

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

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

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.
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.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.
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.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



першому етапі видаляли усі компоненти ендопротеза і цемент, проводили ретельну вторинну хірургічну обробку з розкриттям та промиванням усіх порожнин і ходів і встановлювали тимчасовий цементний спейсер з антибіотиком або антибіотиками. Другий етап полягав у видаленні цементного спейсера, ретельній вторинній хірургічній обробці, промиванні та установці компонентів нового відповідного ендопротеза на кістковому цементі з антибіотиками.

За період з 2005 по 2012 роки в Центрі травматології та ортопедії, м. Чернівці, двоетапне хірургічне лікування ППІ кульшового та колінного суглобів було виконано у 35 пацієнтів, з них кульшового суглоба – 25, колінного – 10. Жінок було 23, чоловіків 12. Середній вік хворих склав 61,7 років (від 22 до 81 років). Усім хворим проводилось бактеріологічне дослідження з визначенням чутливості до антибіотиків, які дозволено додавати до кісткового цементу. Бактеріологічні дослідження проводились в сертифікованій німецько-українській лабораторії «Букінтермед». Стафілококи різних видів виділено у 14 випадках, в тому числі *S. aureus* у 7 випадках, *Enterobacter cloacae* у 8 випадках, *Pseudomonas aeruginosa* у 7 випадках, інші збудники у 8 випадках, відсутність росту мікрофлори у 7 випадках, з яких у одному при мікроскопії визначено грамнегативні палички, які не дали росту. Полірезистентні збудники виділено у 14 випадках, зокрема, у 6 із 7 випадків *Pseudomonas aeruginosa*, у 4 випадках – *S. aureus*, у 2 випадках – *Enterobacter cloacae* (ESBL-продукуючі), по одному випадку ESBL-продукуючих *Klebsiella pneumoniae* та *Escherichia coli*. Мікрофлора була чутлива до меропенему в 100%, до ванкоміцину в 91% випадків, до цефтазидиму в 68% випадків. З використанням отриманих даних проводився відбір антибіотика, який додавали до цементного спейсера. Разом з ванкоміцином до цементу додавали тобраміцин, враховуючи ефект «пасивного опортунізму» (збільшенні пористості цементу при розчиненні часток тобраміцину, що забезпечує кращу елюцію ванкоміцину в подальшому). Крім того, пацієнти отримували системну антибіотикотерапію тривалістю 6-8 тижнів.

Вивчення найближчих результатів показало, що первинне загоєння рани відбулося у 31 (88,6%) випадків, що дозволило успішно виконати другий етап ревізійного ендопротезування. У 2 (5,7%) випадках в якості другого етапу виконано видалення спейсера та артродез. У двох (5,7%) випадків у зв'язку з персистуючою інфекцією знадобилася операція заміни спейсера на новий спейсер з іншим антибіотиком, після чого інфекція була подолана. Через 8 тижнів після заміни спейсера було встановлено ендопротез кульшового суглоба. У одному (2,9%) випадку спейсер було видалено без установки ендопротеза. Середній післяопераційний ліжко-день після першого етапу склав 14,1 (8-32) днів, після другого етапу склав 13,8 (4-32) днів, що свідчить про високу ефективність застосованої технології лікування ППІ.

Таким чином, застосування технології двох етапного хірургічного лікування перипротезної інфекції кульшового та колінного суглобів у 35 пацієнтів дозволило відновити функціонування ендопротеза у 85,7% випадків.

Владиченко К. А.

КРІОКОНСЕРВАЦІЯ СПЕРМАТОЗОЇДІВ ПРИ ОНКОЛОГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ ЧОЛОВІКІВ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Кафедра хірургії та урології

Буковинський державний медичний університет

У структурі онкологічної патології дедалі частіше спостерігається тенденція до зростання кількості хворих молодого віку. При встановленні онкологічного діагнозу лікування пацієнта потребує застосування променевої, хіміо-, імунно-, гормонотерапії. Ці методи лікування призводять до пошкодження гермінативного епітелію, часто незворотного характеру. За міжнародною класифікацією ВООЗ, безпліддя в онкологічних хворих, які отримують специфічну терапію, не виокремлюється та розглядається як ятрогенне або надбане ураження яєчок.

Під час перебігу захворювання з непластичними процесами відбувається припинення імпульсної секреції ЛГ, зниження концентрації загального та вільного тестостерону, зростання катаболічних процесів.

Загальновізвано, що променева терапія у низьких дозах менше впливає на сперматогенез, ніж хіміотерапія. Якщо стовбурові клітини герміногенного епітелію непошкоджені, то через 60–70 днів в еякуляті з'являються сперматозоїди.

Встановлено, що фракціонування дози опромінення збільшує пошкодження стовбурових клітин герміногенного епітелію. При променевої терапії екранування яєчок дозволяє зменшити їх ушкодження, але розсіяна доза опромінення (близько 2% від загальної) доволі часто перевищує поріг пригнічення сперматогенезу.

Хіміотерапія призводить до порушення ДНК сперматогоній. Наприклад, андріаміцин, вінкрисин, метотрексат викликають постійну азооспермію в 16% хворих підліткового віку. При призначенні препарату цисплатин азооспермія виникає в 37% хворих підліткового віку. Проведення курсу лікування циклофосфамидом або прокарбазином призводить до безпліддя в 68%. Ризик незворотної азооспермії збільшується при комбінації променевої та хіміотерапії.

За останні роки кріоконсервація сперматозоїдів стає все більш розповсюдженою процедурою. У спеціалізованих центрах репродукції сперматозоїди для кріоконсервації, окрім звичайних шляхів, при необхідності можна отримати за допомогою мікрохірургічних технологій (TESA, PESA, MESA). Розмова з хворим про кріоконсервацію сперматозоїдів відбувається на фоні важкого психологічного стану. Тому



рекомендується не включати в дану програму пацієнтів з невизначеною перспективою виживання (IV клінічна група). У той же час визнається, що кріоконсервація сперматозоїдів деякою мірою може психологічно підтримати хворого. У багатьох країнах ця процедура включена в стандарти лікування онкологічних хворих репродуктивного віку.

У пацієнтів фертильного віку з благоприємним прогнозом виконання кріоконсервації сперматозоїдів і допоміжні репродуктивні технології дозволяють реалізувати плани подружнього життя, покращують медико-соціальну адаптацію та якість життя.

Войтів Я.Ю.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГІГАНТСЬКИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЖИВОТА

Кафедра хірургії

Буковинський державний медичний університет

Післяопераційні вентральні грижі (ПВГ) як ускладнення оперативного втручання є однією з найбільш актуальних проблем сучасної абдомінальної хірургії. Післяопераційні вентральні грижі посідають друге місце після пахвинних гриж і складають 20 - 22% від загальної кількості гриж.

Збільшення останніми роками кількості пацієнтів із ПВГ вимагає від хірургів пошуку новітніх технологій і зміни традиційних поглядів у розв'язанні цієї проблеми. Висока частота ускладнень і рецидивів ПВГ пов'язана із застосуванням традиційних методик автопластичного закриття дефектів методом натягнення тканин, які здебільшого є дегенеративно зміненими, що зумовлює згодом неспроможність швів, утворення сером, гематом і нагноєння ран. З огляду на це, більшість хірургів все частіше надає перевагу застосуванню сучасних полімерних матеріалів для алопластичного закриття грижових воріт у лікуванні пацієнтів із ПВГ, що посприяло зниженню загальної частоти рецидивів до 5–8%. Проте результати лікування ПВГ і надалі залишаються незадовільними: кількість рецидивів становить, за даними різних авторів, від 4 до 46 %, ускладнення з боку рани (нагноєння, сероми, інфільтрати, гематоми) сягають 15%, а летальність 3–20%. Серед хірургів немає чіткого уявлення про спосіб розташування пластичного матеріалу по відношенню до м'язово-апоневротичних структур черевної стінки, що впливає на кількість післяопераційних ускладнень та рецидивів.

Вибір тактики лікування ПВГ принципово визначають: ширина грижових воріт, локалізація грижі, розміри діастазу прямих м'язів живота, об'єм органів, що розміщуються поза межами черевної порожнини, рівень внутрішньочеревного тиску. Отже, для кожного пацієнта потрібно приймати індивідуальне рішення.

На сьогоднішній визнаною у всьому світі є класифікація післяопераційних вентральних гриж, прийнята на XXI Міжнародному конгресі герніологів в Мадриді в 1999 році - SWR-classification (Chevrel J.P., Rath A.M., 1999):

S - локалізація грижі

M – серединна

L - бокова

ML – змішана

W - ширина грижового дефекту

W1 – дефект апоневрозу до 5 см в поперечнику

W2 – дефект апоневрозу до 10 см в поперечнику

W3 – дефект апоневрозу до 20 см в поперечнику

W4 – дефект апоневрозу більше 20 см в поперечнику

R - рецидиви

R 1, R2, R3, R4

У хворих з гігантськими ПВГ необхідною є адекватна передопераційна підготовка, яка передбачає: схуднення при опасистості; підготовка функціональної можливості легень; накладання пневмоперитонеуму, як адаптація до підвищеного внутрішньочеревного тиску; носіння бандажу; підготовка шкіри в ділянці операції (лікування гнійних ран, трофічних виразок, зопрілостей); лікування супутніх захворювань.

При великих (W3 - дефект>10 см) та гігантських (W4 - дефект>20 см) післяопераційних вентральних грижах перевагу необхідно надавати розташуванню протезу “sublay” та “inlay”. При локалізації грижі у верхніх відділах черевної стінки методом вибору є методика Rives (1987), яка передбачає ретромускулярне розташування протезу. Методика Stoppa (1990) з преперитонеальним розташуванням алотрансплантату використовується при локалізації грижі у нижніх відділах черевної стінки. При гігантських ПВГ ефективною є реконструкція черевної стінки за методикою Ramirez (1990).

Всі операції необхідно завершувати дренажуванням ложа сіткових імплантантів і підшкірної жирової клітковини з використанням вакуумної аспірації (дренажі Редона, Ульмера, Blake Drains, вакуумна система UnoVac)

Обґрунтованою та показаною є інтраопераційна та післяопераційна антибіотикопрофілактика та профілактика тромбоемболічних ускладнень; контроль спірограми, показників гемодинаміки, внутрішньочеревного тиску; УЗД контроль передньої черевної стінки, при необхідності прищільні пункції та дренажування сером, гематом.



Аналіз порівняння результатів операцій із застосуванням ендопротезів і стандартних методик закриття дефектів ПВГ стосовно виникнення рецидивів виявив значну перевагу алопластики сітчастими матеріалами. Велике значення має місце імплантації сітки. Ефективною і обґрунтованою методикою пластики є ретромускулярне чи преперитонеальне розміщення протеза (sublay) за Stoppa—Rives. Сітка, розміщена у черевній стінці не контактує з органами черевної порожнини; протез відмежований від підшкірно жирової клітковини, і є захищеним на випадок нагноєння післяопераційної рани; внутрішньочеревний тиск рівномірно притискає широко імплантовану сітку до тканин передньої черевної стінки, тим самим підвищує надійність фіксації.

Правильний вибір способу оперативного лікування для кожного конкретного випадку, належна передопераційна підготовка та післяопераційне лікування дозволяє звести до мінімуму післяопераційні ускладнення та зменшити частоту виникнення рецидивів.

Гирла Я.В.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ СТУПЕНІВ ТЯЖКОСТІ ТИРЕОТОКСИКОЗУ

Кафедра хірургії

Буковинський державний медичний університет

Захворювання щитоподібної залози займають одне провідних місць в структурі захворювань ендокринної системи. Результати лікування цієї категорії пацієнтів залежить не тільки від точної діагностики наявності та характеру вогнищевих змін у тканині щитоподібної залози, а й від достовірного встановлення її стану гормонпродукції.

В літературі описано цілий ряд доступних методів дослідження вогнищевих та морфологічних змін у тканині щитоподібної залози (УЗД, ТАПБ, скінтіграфія). Проте, обстеження її функціональної активності є досить складним, дорогим, а іноді й довготривалим процесом. Тому пошуки нових, більш простих й доступних методів діагностики функціонального стану щитоподібної залози є аргументованими й відповідають потребам сьогодення. Нами запропоновано спектрофотометричний метод, за допомогою якого, можна визначити оптичну густину плазми крові, яка на різних довжинах хвилі відображає концентрацію різних, оптично значимих структур в плазмі крові. Виявлено, що найбільш вірогідні відмінності оптичної густини плазми крові при різних хірургічних захворюваннях виявляються на довжині хвилі 280 нм. Саме ця довжина може характеризувати концентрацію білкових фракцій глобулінів крові, які беруть участь у підтриманні функціонального стану щитоподібної залози.

У зв'язку з цим, ми вивчили можливість використання величини оптичної густини плазми для поточення діагностики ступеня тяжкості тиреотоксикозу у хворих на різні форми тиреотоксичного зоба у передопераційному періоді.

Обстежено 47 хворих на різні форми тиреотоксичного зоба. Пацієнти були розподілені на 3 групи: 1-а група (n=15) із тиреотоксикозом легкого ступеня; 2-а група (n=18) з тиреотоксикозом середнього ступеня важкості; 3-а група (n=14) із тиреотоксикозом тяжкого ступеню. Діагноз встановлено у відповідності до клінічних протоколів та підтверджено традиційними лабораторними тестами для визначення тиреоїдного гомеостазу. До контрольної групи увійшли 20 практично здорових осіб.

При дослідженні оптичної густини плазми крові на довжині хвилі 280 нм. у пацієнтів контрольної групі виявлено, що її величина складала $0,58 \pm 0,02$ ОД.

У хворих із тиреотоксикозом легкого ступеню важкості цей показник був на 30-32% вищим за контрольний й складав $0,71 \pm 0,02$ ОД. У хворих із тиреотоксикозом середнього ступеню важкості цей показник був на 38-42% вищим за контрольний й складав $0,75 \pm 0,01$ ОД. Наявності тиреотоксикозу тяжкого ступеню важкості було характерно збільшення оптичної густини плазми крові, порівняно з контрольними показниками на 45,5% і більше ($0,78 \pm 0,02$ ОД).

Вірогідні відмінності величини оптичної густини плазми у хворих на різні форми тиреотоксичного зоба, можуть слугувати додатковим діагностичним критерієм функціонального стану щитоподібної залози. Окрім того, використання цього методу дало можливість оцінки ефективності терапії таких пацієнтів та, при необхідності здійснювати її корегування.

Гресько М.М.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ КРИТЕРІЇВ ПРОГНОЗУ КОНВЕРСІЙ ПРИ МАЛОІНВАЗИВНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯ В УРГЕНТНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ТА ТОРАКАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Кафедра хірургії

Буковинський державний медичний університет

Одним із найвизначніших досягнень хірургії останнього десятиріччя справедливо вважається розробка і застосування в клінічній практиці малоінвазивних методів оперативних втручань. Вони дозволяють скоротити час перебування хворих у стаціонарі, пришвидшують терміни фізичної реабілітації, мають нижчу ймовірність розвитку ранової інфекції, кращу естетику післяопераційних рубців. В той же узагальнюючих робіт, де були б визначені покази до використання малоінвазивних методів а також оцінка критеріїв що спричиняють конверсію, в літературі явно недостатньо.



Мета роботи - узагальнити досвід використання лапароскопічних втручань у 5107 хворих з ургентною хірургічною, гінекологічною патологією та у хворих з торакальною патологією і встановити критерії, які спричиняють конверсію.

Під нашим наглядом знаходилось 5107 хворих на калькульозний холецистит віком від 16 до 84 (жінок – 4584 (89,86%), чоловіків – 523 (10,24%). Хронічний холецистит був у 2905 (56,88%) хворих, гострий холецистит - у 2202 (43,22%), (гангренозний - у 176 хворих, флегмонозний - у 914 хворих, катаральний - у 1112 хворих). Повторно лапароскопічні втручання виконані у 42 хворих з метою визначення наявності ускладнень в післяопераційному періоді. У 6 хворих лапароскопічні втручання використані для видалення кістозних утворень печінки та серповидної зв'язки а у 64 хворих при гінекологічній патології (23 випадки кіст яєчників, 41 випадків - неплідність різного генезу. Як метод діагностики у 83 хворих застосовувалась лапароскопія, а у 56 хворих - торакокопія.

Серед 2905 хворих на хронічний калькульозний холецистит у 1131 хворих мали місце злуки жовчного міхура з іншими органами, тканинами. Це призвело до конверсії у 43 хворих. З 2202 хворих на гострий калькульозний холецистит у 414 випадках зустрічався біліміхуровий інфільтрат, що стало причиною конверсії у 56 хворих. У 134 хворих була виконана конверсія. Причини конверсії при лапароскопії були: наявність короткої або широкої міхурової протоки - 17 хворих; пошкодження міхурової протоки або холедоуху - 19 хворих; пенетруюча виразка ДПК - 9 хворих; виникнення масивної кровотечі - 28 хворих (20 хворих з гострим та у 8 хворих - з хронічним калькульозним холециститом); вклинений конкремент у міхуровій протоці - 12 хворих; підозра на наявність конкременту в залишеній куксі міхурової протоки - 9 хворих; наявність гематоми брижі поперечно-ободової кишки - 2 хворих; пошкодження товстої кишки внаслідок травми - 1 хвора. Причини конверсії при торакокопії були кісти легень великих розмірів – 47 хворих.

Ми вважаємо за необхідне ширше ставити покази до використання малоінвазивних оперативних втручань у хворих в ургентному порядку. Це дозволило діагностувати хірургічну патологію в очеревинній порожнині у 76 хворих. Діагностична лапароскопія застосовувалась у 15 хворих з цирозом печінки у яких, крім біопсії печінки, виконана оментогепатоексія. Діагностична торакокопія – у 19 хворих з пневмотораксом, причина якого була ліквідована шляхом коагуляції та у 46 хворих з кістами легень.

Таким чином при наявності труднощів у поточенні діагнозу потрібно ширше ставити покази для використання лапароскопічних втручань з метою визначення подальшої лікувальної тактики. При гострому калькульозному холециститі оперативне втручання бажано робити в перші 48 годин від моменту захворювання. Враховувати вказані критерії, які спричиняють конверсію. Це дозволить більш раціонально обирати метод оперативного втручання та знаходити компроміс між бажаннями пацієнтів і можливостями вітчизняної ургентної хірургії.

Гринчук Ф.В.

НОВІ ПІДХОДИ ДО КЛАСИФІКАЦІЇ Й ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ПОЄДНАНІЙ ПАТОЛОГІЇ У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Кафедра хірургії

Буковинський державний медичний університет

Патологія, коли одне з захворювань є фоном, на якому розвивається інше, є окремою проблемою сучасної медицини, яка стосується не лише хірургії, але й інших галузей, що пов'язано з патогенетичними, діагностичними і тактичними особливостями, зумовленими поєднанням різних захворювань. Неодноразові спроби систематизації такого поєднання та оптимізації тактики лікування не призвели до напрашування прийняттого способу, що, на нашу думку, пов'язано з необґрунтованими методологічними підходами. Наочним відображенням цього є термінологія. Зокрема, до найбільш відомих оціночних індексів відносяться Charlson Comorbidity index, Index of Coexistent Diseases, Simple comorbidity scale, Cumulative Illness Rating Scale. У вітчизняній літературі часто згадуються комбіновані ураження та, останніми роками, поєднана патологія. Вже з більшості самих застосованих термінів зрозуміло, що наявність двох чи більше захворювань розглядається, в основному, як проста сумація впливів різних патологічних чинників. Водночас, логічно припустити, що останні не просто додаються, але й певним чином впливають один на одного.

З метою дослідження даного питання нами проведені експериментальні дослідження на 420 білих щурах з моделями гострого перитоніту, гострої кишкової непрохідності, в тому числі поєднаними з цукровим діабетом, нефритом, гепатитом, променевою хворобою. Вибір означеної патології зумовлювався необхідністю моделювання захворювань, що супроводжуються ураженням основних компенсаторно-приспосувальних систем. Вивчали показники стану імунної, протеолітичної, оксидантно-антиоксидантної систем, цитокінової мережі, гемостазу, біохімічні та мікробіологічні аналізи, морфологічні зміни.

Проведені дослідження засвідчили характерні патогенетичні відмінності розвитку поєднаних захворювань, які дають нам право стверджувати, що поєднану патологію слід розглядати як окремий специфічний патологічний стан, який потребує відповідних підходів до класифікації, діагностики та лікування. Підґрунтям таких відмінностей є, за нашими даними, синдром взаємного обтяження, основу котрого становить прогресуюча регуляційна дисфункція, виникаюча внаслідок поєднання різноспрямованих пошкоджень та