

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



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

11, 13, 18 лютого 2019 року

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



Мета дослідження: удосконалення хірургічного лікування хворих із комбінованим гемороєм, зменшення ризику виникнення як ранніх, так і пізніх післяопераційних ускладнень.

В проктологічному відділенні обласної клінічної лікарні виконано 24 гемороїдектомії з використанням радіохвильового скальпеля «Surgitron™» у хворих з комбінованим гемороєм. Серед них - 14 хворих чоловіки і 10 жінок. Вік хворих коливався від 23 до 62 років. Всім хворим в обов'язковому порядку проводили огляд перианальної ділянки, пальцеве дослідження прямої кишки, ректороманоскопію, УЗД внутрішніх органів, ФОГК, загальноклінічні аналізи. Оперативні втручання виконували під спинно – мозковою анестезією розчином меркаїну чи бупівікаїну.

Після обробки операційного поля та прямої кишки під пальцевим контролем верхівку внутрішнього гемороїдального вузла захоплювали затискачем Люєра з тракцією вузла до низу. При цьому судинна ніжка і основа вузла чітко визначалися. Окремим вікриловим вузловим швом на атравматичній голці відступивши до 0,8-1 см проксимальніше прошивали та двічі перевязували слизову анального каналу з судинною ніжкою, попередньо зробивши насічку слизової радіохвильовим скальпелем в режимі «різання та коагуляція». Сам вузол прошивали в основі під зажимом обвивним швом, послаблюючи бранші затискача та одночасно зав'язуючи шов. Гемороїдальний вузол відсікали в режимі «різання». В усіх випадках спостерігали надійний гемостаз. У випадках коли внутрішній вузол відповідав IV стадії перевагу надавали окремим вузловим швам при прошиванні основи вузла. Затискачем Аліса захвачували верхівку зовнішнього гемороїдального вузла, підтягуючи проксимальніше, що давало можливість кращій візуалізації судинної ніжки та основи останнього. Окаймляючим розрізом в режимі «різання та коагуляція» розсікали слизову в основі та поздовжнім – по ходу судинної ніжки. За допомогою, в переважній більшості, тупфера або радіохвильового скальпеля в режимі «коагуляція» відсепарували основу вузла та судинну ніжку від оточуючих тканин. Судинну ніжку прошивали вузловим вікриловим швом на атравматичній голці, затягуючи проксимальніше та відсікаючи в режимі «різання». Дефект слизової анального каналу поновлювали вузловими швами, підтягуючи анодерму проксимальніше та формуючи заплату. Завершували операцію контролем гемостазу та мазевим тампоном в прямій кишці.

Оцінку результатів лікування ми провели по наступних параметрах: больові відчуття пацієнта в післяопераційному періоді, реакцію тканин на проведену маніпуляцію (кровотеча, запалення, інфільтрація, коагуляційний некроз), частота післяопераційних ускладнень, тривалість заживання післяопераційної рани, зручність роботи з апаратом. В ранньому післяопераційному періоді ні в одному випадку не було зареєстровано кровотечі, значно менше турбував больовий синдром, реактивні явища в ділянці операції були помірнішими. Тривалість ліжко-дня в середньому була 8-9 днів. Хворі були під наглядом в термін від 1 до 6 місяців.

Таким чином, гемороїдектомія з використанням радіохвильового скальпеля проходила в умовах значно меншої кровоточивості тканин, порівняно з типовою гемороїдектомією. Ні в одному випадку після гемороїдектомії з використанням радіохвильового скальпеля не виявлено ускладнень і рецидивів захворювання.

Врублєвська А.С.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ОФТАЛЬМОТОНУСУ
У ХВОРИХ ПЕРВИННОЮ ВІДКРИТОКУТОВОЮ ГЛАУКОМОЮ
ТА ОБ'ЄКТИВНИХ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОДИНАМІКИ ОКА**

*Кафедра офтальмології ім. Б.Л.Радзиховського
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Первинна відкритокутова глаукома (ПВКГ) посідає одне з перших місць серед причин незворотної сліпоти, слабкості та первинної інвалідності, залишаючись важливою



медико-соціальною проблемою сучасної офтальмології. ПМКГ – це хронічне прогресуюче захворювання, що уражує зоровий нерв з розвитком специфічної оптичної нейропатії, характерних змін в полі зору, в ряді випадків супроводжується періодичним, або стійким підвищенням внутрішньоочного тиску (ВОТ). Підвищений ВОТ спричинюється зазвичай порушенням відтоку водянистої вологи.

Метою роботи було підвищити ефективність діагностики первинної відкритокутової глаукоми шляхом вивчення змін гемодинаміки та гідродинаміки ока.

Загалом обстежено 43 пацієнта (86 очей), що перебувають на диспансерному спостереженні обласної клінічної поліклініки м. Чернівці, вік яких складав 54-94 р. У всіх осіб, хворих первинною відкритокутовою глаукомою різної стадії, проводилося дослідження толерантного тиску і дослідження гідродинаміки ока. У 35,29 % пацієнтів офтальмотонус знаходився в межах нормальних значень, у 44,71 % – в межах низьких значень, у 20% – в межах зони високої норми.

За результатами тонографії встановлено, що розвиток з прогресуванням первинної відкритокутової глаукоми характеризується значним погіршенням легкості відтоку водянистої вологи і підвищенням офтальмотонуса. До підвищеного рівня внутрішньоочного тиску більш чутливими виявляються амплітудні показники гемодинаміки ока, які відображають механізми судинної ауторегуляції, ніж об'ємні показники внутрішньоочного кровотоку. Це засвідчує, зокрема, пряма достовірна кореляційна залежність між значеннями амплітуди приросту внутрішньоочного тиску і систолічного приросту пульсового об'єму: із збільшенням значень амплітуди приросту внутрішньоочного тиску відбувається збільшення значень систолічного приросту пульсового об'єму ($r=0,7$).

Аналізуючи показники сфінгоофтальмографії, були виявлені достовірні зміни тривалості хвилі залежно від стадії первинної відкритокутової глаукоми: подовження часу анакроти, скорочення часу катакроти і наростання анакротокатакротичного співвідношення. При цьому швидкість утворення рідини за хвилину, як і час катакроти, поступово знижувалася. Найбільш інформативними показниками офтальмосфінгографії, які залежать від рівня внутрішньоочного тиску, є: показник адекватності кровопостачання ока та індекс адекватності кровопостачання ока з коефіцієнтами кореляції $-0,77$, $0,77$ і $0,84$, відповідно.

Отже, офтальмотоносфінгографічний метод визначення внутрішньоочного тиску є інформативним методом в ранній діагностиці первинної відкритокутової глаукоми (чутливість – 90,4%, специфічність 97,3%) і в сукупності з іншими методами дослідження (тонографія, офтальмобіомікроскопія, оптична когерентна томографія, статична периметрія) забезпечує високу інформативність у виявленні початкової стадії глаукоми: чутливість комплексної оцінки – 99%.

Гресько М.М.
КОМОРБІДНІСТЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПЕРИТОНІТ
ТА СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

Кафедра хірургії № 1

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Гострий перитоніт залишається однією із найважчих ускладнень в абдомінальній хірургії але якщо ця патологія розвивається на фоні цукрового діабету 2 – го типу то це прискорює швидкий розвиток ускладнень у хворого. Водночас багато питань, що стосуються функціонування імунної системи за умов цукрового діабету, залишаються невирішеними.

Нами узагальнено досвід лікування 46 пацієнтів віком від 37 до 74 років з гострим перитонітом на фоні цукрового діабету 2 – го типу (чоловіків – 22 (47,8%), жінок – 24 (52,2%). Хворі розділено на дві групи: контрольну ($n= 20$) і дослідну ($n= 26$). За причинами виникнення перитоніту розподіл хворих був наступним: унаслідок гострого апендициту в 4 хворих (8,7 %), гострий деструктивний холецистит – 9 хворих (19,6%), гострий деструктивний панкреатит– 7 хворих (15,2%), перфоративна виразка шлунка чи