

**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



Досліджено морфологічні зміни органів та структур черевної порожнини та нирок отримані при оперативних втручаннях або *post mortem*.

Встановлено, що розвиток перитоніту біліарного генезу супроводжується гістологічними змінами в структурі товстої та тонкої кишки, печінки, нирок. На гістологічному рівні визначається набряк очеревини, особливо її глибоких шарів, спостерігаються вогнищеві крововиливи. Мезотеліоцити округлюються, більшість з них злушчується. Значно страждає мікроциркуляторне русло очеревини. В капілярах та венулах спостерігаються явища стазу, еритроцитарні агрегати та тромби, а також крайове стояння лейкоцитів, їх сміграція із судин та периваскулярне розташування в вигляді муфт. При гістологічному дослідженні тонкої кишки виявлявся набряк слизової оболонки і підслизової основи за рахунок вираженого повнокрів'я судин. В епітелії ворсинок щіткова кайма контурується не чітко. Зустрічається велика кількість ворсинок з руйнованою верхівкою. Бокаловидні клітини розширені, заповнені секретом. В прозорі кишки багато слизу і злущеного епітелію. Сполучнотканинні волокна всіх шарів кишкової стінки набрякли. На серозній оболонці відмічались нашарування фібрину, злушення мезотеліоцитів в вигляді вогнищевого враження та масивна лейкоцитарна інфільтрація. Судини серозної оболонки повнокровні, венули розширені, капіляри і артеріоли звужені. В окремих судинах, переважно в венулах, визначались явища стазу з утворенням агрегатів еритроцитів. При мікроскопічному дослідженні тканини печінки, відмічено наявність стромального та паренхіматозного набряку, незначне розширення та повнокрів'я центральних вен та судин триад більшості печінкових дольок, явища дисконкомплексції, ознаки зернистої та вакуольної дистрофії гепатоцитів. Навколо судин триад відмічаються дрібні та середні лімфоїдно-гістіоцитарні інфільтрати. Паренхіма органу повнокровна, визначаються незначні крововиливи в проміжній зоні печінкових дольок та навколо судин триад.

Розвиток гострого жовчного перитоніту характеризується суттєвими змінами макро- та мікроскопічної структури багатьох органів, що, на нашу думку, є морфологічним проявом тих змін гомеостазу, які характеризують цю недугу. Більшість з них, однак, носять неспецифічний, загальний характер і є проявом системної запальної реакції організму.

Гасько М.В.

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ

Кафедра травматології та ортопедії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Тактика лікування переломів довгих кісток нижніх кінцівок із поєднаною травмою є однією з актуальних проблем травматології і ортопедії. Важкий стан потерпілого при госпіталізації, наявність різномірних пошкоджень не дозволяють в повному обсязі надати спеціалізовану допомогу хворим в першу добу після госпіталізації. Зростання тяжкості пошкодження, високі показники смертності та інвалідності спонукає ортопедів-травматологів удосконалювати тактику лікування та оптимізацію термінів оперативного лікування переломів при поєднаній травмі.

Метою дослідження було удосконалити тактику лікування переломів довгих кісток нижніх кінцівок у хворих із поєднаною травмою.

В травматологічному відділенні для дорослих ЛШМД за період 2013-2017 рр. перебували на лікуванні 43 хворих з переломами довгих кісток нижніх кінцівок, які поєднувались з черепно-мозковою травмою або пошкодженнями внутрішніх органів.

У 20 (46,5%) хворих із пошкодженнями внутрішніх органів, які не потребували термінового оперативного втручання, після проведення протишокових заходів, проводили оперативне лікування переломів. У випадках діафізарних переломів остеосинтез проводили із застосуванням блокуючи інтрамедулярних фіксаторів ChM та Beznosko, внутрішньо суглобових та метадіафізарних переломів – пластинами з кутовою стабільністю.



У 23 (53,5%) хворих із важкими пошкодженнями внутрішніх органів або черепно-мозковою травмою в першу чергу проводили невідкладні оперативні втручання хірургами (лапаротомію, декомпресійне трепанацію черепа, спленектомію, ушивання розривів печінки), після чого проводились ПХО рани при відкритих переломах та стабілізацію усіх переломів апаратами зовнішньої фіксації. Після покращення загального стану хворого виконували демонтаж апаратів зовнішньої фіксації та остеосинтез із застосуванням інтрамедулярних фіксаторів та пластин.

Віддалені результати показали, що рання стабілізація переломів та індивідуальний підхід до застосування методів оперативного лікування при важких поєднаних пошкодженнях дозволяє оптимізувати терміни зрощення переломів та відновлення функції кінцівки. У 37 хворих (86%) отримані добрі та задовільні результати і у 6 (14%) – незадовільні. Незадовільні результати були пов'язані з виникненням остеомієліту при відкритих переломах та контрактурами колінних суглобів у хворих з внутрішньо суглобовими переломами.

Гребенюк В.І.

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Кафедра хірургії № 2

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Останнім часом число хворих на гострий панкреатит зросло до 9-11%. у зв'язку зі збільшенням числа хворих на жовчнокам'яну хворобу. Летальність серед різних форм панкреатиту коливається від 3% до 25%. Тому особливого значення набуває своєчасність розпізнавання гострого панкреатиту та адекватне комплексне лікування в хірургічних стаціонарах. Не викликають сумнівів та заперечень найбільш розповсюджені чинники виникнення гострих панкреатитів середнього та важкого ступенів, що викликають у 55% алкогольно-аліментарний та у 30-35% гострий біліарний панкреатит.

Метою нашого дослідження було покращення результатів лікування хворих на гострий панкреатит.

Завданням була адаптація світових рекомендацій по лікування гострого панкреатиту з використанням власних напрацювань щодо лікування цієї складної патології.

Проліковано 16 хворих на гострий панкреатит на клінічній базі кафедри хірургії № 2 (зав. – Заслужений лікар України, професор Іфтодій А.Г.). Використано світові протоколи, розроблені з урахуванням класифікації 1992 року, затвердженої на Міжнародному симпозіумі в Атланті, та її модифікацій, запропонованих у м. Кочин у 2011 р. (Міжнародна Асоціація Панкреатологів, International Association of Pancreatology) та Міжнародною робочою групою по класифікації гострого панкреатита (Acute Pancreatitis Classification Working Group) у 2012 р. Останні світові рекомендації JPN 2015 корегують окремі діагностичні та лікувальні етапи.

Економічна складова для ефективного лікування даної групи хворих на сьогоднішній день є суттєвою для покращення результатів лікування. Виключення Октреотиду або його аналогів статистично достовірно не вплинуло на результати лікування. Окрім того, введення Октреотиду у частини хворих (за нашими даними, близького 30%), викликає впродовж перших 6 місяців мультифокальний холелітіаз, напевно внаслідок гальмування холцистокініну.

Ефективність внутрішньовенного введення інгібітора протеаз (габексат мезілат) для поліпшення прогнозу життя і частоту ускладнень гострого панкреатиту не було чітко доведено (JPN 2015). Ці дані потребують подальших досліджень. Від дози інгібіторів протеаз ефективність лікування панкреатиту не залежить. Інгібітори протеаз вводили впродовж перших трьох діб лікування за загальноприйнятою схемою.

Для зменшення ризику бактеріальної транслокації та фінансових витрат в JPN 2015 пропонують починати ентеральне харчування пацієнтів через 48 годин. Доцільно зауважити,