



Матеріали 97-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу ВДНЗУ «БДМУ»

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 р.



**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

СЕКЦІЯ 1
ОСНОВИ МОРФОЛОГІЇ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ І ТВАРИН, АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ ТА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ

Антонюк О.П.
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ БУДОВИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В
НОВОНАРОДЖЕНИХ.

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

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 Ташук 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

Морфологія атрезії тонкої кишки зумовлена багатьма факторами, зокрема поліетіологічною патологією. Проблеми морфології атрезії кишки, зумовлена практичним значенням проблеми. Реконструктивні операції, які мають за мету усунути механічну непрохідність, викликану атрезією кишки, повинні здійснюватися тільки у межах здорових, тобто функціонально повноцінних тканин. Саме тому необхідно чітко визначити межу між функціонально повноцінною та зміненою частиною кишки, що неможливо без знання морфології атрезії кишки.

Серед оклюзії дистальної частини дванадцятипалої кишки переважають стенози, проксимальної атрезії; в середньому відділі розподіл цих вад приблизно рівне. Атрезії на рівні великого сосочка дванадцятипалої кишки можуть супроводжуватися розширенням загальної жовчної протоки і носять назву Т-подібних. Серед супрапапілярних форм переважає атрезія у вигляді вільних ізольованих сліпих кінців; нижче великого сосочка дванадцятипалої кишки частіше спостерігається мембранозна форма.

Стенози являють собою перфоровану мембрану або гіпоплазовану ділянку дванадцятипалої кишки, іноді з різким порушенням диференціювання її стінки. Некроз розвивається не тільки в паренхіматозних елементах тканин і органів, але і в їх стромі. При цьому руйнуються як клітини стромы, так і нервові закінчення і компоненти екстрацелюлярного матриксу. Розщеплення ретикулярних, колагенових і еластичних волокон відбувається за участю нейтральних протеаз (колагенази, еластази), глікопротеїдпротеаз, ліпідів - ліпаз. При мікроскопічному дослідженні виявляються розпад, фрагментація і лізис ретикулярних, колагенових і еластичних волокон (еластолізіс), в некротизованій тканині нерідко відкладається фібрин. Судинний некроз пов'язаний з абсолютною або відносною недостатністю циркуляції в артеріях, венах і лімфатичних судинах. Найбільш часта форма судинного некрозу зумовлена порушенням кровообігу в артеріях у зв'язку з їх тромбозом, емболією, тривалим спазмом, а також з функціональним перенапруженням органа в умовах гіпоксії. Отже, атретичні зміни дванадцятипалої кишки призводять до фіброзного переродження гіпертрофованого м'язового шару, що є наслідком декомпенсованої гіпертрофії. Розшарування м'язової оболонки, як у коловому шарі так і в поздовжньому шарі. Недостатня циркуляція в тканині викликає їх ішемію, гіпоксію і розвиток ішемічного некрозу, патогенез якого пов'язаний не тільки з гіпоксичними, але і з реперфузійними механізмами. Некротизована тканина може мати щільну і суху консистенцію, що спостерігається при коагуляційному некрозі. Тканина при цьому може піддатися муміфікації. В інших випадках мертва тканина в'яла, містить велику кількість рідини, піддається міомалізації. При мембранозній формі атрезії мембрана нагадує слизову оболонку. Товщина мембрани в ДПК коливається до 1,5 мм, а в клубовій кишці – до 0,5 мм. При атрезії ДПК відбувається потоншення її стінки (норма 4-4,1 мм, при атрезії 2-2,2 мм).

Отримані результати підтверджують клініко-анатомічну закономірність: чим вище в кишковій трубці перепона, тим важчі зміни в органі і тяжкий стан хворого. Безпосередньо ділянки атрезії з множинними вогнищами фіброзу та некрозу вказують на можливу первинність порушень розвитку кровеносних судин, що зумовило в даній ділянці ішемію з розвитком фіброзу. Це стосується всіх ділянок кишки – як тонкої, так і товстої (ободової) кишки – при атрезії з фіброзними тяжами (II тип) та повній формі атрезії (III тип). Щодо множинних ділянок атрезії (IV тип), зокрема, при синдромі "пагоди", то патологічні прояви настільки множинні і значні, що в даному разі на перший план виходить патологія розвитку кишкової трубки як такої, зокрема, порушення повороту кишки. Анатомічне переривання просвіту дванадцятипалої кишки перекривається мембраною або фіброзним тяжем. При стенозі кишки просвіт може бути звужений, але завжди більшою чи меншою мірою збережений, тоді як при атрезії відсутній на певній ділянці. Дуоденальна атрезія (або стеноз) – одна з причин природженої кишкової непрохідності. Популяційна частота атрезії цієї локалізації приблизно 1 випадок на 10000, стенозів – 1 випадок на 27000. Питома вага хворих з такою вадою померлих у віці до 1 міс. становить 1%.

Банул Б.Ю.
МОРФОГЕНЕЗ ПАРАМЕЗОНЕФРИЧНИХ ПРОТОК ТА ЇХ ПОХІДНИХ У ЗАРОДКОВОМУ ПЕРІОДІ
ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

У зародків 9,5 мм ТКД між статевими залозами та мезонефральною частиною статевого гребеня виникає неглибока борозна, вистелена ціломічним епітелієм.



against most significant pathogens (*E.coli*, *Staphylococcus* spp., *S.aureus*, *Bacteroides* spp, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*).

Changes of serum antibodies concentrations were time dependent and fluctuating during the current of AS forming the waveform curves. Most remarkable decreases were found during 24-72 hours of AS. Serum antibodies titres to main pathogens were slightly higher due to antibiotics and detoxication therapy. Operation by itself decreased titres from 4.42±0.28 to 3.49±0.25 (*E.coli*), from 5.41±1.02 to 3.0±0.58 (*P.aeruginosa*). Antistaphylococcal antibodies titres decreased from 7.22±0.9 before surgery to 4.83±0.47 after. Repeated operations alter antibodies concentrations even more significantly. The highest levels of antibodies were found in patients who underwent successful treatment of AS one to two months prior to investigation. Their plasma was used in treatment of AS patients. Intravenous administration of two-dose 100-200 ml of hyper immune plasma per day prevented following decrease of antibodies levels and in 98% case increased them (21.39±1.47%). The cost of treatment was 15-37% lower if compare with traditional methods (control group).

There is an exact evidence of hyperimmune plasma using efficacy in patients with abdominal sepsis; it is more cost effective if compare with traditional methods of immunotherapy.

Сидорчук Р.І., Хомко О.Й.*, Плегуча О.М.*, Сидорчук Л.П.**
ОКРЕМІ АСПЕКТИ АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКИ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ В ОСІБ
СТАРШОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ

Кафедра загальної хірургії
*Кафедра догляду за хворими та вищої медичної освіти**
*Кафедра сімейної медицини***
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Індивідууми старшого та похилого віку, як правило характеризуються коморбідністю, порушенням різних ланок метаболізму та імунологічного гомеостазу. Саме тому, ризик виникнення ускладнень гнійно-запального характеру та генералізації інфекційного процесу у таких хворих є надзвичайно високим.

Мета роботи: визначити доцільність проведення антибіотикопрофілактики за абдомінального сепсису, визначити найбільш доцільні препарати та шляхи й терміни їх застосування у хворих старшого та похилого віку, провести оцінку економічної доцільності антибіотикопрофілактики.

Робота носить експериментально-клінічний характер. Використано стандартні методи мікробіологічного моніторингу. Об'єктом дослідження були 47 експериментальних тварин та 52 хворих старшого та похилого віку з гострою патологією живота, що супроводжувалась розвитком абдомінального сепсису. Нами використано парентеральне введення антибактеріальних препаратів, колоносація антибактеріальними препаратами та поєднання колоносаційних заходів з парентеральним введенням антибіотиків. Статистичний аналіз та оцінка результатів здійснювалась за допомогою програми MS Excel™.

Встановлено, що навіть при гострому неускладненому холециститі у 69,23% хворих та у 78,72% експериментальних тварин розвивається транзиторна чи стала бактеріємія. За умов розвитку гострого перитоніту чи парезу кишечника, як причини абдомінального сепсису цей відсоток підвищується до 84,62% (p<0,05) та 89,36% (p<0,05) відповідно. Причиною цього у переважній більшості випадків є транслокація мікрофлори з порожнини кишечного тракту. Профілактичне введення антибактеріальних препаратів дозволяє знизити відсоток висівання мікрофлори з крові периферійної вени до 19,15% у тварин і до 13,46% у хворих. Серед антибактеріальних препаратів найбільш ефективним виявилось застосування монотерапії препаратами фторхінолонового ряду, в той же час поширена терапія комбінацією аміноглікозиду та бета-лактаму антибіотика була менш дієвою.

Застосування тільки колоносації, як й очікувалось було недостатньо ефективним для профілактики абдомінального сепсису, однак позитивний вплив на мікрофлору порожнини товстої кишки та її колонізаційну резистентність є важливим компонентом патогенетичного лікування, оскільки дозволяє значно знизити потенціал мікрофлори безпосередньо у основному її джерелі.

Найбільш ефективним для антибіотикопрофілактики абдомінального сепсису є комбіноване застосування парентерального введення препаратів та застосування колоносаційних заходів.

Сикирицька Т.Б., Бірюк І.Г.*, Войтенко І.В.
ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСНОГО АПАРАТНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ АМБЛІОПІЇ

Кафедра офтальмології ім.Б.Л. Радзіховського
*Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії**
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

До амбліопії може призвести будь-який чинник, що перешкоджає нормальному відображенню чіткого, сфокусованого зображення в очі і призводить до функціонального зниження зору, при якому одне око майже не задіяне в зоровому процесі. Найчастіше амбліопія у дітей формується, якщо обидва ока одночасно розглядають два різних об'єкта і відправляють в головний мозок дві різні картинки. Це не що інше, як косоокість. У дитини, що страждає косоокістю, мозок намагається упорядкувати плутанину в двох отриманих зображеннях, пригнічуючи функціонування одного ока. Причиною хвороби може стати стан, при якому в одному оці більше,



ніж в іншому, виражена короткозорість або далекозорість. Коли одне око розрізняє зображення набагато краще, ніж інше, мозок починає нехтувати нечіткою картинкою, яку отримує від слабкого ока. Амбліопія може розвиватись і в обох очах.

Амбліопія у дітей іноді починається із-за того, що в одне око довгий час світло надходить набагато гірше, ніж в інше. Катаракта, фізичний недолік рогівки ока теж нерідко стає причиною захворювання. Хвороба «ледачого» ока, що з'явилася в цих випадках, розвивається нечасто, але дає важкі ускладнення. Якщо дитині не надати медичної допомоги на ранніх стадіях хвороби, він, цілком ймовірно, ніколи в житті не зможе бачити слабким оком. Профілактичні обстеження дітей необхідно починати проводити ще в пологовому будинку та на першому році життя.

Мета – оцінити ефективність використання комплексного апаратного лікування при амбліопії.

Проблема амбліопії представляє собою серйозну медичну та соціальну проблему. Для їх вирішення в сучасній офтальмології активно використовуються оптична корекція та різноманітні плеоптичні програми. На даний час в практичній медицині широко залучають методи лікування, які використовують прийоми зовнішнього зворотного зв'язку. Перспективним в цьому напрямку є метод когнитивної модуляції гостроти зору, який здійснюється за допомогою апаратного комплексу „Амбліокор”. У його основі лежить відео-комп'ютерний аутотренінг, який сприяє відновленню контролю нервової системи за процесами, які протікають у зоровому аналізаторі та посилює властивість мозку відновлювати чіткість зорового зображення.

Нами проведений комплексний аналіз даних 95 дітей віком від 3 до 17 років, які пройшли лікування з використанням апарату „Амбліокор” офтальмологічної амбулаторії „Оптики люксор”. У всіх пацієнтів до та після лікування визначалась гострота зору. В залежності від виду та ступеня амбліопії термін лікування на комплексному апараті „Амбліокор” складав від 10 до 15 сеансів. При виборі режиму лікування особливу увагу приділяли виду рефракції. При виявленні міопічної рефракції та змішаного астигматизму використовували режим «релаксація», а при гіперметропічній рефракції та гіперметропічному астигматизму – режим «активація».

Дані ретроспективного аналізу результатів апаратного лікування дітей вказують на покращення середньої гостроти зору на 0,35 (без корекції) та на 0,45 (з корекцією). У результаті комплексного лікування середня гострота зору підвищилась з 0,2±0,15 (до лікування) до 0,65±0,30 (після лікування). Через 3 місяці після апаратного лікування у 74% дітей гострота зору залишалась попередньою, а через 6 місяців – у 68%. В інших випадках зниження гостроти зору без корекції та з оптичною корекцією варіювали з 0,05 до 0,45. У більшості випадків це були діти з обскураційною або дисбіокулярною амбліопією дуже високого та високого ступеня, що, на нашу думку, пояснюється наявністю неправильної (нецентральної) фіксації, відсутністю постійного носіння корекції при односторонньому ураженні.

Результати лікування на «Амбліокорі»: при короткозорості і далекозорості гострота зору збільшилась на 2-4 рядки таблиці більш ніж у 90% пацієнтів. Пацієнти із середнім і легким ступенем короткозорості перестали постійно користуватися окулярами, при важких формах оптична корекція зменшилась на 2-3 діоптрії. При косоокості в 80% випадків досягли повний або частковий ефект: зменшився або зник кут косоокості. При рефракційній або анізотропічній амбліопії після одного або двох курсів лікування більш ніж у 90% пацієнтів зняли діагноз (критерій його зняття - підвищення гостроти зору на оці, що косить до 0,4).

Таблиця

Результати лікування різних форм амбліопії		
діагноз	форма	% вилікування
Амбліопія	рефракційна	Більше 90% (зняття діагноза)
	дисбіокулярна	Більше 60% (зняття діагноза)
	обскураційна	Більше 50% (відновлення біокулярного зору)

Отже, дане дослідження підтверджує необхідність пошуку нових методів лікування амбліопії з застосуванням сучасних технологій. Комплексне апаратне лікування амбліопії дозволяє у більшості пацієнтів (90%) стабілізувати зорові функції на достатньо високому рівні. Перевага використання апарату „Амбліокор” - відсутність протипоказань, простота процедури та хороша результативність.

Степанченко М.С., Федорук О.С., Владиченко К.А., Візнюк В.В.
ЗМІНИ У РЕПРОДУКТИВНІЙ СИСТЕМІ ЧОЛОВІКІВ ПІД ВПЛИВОМ КСЕНОЕСТРОГЕНІВ

Кафедра хірургії та урології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

У сучасній медицині досить багато зусиль спрямовано переважно на проблеми, що стосуються «матері і дитини». Проблеми чоловіків часто нівелюються та залишаються на другому плані. Однак сьогодні чоловіче безпліддя становить глобальну проблему не тільки в Україні, а й в усьому світі. Зменшення концентрації та якості сперматозоїдів, онкологічні захворювання статеві системи, різноманітні аномалії та дефекти в процесі розвитку – це лише мізерна частина всіх проблем, що стали наслідком впливу сучасної цивілізації.

Найбільший вплив на організм чоловіка, особливо на його репродуктивну систему, чинять ксеноестрогени, або як їх ще називають – «гормональні деструктори». Це речовини хімічного походження, які за своєю будовою схожі на жіночі статеві гормони. Дані сполуки впливають на синтез, секрецію, транспорт, метаболізм, зв'язування або виведення натуральних гормонів, які наявні в тілі людини і відповідають за