконання реконструктивних оперативних втручань на судинах нижніх кінцівок та наявність у хворих ішемії II Б - III ступеня за методом Покровського-Фонтейна.

На клінічному етапі клітинну суспензію вводили внутрішньом'язово в зону ішемічного ураження кінцівки за власною розробленою методикою. В динаміці лікування хворих було повторно обстежено через 1



місяць та через 3 місяці після проведення трансплантації. Виконувались наступні обстеження: лазерна доплерівська флоуметрія мікроциркуляторного русла, доплерографія судин нижніх кінцівок, рентгенконтрасна ангиографія.

Після введення клітин кордової крові на тлі ішемії виявлено постійну структурну стимуляцію регенераторних процесів і ангиогенезу у дослідних тварин.

За результатами клінічного дослідження через 1 місяць відмічається покращення мікроциркуляції за рахунок новоутворення капілярного русла, дилатації прекапілярних сфінктерів за рахунок зниження нейротонусу, посилення артеріо-венозного шунтування, покращення резерву капілярного кровотоку за рахунок поліпшення ендотелій - незалежної вазодилатації. У 3 хворих спостерігався перехід з III на II Б стадію та 2 хворих із II Б на II А стадію. У одного з пацієнтів виник тромбоз підколінної артерії, у зв'язку з чим хворому виконана ампутація нижньої кінцівки на протязі перших 6-ти місяців з моменту трансплантації.

При подальшому спостереженні в усіх хворих через 3 місяці відмічається тенденція до покращення мікроциркуляції за рахунок покращення веноулярного відтоку, поліпшення ендотеліальної вазодилатації, посилення артеріо – венозних шунтувань, про що свідчить нормалізації показників лазерної доплерівської флоуметрії.

Отже, трансплантація стовбурових клітин кордової крові призводить до активації компенсаторно-відновної реакції в ішемізованій м'язовій тканині та стимуляції процесів ангиогенезу, що підтверджується гістологічно та імуногістохімічно в експерименті. В клінічному дослідженні відмічається зменшення явищ ішемії та загальне покращення процесів мікроциркуляції, що доведено за допомогою лазерної доплерівської флоуметрії.

Sydorchuk R.I., Khomko O.Y.*, Plehutsa O.M.*, Polyansky O.I., Shafranyuk V.D., Raileanu S.I. ACUTE HEPATIC FAILURE UNDER ABDOMINAL SEPSIS: MULTIPLE ORGAN DYSFUNCTION SYNDROME

*Department of General Surgery
Department of Nursing and Higher Nursing Education*
Higher state educational establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University»*

Abdominal sepsis (AS) is leading in terms of diagnostic, prophylactics, treatment complexity, and mortality amongst the most spread surgical diseases associated with digestive system. While the multiple organ dysfunction/failure syndrome (MODS), including hepatic insufficiency became even more significant in prognosis and treatment outcome, role of messenger/regulatory and metabolic changes under AS is growing, though undervalued. The aim of the study was to reveal changes of systemic aminotransferase activity under AS.

All AS patients were divided accordingly into SIRS-2 (2 SIRS symptoms) – 1 group, SIRS-3 (3 SIRS symptoms) – 2nd, and SIRS-4 (4 SIRS symptoms/heavy sepsis) – 3rd group. 17 patient without abdominal pathology formed control group. Data was acquired on days 1,3,5,7, 10 after surgery.

In group 1: ALT (21.00±9.03 [day1]; 21.00±9.53 [day3]; 29.67±14.99 [day5]; 34.33±13.14 [day7]; 23.33±2.48 [day10]); AST (29.63±8.52; 32.33±12.75; 44.75±12.16; 61.00±21.25; 26.00±2.55, respectively). In group 2: ALT (20.75±5.43; 24.08±2.43; 30.00±4.33; 29.11±2.72; 31.71±7.61, respectively); AST (28.37±5.03; 39.58±5.55; 41.18±1.34; 29.89±3.66; 22.71±6.49, respectively). In group 3: ALT (16.90±2.61; 24.22±4.45; 18.11±2.20; 25.30±3.14; 29.89±3.99, respectively); AST (28.70±2.16; 39.00±8.30; 28.33±4.12; 31.09±4.48; 29.67±5.61, respectively).

There is no doubt concerning development of hepatic dysfunction under AS. Although clinically expressed dysfunction/insufficiency was relatively rare (only 21.15%), this study shows that hepatic cytolysis syndrome under AS develops much earlier than clinical signs or laboratory marks occur. Lower than in 1st group results found in 3rd group during several periods may be associated with stimulated proteolysis activity mimicking less significant liver injury.

Sydorchuk R.I., Sydorchuk L.P.*, Khomko O.Y.*, Plehutsa O.M.***, Karliychuk O.O. THE USE OF IMMUNOTHERAPY FOR ABDOMINAL SEPSIS**

*Department of General Surgery
Department of Family Medicine*
Department of Nursing and Higher Nursing Education**
Higher state educational establishment of Ukraine
«Bukovinian State Medical University»*

Due to immune disorders playing a key role in development of Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) passive immune therapy is considered to be a method of choice for abdominal sepsis (AS) patients. Existing remedies (specific hyper immune serum, specific antibodies and immunoglobulins) are expensive and require exact validation of pathogens. The aim of the study was to evaluate the efficacy of using the AS convalescent donors plasma for passive immunotherapy of AS.

The study was conducted both experimentally and clinically on 775 Wistar line rats and 38 inbred dogs. Totally 296 patients with AS were also involved into the study; 212 – study group, 58 – control group; 26 patients were selected as convalescent donors of plasma. Serum concentrations (ELISA) of major antibodies were determined



against most significant pathogens (*E.coli*, *Staphylococcus* spp., *S.aureus*, *Bacteroides* spp, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*).

Changes of serum antibodies concentrations were time dependent and fluctuating during the current of AS forming the waveform curves. Most remarkable decreases were found during 24-72 hours of AS. Serum antibodies titres to main pathogens were slightly higher due to antibiotics and detoxication therapy. Operation by itself decreased titres from 4.42±0.28 to 3.49±0.25 (*E.coli*), from 5.41±1.02 to 3.0±0.58 (*P.aeruginosa*). Antistaphylococcal antibodies titres decreased from 7.22±0.9 before surgery to 4.83±0.47 after. Repeated operations alter antibodies concentrations even more significantly. The highest levels of antibodies were found in patients who underwent successful treatment of AS one to two months prior to investigation. Their plasma was used in treatment of AS patients. Intravenous administration of two-dose 100-200 ml of hyper immune plasma per day prevented following decrease of antibodies levels and in 98% case increased them (21.39±1.47%). The cost of treatment was 15-37% lower if compare with traditional methods (control group).

There is an exact evidence of hyperimmune plasma using efficacy in patients with abdominal sepsis; it is more cost effective if compare with traditional methods of immunotherapy.

Сидорчук Р.І., Хомко О.Й.*, Плегуца О.М.*, Сидорчук Л.П.**
ОКРЕМІ АСПЕКТИ АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКИ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ В ОСІБ
СТАРШОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ

Кафедра загальної хірургії
*Кафедра догляду за хворими та вищої медичної освіти**
*Кафедра сімейної медицини***
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Індивідууми старшого та похилого віку, як правило характеризуються коморбідністю, порушенням різних ланок метаболізму та імунологічного гомеостазу. Саме тому, ризик виникнення ускладнень гнійно-запального характеру та генералізації інфекційного процесу у таких хворих є надзвичайно високим.

Мета роботи: визначити доцільність проведення антибіотикопрофілактики за абдомінального сепсису, визначити найбільш доцільні препарати та шляхи й терміни їх застосування у хворих старшого та похилого віку, провести оцінку економічної доцільності антибіотикопрофілактики.

Робота носить експериментально-клінічний характер. Використано стандартні методи мікробіологічного моніторингу. Об'єктом дослідження були 47 експериментальних тварин та 52 хворих старшого та похилого віку з гострою патологією живота, що супроводжувалась розвитком абдомінального сепсису. Нами використано парентеральне введення антибактеріальних препаратів, колоносація антибактеріальними препаратами та поєднання колоносаційних заходів з парентеральним введенням антибіотиків. Статистичний аналіз та оцінка результатів здійснювалась за допомогою програми MS Excel™.

Встановлено, що навіть при гострому неускладненому холециститі у 69,23% хворих та у 78,72% експериментальних тварин розвивається транзиторна чи стала бактеріємія. За умов розвитку гострого перитоніту чи парезу кишечника, як причини абдомінального сепсису цей відсоток підвищується до 84,62% (p<0,05) та 89,36% (p<0,05) відповідно. Причиною цього у переважній більшості випадків є транслокація мікрофлори з порожнини кишечного тракту. Профілактичне введення антибактеріальних препаратів дозволяє знизити відсоток висівання мікрофлори з крові периферійної вени до 19,15% у тварин і до 13,46% у хворих. Серед антибактеріальних препаратів найбільш ефективним виявилось застосування монотерапії препаратами фторхінолонового ряду, в той же час поширена терапія комбінацією аміноглікозиду та бета-лактаму антибіотика була менш дієвою.

Застосування тільки колоносації, як й очікувалось було недостатньо ефективним для профілактики абдомінального сепсису, однак позитивний вплив на мікрофлору порожнини товстої кишки та її колонізаційну резистентність є важливим компонентом патогенетичного лікування, оскільки дозволяє значно знизити потенціал мікрофлори безпосередньо у основному її джерелі.

Найбільш ефективним для антибіотикопрофілактики абдомінального сепсису є комбіноване застосування парентерального введення препаратів та застосування колоносаційних заходів.

Сикирицька Т.Б., Бірюк І.Г.*, Войтенко І.В.
ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСНОГО АПАРАТНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ АМБЛІОПІЇ

Кафедра офтальмології ім.Б.Л. Радзіховського
*Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії**
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

До амбліопії може призвести будь-який чинник, що перешкоджає нормальному відображенню чіткого, сфокусованого зображення в очі і призводить до функціонального зниження зору, при якому одне око майже не задіяне в зоровому процесі. Найчастіше амбліопія у дітей формується, якщо обидва ока одночасно розглядають два різних об'єкта і відправляють в головний мозок дві різні картинки. Це не що інше, як косоокість. У дитини, що страждає косоокістю, мозок намагається упорядкувати плутанину в двох отриманих зображеннях, пригнічуючи функціонування одного ока. Причиною хвороби може стати стан, при якому в одному оці більше,



ніж в іншому, виражена короткозорість або далекозорість. Коли одне око розрізняє зображення набагато краще, ніж інше, мозок починає нехтувати нечіткою картинкою, яку отримує від слабкого ока. Амбліопія може розвиватись і в обох очах.

Амбліопія у дітей іноді починається із-за того, що в одне око довгий час світло надходить набагато гірше, ніж в інше. Катаракта, фізичний недолік рогівки ока теж нерідко стає причиною захворювання. Хвороба «ледачого» ока, що з'явилася в цих випадках, розвивається нечасто, але дає важкі ускладнення. Якщо дитині не надати медичної допомоги на ранніх стадіях хвороби, він, цілком ймовірно, ніколи в житті не зможе бачити слабким оком. Профілактичні обстеження дітей необхідно починати проводити ще в пологовому будинку та на першому році життя.

Мета – оцінити ефективність використання комплексного апаратного лікування при амбліопії.

Проблема амбліопії представляє собою серйозну медичну та соціальну проблему. Для їх вирішення в сучасній офтальмології активно використовуються оптична корекція та різноманітні плеоптичні програми. На даний час в практичній медицині широко залучають методи лікування, які використовують прийоми зовнішнього зворотного зв'язку. Перспективним в цьому напрямку є метод когнитивної модуляції гостроти зору, який здійснюється за допомогою апаратного комплексу „Амбліокор”. У його основі лежить відео-комп'ютерний аутотренінг, який сприяє відновленню контролю нервової системи за процесами, які протікають у зоровому аналізаторі та посилює властивість мозку відновлювати чіткість зорового зображення.

Нами проведений комплексний аналіз даних 95 дітей віком від 3 до 17 років, які пройшли лікування з використанням апарату „Амбліокор” офтальмологічної амбулаторії „Оптики люксор”. У всіх пацієнтів до та після лікування визначалась гострота зору. В залежності від виду та ступеня амбліопії термін лікування на комплексному апараті „Амбліокор” складав від 10 до 15 сеансів. При виборі режиму лікування особливу увагу приділяли виду рефракції. При виявленні міопічної рефракції та змішаного астигматизму використовували режим «релаксація», а при гіперметропічній рефракції та гіперметропічному астигматизму – режим «активація».

Дані ретроспективного аналізу результатів апаратного лікування дітей вказують на покращення середньої гостроти зору на 0,35 (без корекції) та на 0,45 (з корекцією). У результаті комплексного лікування середня гострота зору підвищилась з 0,2±0,15 (до лікування) до 0,65±0,30 (після лікування). Через 3 місяці після апаратного лікування у 74% дітей гострота зору залишалась попередньою, а через 6 місяців – у 68%. В інших випадках зниження гостроти зору без корекції та з оптичною корекцією варіювали з 0,05 до 0,45. У більшості випадків це були діти з обскураційною або дисбіокулярною амбліопією дуже високого та високого ступеня, що, на нашу думку, пояснюється наявністю неправильної (нецентральної) фіксації, відсутністю постійного носіння корекції при односторонньому ураженні.

Результати лікування на «Амбліокорі»: при короткозорості і далекозорості гострота зору збільшилась на 2-4 рядки таблиці більш ніж у 90% пацієнтів. Пацієнти із середнім і легким ступенем короткозорості перестали постійно користуватися окулярами, при важких формах оптична корекція зменшилась на 2-3 діоптрії. При косоокості в 80% випадків досягли повний або частковий ефект: зменшився або зник кут косоокості. При рефракційній або анізотропічній амбліопії після одного або двох курсів лікування більш ніж у 90% пацієнтів зняли діагноз (критерій його зняття - підвищення гостроти зору на оці, що косить до 0,4).

Таблиця

Результати лікування різних форм амбліопії		
діагноз	форма	% вилікування
Амбліопія	рефракційна	Більше 90% (зняття діагноза)
	дисбіокулярна	Більше 60% (зняття діагноза)
	обскураційна	Більше 50% (відновлення біокулярного зору)

Отже, дане дослідження підтверджує необхідність пошуку нових методів лікування амбліопії з застосуванням сучасних технологій. Комплексне апаратне лікування амбліопії дозволяє у більшості пацієнтів (90%) стабілізувати зорові функції на достатньо високому рівні. Перевага використання апарату „Амбліокор” - відсутність протипоказань, простота процедури та хороша результативність.

Степанченко М.С., Федорук О.С., Владиченко К.А., Візнюк В.В.
ЗМІНИ У РЕПРОДУКТИВНІЙ СИСТЕМІ ЧОЛОВІКІВ ПІД ВПЛИВОМ КСЕНОЕСТРОГЕНІВ

Кафедра хірургії та урології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

У сучасній медицині досить багато зусиль спрямовано переважно на проблеми, що стосуються «матері і дитини». Проблеми чоловіків часто нівелюються та залишаються на другому плані. Однак сьогодні чоловіче безпліддя становить глобальну проблему не тільки в Україні, а й в усьому світі. Зменшення концентрації та якості сперматозоїдів, онкологічні захворювання статевої системи, різноманітні аномалії та дефекти в процесі розвитку – це лише мізерна частина всіх проблем, що стали наслідком впливу сучасної цивілізації.

Найбільший вплив на організм чоловіка, особливо на його репродуктивну систему, чинять ксеноестрогени, або як їх ще називають – «гормональні деструктори». Це речовини хімічного походження, які за своєю будовою схожі на жіночі статеві гормони. Дані сполуки впливають на синтез, секрецію, транспорт, метаболізм, зв'язування або виведення натуральних гормонів, які наявні в тілі людини і відповідають за