

**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



Сенютович Р.В.

КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ РОЗХОДЖЕНЬ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ АНАСТОМОЗІВ

Кафедра онкології та радіології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Розходження колоректальних анастомозів – найважче ускладнення операцій при раку прямої кишки. За даними зарубіжних авторів недостатність колоректальних анастомозів при раку прямої кишки в середньому склала 4%. Однак в окремих повідомленнях перевищувала 10% і більше процентів. Існують значні суперечності щодо застосування допоміжних методів для діагностики розходжень колоректальних анастомозів

Метою даної роботи був аналіз діагностики розходжень колоректальних анастомозів за матеріалами першого хірургічного відділення Чернівецького обласного клінічного диспансеру.

В Чернівецькій області на рак прямої кишки в 2011 році захворіла 121 особа, проліковано 88 чоловік або 73,2 % від захворілих. Померло 90 хворих. За 2015 рік число захворілих практично не зросло – до 123 особи. Охоплено лікуванням – 114 або 76%, померло 86. До року померло 41 хворий або 31,3%. Всього з 2013 по 2017 рік в ЧООД виконано 90 операцій з накладанням колоректальних анастомозів.

Накладено 60 ручних і 30 апаратних анастомозів. Недостатність анастомозів констатована у 7 випадках або 7,6%. В одному випадку недостатність відбулася на 11 день після формування скріпочного механічного коло ректального анастомозу, в інших 6 випадках при ручних способах анастомозування (10%). Терміни, коли була констатована недостатність склали від 4 до 11 днів. Консервативно було проліковано 2 хворих. Трансверзостомі накладені у 4 і лапаротомія при безуспішному консервативному лікуванні і появі перитоніту – була виконана у одного хворого. Один хворий помер від цього ускладнення.

Діагноз розходження ставили на основі виділення мутного ексудату по дренажних трубках з тазової рани. У всіх хворих з нетриманням анастомозів відмічали підвищення температури до субфебрильних рівнів. Хворі відчували важкість і дискомфорт в ділянці тазу. В жодному випадку не було проведено таких додаткових методів дослідження як комп'ютерна томографія, ендоскопічні обстеження, контрастна клізма, введення контрасту по дренажах. Практично в усіх випадках розходження колоректальних анастомозів хірург не був поінформований про величину розходження, ступінь дренажу гнійників в малому тазу. Один хворий помер після трансверзостомії та послідувочої релапаротомії від тазової флегмони, що спричинила перитоніт.

Аналіз зарубіжної літератури в останні роки показав, що уточнення характеру розходжень колоректальних анастомозів хірурги обов'язково проводять з допомогою рентгенологічних способів. Наш досвід свідчить про небезпеку затягування консервативної терапії недостатності колоректальних анастомозів і «сліпого» накладання трансверзостомі. Хірург повинен рентгенологічними способами (контрастна клізма, комп'ютерна томографія) встановити ступінь розходження і головне адекватність дренажу тазової рани. Затримка калових мас в порожнині тазового гнійна, що завжди супроводжує недостатність, може привести до катастрофи.

Унгурян В.П.

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГРАНУЛЯЦІЙНОЇ ТКАНИНИ ЛАПАРОТОМНОЇ РАНИ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ПРОСТИХ ВУЗЛОВИХ ШВІВ ТА ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ

Кафедра онкології та радіології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Незважаючи на існуючі різноманітні способи укріплення лінії швів лапаротомної



рани, з метою попередження післяопераційної евентрації, потребують пошуку нові методи раціональної патогенетичної терапії, спрямованої на запобігання розвитку порушень процесів репарації ран. Однією з речовин, яка безпосередньо впливає на процеси регенерації та метаболізму клітин у рані, стимулює синтез колагену є гіалуронова кислота.

Вивчення місцевого впливу гіалуронової кислоти на особливості морфології грануляційної тканини м'язово-апоневротичного шару лапаротомної рани, при використанні простих вузлових швів, дасть змогу застосовувати останню для запобігання розвитку ряду ускладнень з боку післяопераційної рани.

Тому метою дослідження було вивчити в експерименті вплив місцевого застосування гіалуронової кислоти на морфологічні особливості грануляційної тканини лапаротомної рани при зашиванні останньої простими вузловими швами.

Експеримент виконано на 108 лабораторних щурах, яким виконано серединну лапаротомію довжиною до 3,0 см та зведено краї м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки простими окремовузловими швами. Тваринам основної групи, перед зашиванням шкіри, на лінію швів м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки наносили безбарвний прозорий в'язкий гель гіалуронової кислоти (ЛАЦЕРТА 1,5% фірми Юрія-Фарм).

Забір біологічного матеріалу проводили на 1-у, 7-у та 14-у доби після виконання оперативного втручання. 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. Визначали оптичну густину забарвлених колагенових волокон водним блакитним, питомий об'єм колагенових волокон та питомий об'єм кровоносних судин в грануляційній тканині.

Отримані результати дослідження свідчать, що місцеве застосування гіалуронової кислоти при зашиванні країв м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки за допомогою простих вузлових швів призводить до вірогідного зниження відсотку фіброblastів та макрофагів, питомого об'єму та оптичної густини колагенових волокон, а також переважання питомого об'єму кровоносних, що свідчить про пригнічення репаративних процесів у рані.

Отже, місцеве застосування гіалуронової кислоти при зашиванні країв м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки простими вузловими швами, призводить до пригнічення дозрівання грануляційної тканини.

Чупровська Ю.Я.

МОЖЛИВОСТІ ПРОГНОЗУ МЕТАСТАТИЧНОГО ПОШИРЕННЯ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Кафедра онкології та радіології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Рак грудної залози займає ведуче місце серед усіх злоякісних новоутворень не тільки у жінок України, але й в усіх економічно розвинених країнах світу. Найвищі показники захворюваності визначають у країнах Західної Європи і США. Кожний рік у світі реєструють більше 5 тис. нових випадків захворювання на рак грудної залози, що відповідно до стандартизованого показника світового стандарту захворюваності на рак грудної залози становить майже 44% від всіх ракових захворювань у жінок. Щороку в Україні понад 5 тис. жінок помирають від цієї недуги.

У структурі онкологічної захворюваності в Україні рак грудної залози займає перше місце, оскільки щорічно реєструють понад 14 тис. нових випадків рак грудної залози, серед яких 25% – жінки репродуктивного віку, понад 30% випадків виявляються у занедбаних станах. Рівень захворюваності на рак грудної залози за останні 10 років зріс майже у 2,0 рази,