

**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



вторинних месенджерів, викликаючи секрецію один одного клітиною-мішенню (цитокіновий каскад). Такими клітинами є лейкоцити. У зв'язку з цим вони отримали назву «інтерлейкіни». Глюкокортикостероїди активно впливають на рівень інтерлейкінів, тому цей показник є найінформативнішим для визначення ефективності застосування гормональних препаратів у лікуванні запальних ускладнень. Метою даного дослідження було обґрунтування застосування дексаметазону та гіпотермії для лікування запальних ускладнень атипового видалення нижніх зубів мудрості, а також визначення найбільш ефективного методу.

У дослідженні брали участь пацієнти віком від 16 до 40 років. Всього 64 пацієнти, кожному з яких проводили видалення нижнього зуба мудрості під місцевою анестезією. Пацієнтам першої групи призначали місцево дексаметазон 4 мг, другої – сеанс місцевої гіпотермії тривалістю 30 хвилин три рази на день протягом трьох днів, пацієнтам третьої групи поєднували застосування дексаметазону та гіпотермії, а також група порівняння, пацієнтам якої призначали стандартну медикаментозну терапію. Для оцінки ефективності пропонованого лікування проводили біохімічне дослідження ротової рідини, яке включає визначення маркерів запалення, таких як інтерлейкін-1 β , та інтерлейкін-6, обстеження проводили до оперативного втручання, на перший, третій і сьомий день після операції. Результати біохімічних досліджень об'єктивно засвідчують, що застосування дексаметазону і гіпотермії мало позитивний вплив на нормалізацію рівня запальних маркерів у післяопераційній ділянці, але найбільш ефективним було комбіноване використання цих методів лікування. Місцево застосування дексаметазону та гіпотермії є ефективним способом зниження ознак запального процесу у післяопераційній ділянці після видалення ретенуваних нижніх третіх молярів. Вказаний спосіб простий, безпечний, безболісний та дешевий у застосуванні.

Отже, найбільш ефективним з усіх запропонованих методів було поєднання місцевого внутрішньочеревної введення дексаметазону та застосування гіпотермії, що підтверджують результати біохімічних досліджень ротової рідини.

СЕКЦІЯ 14

КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ

Боляка В.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ГРАНУЛЯЦІЙНОЇ ТКАНИНИ НАВКОЛО СІТЧАСТОГО АЛОТРАНСПЛАНТАТУ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ

Кафедра онкології та радіології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буквинський державний медичний університет»

З розвитком абдомінальної хірургії більшість лікарів з метою лікування дефектів передньої черевної стінки, попередження розвитку післяопераційної евентрації все ширше застосовують сітчасті імплантати, проте виникає ряд ускладнень з боку післяопераційної рани, особливо у пацієнтів з явищами вторинного імунodefіциту, кахексії, анемії, тощо. Пошук нових методів раціональної патогенетичної терапії спрямованої на запобігання розвитку порушень процесів репарації післяопераційних ран є важливою проблемою сучасної хірургії.

Однією з таких речовин, яка безпосередньо впливає на процеси регенерації та метаболізму клітин у рані, стимулює синтез колагену є гіялууронова кислота. Результати проведених експериментальних досліджень свідчать, що місцево застосування препаратів гіялууронової кислоти, у комплексному лікуванні гнійних ран, стимулює загоєння останніх, шляхом прискорення репаративних процесів. Дослідження місцевого впливу гіялууронової кислоти на особливості морфології грануляційної тканини навколо елементів сітчастого імплантату передньої черевної стінки в майбутньому дасть змогу використовувати її з метою запобігання розвитку ряду ускладнень з боку післяопераційної рани.

Тому метою дослідження було дослідити в експерименті вплив місцевого застосування гіялууронової кислоти на особливості морфології грануляційної тканини навколо елементів сітчастого імплантату м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки.

Експеримент виконано на 54 щурах, яким імплантовано проленовий (Prolene) сітчастий алотрансплантат фірми ETHICON в тканини м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки.

Всі дослідні тварини розподілені на дві групи – порівняння (23 щура) та основну (31 щура). Тваринам основної групи поверх сітчастого імплантату наносили безбарвний прозорий в'язкий гель гіялууронової кислоти (препарат «Лазерта» 1,5% фірми Юрія-Фарм). Тваринам групи порівняння гель гіялууронової кислоти не застосовували. Забір біологічного матеріалу проводили на 3-тю, 5-ту та 7-му доби після виконання оперативного втручання, шляхом висічення м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки разом з сітчастим імплантатом. Для світлооптичного дослідження, при гістологічному дослідженні, біоптати м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки фіксували в 10% нейтральному формаліні. Парафінові зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином, а для ідентифікації колагенових волокон та фібрину використовували методику забарвлення гістологічних зрізів водним блакитним – хромотропом 2 В за Н.З. Слінченко. Використовували описову методику виявлення патоморфологічних змін. За допомогою комп'ютерної мікроденситометрії визначали оптичну густину забарвлених колагенових волокон водним блакитним, питомий об'єм колагенових волокон на одиницю площі грануляційної тканини, питомий об'єм



кровоносних судин в грануляційній тканині.

Отримані результати свідчать, що місцево застосування гіялууронової кислоти при пластиці передньої черевної стінки сітчастим імплантатом впродовж перших п'яти днів раннього післяопераційного періоду не впливає на морфологію грануляційної тканини, за виключенням того, що зменшується кількість фібрину. Впродовж наступних 15-ти днів раннього післяопераційного періоду, гіялууронова кислота призводить до значного збільшення кількості колагенових волокон навколо елементів сітчастого імплантату. Їх щільності, проте кількість клітин майже не змінюється. Також, в дані терміни гіялууронова кислота позитивно впливає на зменшення питомого об'єму кровоносних судин в грануляційній тканині.

Отже, місцево застосування гіялууронової кислоти при пластиці передньої черевної стінки сітчастим імплантатом призводить до збільшення питомого об'єму та щільності колагенових волокон навколо елементів останньої, тим самим укріплює передню черевну стінку, а також зменшує запальні процеси в тканинах, спричинені операційною травмою.

Гушул І.Я., Івашук О.І., Боляка В.Ю.

ВИБІР СПОСОБУ ОСТАТОЧНОГО ЗАКРИТТЯ ЛАПАРОСТОМІЇ ЗА ГОСТРОГО ПОШИРЕНОГО ПЕРИТОНІТУ ОНКОЛОГІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Кафедра онкології та радіології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буквинський державний медичний університет»

Однією із вагомих причин незадовільних результатів лікування хворих на гострий поширений перитоніт є внутрішньочеревна гіпертензія, яка виникає майже у кожного третього пацієнта, в ранній післяопераційний період, та є пусковим механізмом порушення функцій різних органів і систем організму.

Формування лапаростомії, окрім адекватної санації черевної порожнини, дозволяє зменшити рівень внутрішньочеревного тиску після виконання оперативного втручання, проте відновлення цілісності черевної стінки призводить до різкого його зростання, що на фоні вираженої органної дисфункції значно ускладнює процес одужання таких пацієнтів та в деяких випадках може призвести до летальних наслідків.

Одним із способів зниження рівня патологічного рівня внутрішньочеревного тиску є зведення лише країв шкіри лапаротомної рани за допомогою ситуаційних швів. Переважна більшість авторів вказують на ефективність даного способу та пропонують його застосовувати, не дивлячись на певні технічні труднощі остаточного закриття лапаротомної рани. Вивчення доцільності застосування даного методу при остаточному закритті лапаростомії дозволить більш раціонально його застосовувати.

Тому метою нашого дослідження було порівняти рівень внутрішньочеревного тиску та частоту розвитку внутрішньочеревної гіпертензії, а також ступінь органної дисфункції, у хворих на гострий поширений перитоніт, із накладеною лапаростомією, залежно від вибору способу її остаточного закриття.

Досліджено 25 хворих на гострий поширений перитоніт онкологічного генезу, із сформованою лапаростомією, які, залежно від типу її закриття, були розподілені на дві групи – контрольну та основну. Основну групу утворили 9 осіб, яким лапаростомію закрито шляхом зведення країв шкіри лапаротомної рани за допомогою ситуаційних швів. Контрольну групу склали 16 пацієнтів, яким лапаростомію закрито із захопленням у шов м'язово-апоневротичний шар передньої черевної стінки. Повторні санації черевної порожнини проводили через 24-48 годин. Середня кількість повторних санацій черевної порожнини, яка залежала від перебігу патологічного процесу, нормалізації загального стану пацієнта, швидкості ліквідації ендотоксичного шоку, становила $2,64 \pm 0,207$ раз. Середній вік пацієнтів становив $54,56 \pm 2,455$ роки. Обидві дослідні групи осіб були репрезентативні за віком, статтю, стадією (фазою), ступенем тяжкості перитоніту (згідно Мантеймського перитонеального індексу), поширенням патологічного процесу в черевній порожнині, характером ексудату та наявністю хронічної супровідної патології. Всі пацієнти отримували лікування згідно протоколів надання медичної допомоги хворим на невідкладну хірургічну патологією органів живота (Я.С. Березницький та ін., 2010). Рівень внутрішньочеревного тиску вимірювали дотримуючись рекомендацій Всесвітнього товариства з вивчення синдрому абдомінальної компресії WSACS (2004), через сечовий міхур, перед оперативним втручанням та впродовж перших п'яти днів раннього післяопераційного періоду. Ступінь органної дисфункції оцінювали за шкалою SOFA (Sequential Organ Failure Assessment).

Отримані результати свідчать, що зведення лише країв шкіри лапаротомної рани ситуаційними швами, при закритті лапаростомії, призводить до відсутності випадків внутрішньочеревної гіпертензії III-IV ступенів, вірогідного зниження рівня внутрішньочеревного тиску та ступеня органної дисфункції за шкалою SOFA, а також скорочує середній термін перебування пацієнта у стаціонарі.

Таким чином, закриття лапаростомії за гострого поширеного перитоніту, шляхом зведення лише країв шкіри лапаротомної рани за допомогою ситуаційних швів, дозволяє уникнути ускладнень з боку серцево-судинної та дихальної та сечовидільної систем, тобто які безпосередньо пов'язані із негативною дією зростаючого рівня внутрішньочеревного тиску. Це безпосередньо впливає на ступінь органної дисфункції, яка вірогідно нижча, впродовж усього післяопераційного періоду, у пацієнтів яким лапаростомія була закрита шляхом зшивання лише країв шкіри лапаротомної рани.