

**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

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 Тащук 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



пригнічення реабсорбції МСМ більш суттєвим, то слід звернути увагу на механізми транспорту МСМ, а саме на їх метаболізм у нефроцитах проксимального відділу нефрона опосередкованого системою пептидаз. Тобто, при ТС має місце пригнічення активності систем пептидаз, а значить метаболізму МСМ, що призводить до їх підвищеної екскреції. Особливо це стосується реорсорбілакту (умова В, IV гр.).

Кицяк П.В., Петринич В.В.

ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ОПРОМІНЕННЯ АУТОКРОВІ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ПІЄЛОНЕФРИТОМ

*Кафедра анестезіології та реаніматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Проблема лікування хворих на запальні процеси сечовидільної системи (в нашому випадку – гострого пієлонефриту) залишається актуальною на теперішній час. За даними ВООЗ кількість хворих з кожним роком зростає навіть в економічно розвинутих країнах, оскільки це зумовлено кліматичними, екологічними та соціальними факторами.

Традиційною схемою лікування пієлонефриту вважають комбінацію антибактеріальної, інфузійної та вітамінотерапії. Поєднання курсу ультрафіолетового опромінення аутокрові (УФОК) з препаратами, яким притаманне поглинання ультрафіолетового спектру, підвищує ефективність лікування за рахунок покращення мікроциркуляції, трофіки тканин, десенсибілізації та корекції імунного статусу організму.

Сеанси УФОК проводилися із розрахунку забору та реінфузії 1,5-2 мл крові на кг маси за допомогою апарату МД73М «Ізолада». Під час забору та аутоінфузії кров підлягала дворазовому ультрафіолетовому опроміненню лампою ДРБ-8. Стабілізація крові проводилася гепарином в дозі 2,5 тис. ОД в об'ємі 50 мл ізотонічного розчину у флаконі для забору крові та 2,5 тис. ОД доведено за 5 хв до початку сеансу. Експозиційна доза коливалась від 400 до 800 Дж/м², що не викликає незворотних змін в системі гомеостазу. Проводилось 5-6 сеансів через добу.

Дослідження проводили тільки у хворих з гострим пієлонефритом, який розвивався, як ускладнення сечокам'яної хвороби. Призначався курс антибактеріальної терапії препаратами цефалоспоринового ряду, інфузійної та вітамінотерапії. При недостатності лікувального ефекту до комплексу терапії включали УФОК. Проведено аналіз історій хвороби 25-ти хворих: 16-ти чоловіків та 9-ти жінок з середнім віком 42 роки (21-63 років).

Спостерігався наступний лікувальний ефект: швидка, протягом 2-3 днів, нормалізація температури; зменшення лейкоцитарної реакції; ліквідація нейтрофільного зсуву вліво, збільшення кількості лейкоцитів; зниження ШОЕ; стабілізація гемодинаміки; покращення соматичного стану (покращення апетиту, нормалізація сну, зниження втомлюваності).

Таким чином, поєднання комплексної терапії гострого пієлонефриту з УФОК прискорює процес купування запального процесу в нирках, зменшує об'єм медикаментозної терапії та скорочує час перебування хворих у стаціонарі.

Ковтун А.І.

ЗАСТОСУВАННЯ ГІПЕРБАРОКСІЇ ПРИ ЕНДО- ТА ЕКЗОТОКСИКОЗАХ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

*Кафедра анестезіології та реаніматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Розвиток гіпоксії, яка супроводжує гнійно-септичні ускладнення після оперативного втручання і санації очеревинної порожнини, вимагає застосування кисневої терапії. Високоєфективним методом оксигенотерапії є гіпербарична оксигенація (ГБО). ГБО у комплексному лікуванні хворих з ендо- та екзотоксикозами сприяє ліквідації метаболічних порушень, тканинного ацидозу, нормалізації кислотно-основного стану, зниженню білірубіну крові, вільних амінокислот, залишкового азоту, креатиніну, нормалізації протеїнограми, покращанню газового складу крові, відновленню функцій паренхіматозних органів, підсилює анаболічний ефект парентерального харчування, зменшує частоту та інтенсивність алергічних реакцій, попереджує розвиток злук, знижує бактеріальну контамінацію очеревинної порожнини, підвищує чутливість мікроорганізмів до антибіотиків. Підвищення ефективності комплексного інтенсивного лікування хворих з абдомінальними гнійно-септичними ускладненнями у післяопераційному періоді.

Обстежено 167 хворих віком 17-81 років з абдомінальними гнійно-септичними ускладненнями в післяопераційному періоді. Усі хворі були поділені на 4 групи. Першу групу склали хворі (56 пацієнтів) з післяопераційним поширеним перитонітом у токсичній фазі, які отримували традиційне етіопатогенетичне лікування без застосування ГБО та даларгіну. Другу групу (32 пацієнти) склали хворі з післяопераційними гнійно-септичними ускладненнями, які разом із традиційною терапією отримували щоденно один сеанс ГБО впродовж 6-8 днів у стандартних терапевтичних режимах: вимивання – 4хв., компресії – швидкість – 0,1 атм/хв., сатурації – 1,5-2,0 атм., декомпресії – 0,1 атм/хв., експозиція ізопроцесії – 30-40 хв. Хворим третьої групи (44 пацієнти) разом із аналогічною терапією внутрішньом'язово вводили даларгін у дозі 25 мкг/кг маси тіла хворого 3 рази на добу (через 8 год.). Хворі четвертої групи (35 пацієнтів) отримували традиційну



етіопатогенетичну терапію, а також їм проводили сеанси ГБО, як хворим 2-ї групи, та вводили внутрішньом'язово даларгін, як хворим 3-ої групи. Одне із введень даларгіну проводили за 10-15хв. до початку сеансу гіпербарооксії. У контрольну групу увійшли 34 пацієнти – практично здорові люди.

Усім було проведено оперативне лікування: лапаротомію, ліквідацію вогнища запалення, санацію і дренивання черевної порожнини. На 2-3 день після оперативного втручання (через 12-36 годин після появи ознак поширеного перитоніту) на фоні традиційної базисної терапії хворим проводили лікування сеансами ГБО. У плазмі крові визначали вміст середніх молекул (МСМ), активність церулоплазміну та ступінь окиснювальної модифікації білків (ОМБ). В еритроцитах досліджували активність каталази, глутатіонпероксидази та малонового альдегіду(МА).

Після оперативного втручання у хворих основної групи показники перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ), МСМ, ОМБ та активність ферментів антиоксидантного захисту (каталази, глутатіонпероксидази, церулоплазміну) значно вищі, ніж у пацієнтів контрольної групи. Зростання активності антиоксидантних ферментів плазми крові та еритроцитів відносно контрольної групи на 50-60% свідчать про напруження системи антиоксидантного захисту за умов «оксидантного стресу» при поширеному перитоніті, який супроводжується підвищенням процесів ПОЛ (збільшення МА – одного із кінцевих продуктів ПОЛ у 2 рази), підвищенням ступеня ОМБ у 2-2,5 рази і збільшенням показника токсичної плазми – молекул середньої маси у 2-2,5 рази.

Застосування ГБО призводило до подальшого зростання вмісту МА і ступеня ОМБ у плазмі крові, хоча відповідної реакції з боку антиоксидантної системи у вигляді зростання активності антиоксидантних ферментів не спостерігалось.

У хворих з гнійно-септичними ускладненнями, які отримували традиційну терапію та даларгін спостерігалось достовірне зниження активності каталази та зростання активності церулоплазміну, а також достовірне зниження малонового альдегіду і ОМБ, що свідчить про антиоксидантну дію цього опіоїдного пептиду. Через 3 доби після операції у хворих з гнійно-септичними ускладненнями спостерігалась підвищена активність АОФ (каталази, глутатіонпероксидази, церулоплазміну на 30, 41 і 49% відповідно), збільшення МСМ на 50-60%, малонового альдегіду на 50% і ступеня ОМБ на 60-65% відносно пацієнтів контрольної групи. Застосування гіпербарооксії не впливало на активність АОФ, хоча процеси ліпопероксидації підвищувалися.

У хворих II групи, які отримували даларгін у комплексному лікуванні, зростання активності АОФ також не було, але рівень малонового альдегіду був нижчим, ніж у хворих II групи.

Поєднане застосування ГБО і даларгіну у хворих IV групи призводило до підвищення каталазної активності на фоні зменшення процесів ПОЛ і ступеня ОМБ, що свідчило про антиоксидантну дію даларгіну.

Отже, перебіг післяопераційного поширеного перитоніту супроводжується активізацією антиоксидантних ферментів еритроцитів і плазми крові на фоні зростання процесів ліпопероксидації та окиснювальної модифікації білків у результаті виснаження антиоксидантної системи. Використання ГБО в стандартних терапевтичних режимах призводить до збільшення рівня ПОЛ. Застосування даларгіну, як самостійно, так і на фоні лікування гіпербаричним киснем, має чітку антиоксидантну дію: зростає активність АОФ, знижується вміст МА і ступінь ОМБ.

Кокалко М.М.

КРИТЕРІЇ ВІДБОРУ ХВОРИХ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНИХ РЕЗЕКЦІЙ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ З МЕТОЮ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТУР-СИНДРОМУ

*Кафедра анестезіології та реаніматології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

«Золотим стандартом» хірургічного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) визнана трансуретральна резекція. Проте, трансуретральна резекція передміхурової залози (ТУРПЗ) може супроводжуватись розвитком ускладнень, найбільш небезпечним серед яких є синдром трансуретральної резекції (ТУР-синдром). Враховуючи вік пацієнтів та наявність супутньої серцево-судинної патології особливою значення набуває пошук методів визначення компенсаторних можливостей видільної системи до інтраопераційного вродовж (об'ємного) навантаження.

Було обстежено 117 пацієнтів у віці 61-73 років із діагнозом ДГПЗ. З метою вивчення компенсаторних можливостей нирок хворим напередодні операції впродовж 30 хв. здійснювали інфузію ізотонічного розчину натрію хлориду (10 мл/кг) із наступним визначенням екскреції натрію (за 4 год.) та розрахунку його кліренсу. Відбір хворих для даного дослідження проводився за методом випадкової вибірки. Більшість хворих (I група, 54 чол.) вивели впродовж 4 год. 75% або більше від проведеного ізотонічного навантаження, у 3 хворих (II група) цей показник знаходився в межах 51-74% і у 3 хворих (III група) він був нижче 50%. Отже, динаміка відповіді на «об'ємне навантаження» у пацієнтів була різною.

Розрахунок кліренсу натрію показав, що хворі I групи виводили більше ніж 2,6 мл/хв. об'єму позаклітинної рідини, II групи – в межах 2,6-0,96 мл/хв., а III групи – менше 0,96 мл/хв. Як показали подальші спостереження, ТУР-синдром виник у I хворого I групи, тривалість операції складала понад 60 хв. (n=54), у 2 пацієнтів II групи (n=3), тривалість операції складала 50-60 хв., у всіх без винятку пацієнтів III групи (n=3).

Основною причиною розвитку ТУР-синдрому є негативний вплив трансуретральної резекції на функцію нирок (зменшення швидкості клубочкової фільтрації). Критерієм для прогнозування виникнення ТУР-