

**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



терапії хворих було розподілено на підгрупи: 1 підгрупа – хворі, які отримували базисну терапію (БТ) (інгаляційні  $\beta_2$ -адреноміметики, інгаляційні протизапальні препарати); 2 підгрупа – хворі, які на фоні базисної терапії отримували лазеротерапію (ЛТ); 3 підгрупа – хворі, які на фоні базисної терапії отримували лазеротерапію та факовіт (Ф); 4 підгрупа – хворі, які на фоні базисної терапії отримували факовіт.

Аналіз отриманих даних свідчить про значні відхилення від норми у обстежених хворих. У хворих на бронхіальну астму відмічається достовірне зростання інтерлейкіну 1-бета, фактору некрозу пухлин-альфа та загального імуноглобуліну Е порівняно з хворими на гострий бронхіт у яких наявні фактори ризику розвитку бронхіальної астми.

При БА та гострому бронхіті з наявними факторами ризику розвитку БА відбувається активація системи цитокінів та цитокін-опосередкована гіперпродукція IgE, що відіграє важливу роль в патогенезі імуноної стадії atopічного запалення, підтримує патологічний процес та сприяє прогресуванню гіперреактивності бронхів. Найбільш значне зростання інтерлейкіну 1-бета, фактору некрозу пухлин-альфа та загального імуноглобуліну Е виявлені у хворих персистувальною бронхіальною астмою, що свідчить про зростання активності системи цитокінів та гіперпродукції імуноглобуліну Е по мірі прогресування патологічного процесу. Хворі з інтермітуючим перебігом бронхіальної астми зазнали дещо меншої активації даного процесу. У пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку БА тільки починають проявлятися ознаки atopічного запального процесу і показники ще не зазнали значного зростання порівняно з хворими бронхіальною астмою, а фактор некрозу пухлин достовірно не відрізнявся від такого у практично здорових осіб.

Під впливом базисної терапії рівень інтерлейкіну 1-бета, фактору некрозу пухлин-альфа та загального імуноглобуліну Е не зазнавав достовірних змін. Після додаткового призначення лазеротерапії або факовіту відмічалось достовірне зменшення рівня даних показників, причому призначення лазеротерапії виявилось більш ефективним, ніж призначення факовіту. Найкращий результат спостерігався при одночасному призначенні лазеротерапії та факовіту. Найсуттєвіший ефект від проведеного лікування спостерігався у хворих на гострий бронхіт з наявними факторами ризику розвитку БА, дещо гірший ефект був серед осіб з інтермітуючою БА, та найнижчий – в осіб з персистувальною БА.

З метою оптимізації лікування хворих на бронхіальну астму доцільним буде якомога раніше провести корекцію виявлених змін імуноцитокінового профілю за допомогою одночасного призначення лазеротерапії та факовіту.

## СЕКЦІЯ 7

### АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ, УРОЛОГІЇ ТА ТРАВМАТОЛОГІЇ

**Андрієць В.В.**

#### ЕФЕКТИВНІСТЬ САНАЦІЇ ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРИТОНІТІ

*Кафедра хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Важливим аспектом лікування хворих з післяопераційним перитонітом є ефективна санація очеревинної порожнини. Ми провели порівняльну оцінку різних її методів. Для цього до її промивання проводили забір ексудату, ділянок парієтальної очеревини для бактеріального дослідження. Санацію очеревинної порожнини проводили в 4 серіях.

У 1-й серії досліджень після евакуації ексудату в очеревинну порожнину заливали досліджуваний розчин, експонували його на протязі 15 хвилин, після чого видаляли з допомогою електровідсмоктувача. Потім ще 3 рази заливали розчин в очеревинну порожнину, експонували його по 15 хвилин і видаляли. Після закінчення санації в очеревинну порожнину заливали 50 мл стерильного фізіологічного розчину, 5 мл якого забирали для бактеріологічного дослідження. Для цього брали також мазки з різних її відділів, забирали шматочки парієтальної очеревини.

У 2-й серії досліджень санацію очеревинної порожнини проводили наступним чином: після евакуації ексудату, розчином антисептика під тиском в 0,5 атм., який створювався спеціальним обладнанням, ретельно промивали петлі тонкої, товстої кишок, задню черевну стінку, експонували його на протязі 15 хвилин і видаляли. Процедуру повторювали ще 3 рази, після чого проводили забір для бактеріологічного дослідження залишку рідини з очеревинної порожнини, парієтальної очеревини, брали мазки з різних її ділянок.

У 3-й серії дослідів тиск створювали за допомогою стиснутого в балоні кисню. При цьому, крім подачі в рану рідини під тиском, проходила оксигенація розчину.

У 4-й серії дослідів після промивання очеревинної порожнини оксигенованим розчином останню осушували і опромінювали ультрафіолетовим промінням з допомогою портативного апарату на протязі 40 - 50 сек. (повідчення на рац. пропозицію N 23/94).

Для визначення ефективності різних методів санації очеревинної порожнини визначали концентрацію мікробних тіл в 1 мл ексудату (lg КУО/мл) до і після санації, а також кліренс.

Найбільш ефективним методом санації очеревинної порожнини при розповсюджених формах перитоніту, за нашими даними, є промивання її оксигенованими розчинами антисептиків під тиском з



наступним опроміненням УФП. Частота висівання мікроорганізмів при цьому знижується до 1,7 % для аеробів і 0,3% для анаеробів. Кліренс з ексудату при цьому найвищий (80,3 % для аеробів, 86,2 % для анаеробів). Висока ступінь очищення спостерігається в нашаруваннях фібрину (кліренс 86,3%) і, особливо, в парієтальній очеревині (67,9%).

Разом з тим, звертає на себе увагу, що і в цьому випадку в товщі очеревини, в нашаруваннях фібрину та парієтальній очеревині залишається певна кількість мікроорганізмів. Концентрація їх не досягає етіологічно значимих величин, що при певних умовах: збереженні реактивності та резистентності організму, адекватній післяопераційній антибактеріальній терапії не загрожувало б рецидиву запального процесу. Однак, при післяопераційному перитоніті і реактивність, і резистентність організму значно знижені, а в очеревинній порожнині створюються благоприємні умови для активізації життєдіяльності мікроорганізмів (наявність некробіотичних тканин, ексудату), які можуть викликати рецидив гнійно-запального процесу, служити тригером продовжуючого запалення.

**Білоокій О.В., Гринчук Ф.В., Білоокій В.В.**

#### ВДОСКОНАЛЕННЯ ЗОВНІШНЬОГО ДРЕНУВАННЯ ГЕПАТИКОДИГЕСТИВНИХ АНАСТОМОЗІВ

*Кафедра хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Тяжкими ускладненнями після накладання анастомозів спільної печінкової протоки є розвиток неспроможності або стриктури анастомозу. Це спричиняється низкою факторів: незначною товщиною стінок жовчовивідних проток, яка не відповідає товщині стінок кишки, що анастомозується, малим діаметром жовчовивідних проток, який обумовлює незначний діаметр анастомозу, запальними змінами стінок жовчовивідних проток або їх рубцевою трансформацією, негативним впливом жовчі, яка має фібринолітичну дію, на процеси формування сполучної тканини.

Для профілактики таких ускладнень використовують зовнішнє та внутрішнє дронування білідигестивних анастомозів, метою якого відведення жовчі, декомпресія зони з'єднання органів, створення каркасу, який запобігає звуженню анастомозу. Однак внутрішнє дронування дає лише каркасний ефект, а зовнішнє дронування сприяє відведенню жовчі, але при створенні надійного каркасного ефекту може призводити до виникнення ускладнень після видалення дренажу.

Для зовнішнього дронування найчастіше використовують спосіб Sauro. Однак, при використанні дренажної трубки достатнього діаметру, який створює каркас для анастомозу, після її видалення виникає загроза утворення зовнішньої тонкокишкової нориці, що пов'язано з розмірами отвору у тонкій кишці та передній черевній стінці, через який дренажна трубка виводиться назовні. Для внутрішнього дронування білідигестивних анастомозів використовують спосіб Cole, який передбачає залишення трубки достатнього діаметру лише у просвіті анастомозу, яка з часом мігрує у просвіт кишки і відходить назовні з каловими масами. Однак, при цьому не забезпечується відведення жовчі й декомпресія зони анастомозу, окрім того, тривалість знаходження такої трубки неможливо проконтролювати, залишена трубка може інкрустуватись солями жовчних кислот, що сприяє її фіксації у ділянці анастомозу, призводить до її непрохідності й порушення відтоку жовчі, трубка може також мігрувати у просвіт привідної частини жовчних проток і викликати їх непрохідність.

Тому актуальною є розробка способу, який би забезпечував можливість відведення жовчі, декомпресії зони анастомозу, створював надійний каркасний ефект, не спричиняв до виникнення кишкових нориць, дозволяв контролювати тривалість перебування дренажу в зоні анастомозу.

З цієї метою ми використовуємо дренажну трубку зі змінними діаметрами, просвіт дронуєвої частини якої ширший, а діаметр вільної частини становить 2-3 мм. Ширша частина дренажної трубки розташовується у просвіті анастомозу, а вільна частина проводиться крізь просвіт кишки і виводиться назовні через прокол передньої черевної стінки. Після того, як потреба у дронуванні анастомозу відпадає, трубка підтягується за вільний кінець до впрання робочої частини у стінку кишки. Тонка трубка відсікається і вилучається. А залишена у просвіті кишки коротка частина трубки мігрує з кишковим умістом і відходить назовні з каловими масами.

Невеликий діаметр залишкового дефекту в стінці кишки і передній черевній стінці, через який назовні виводиться вільна частина дренажної трубки, сприяє швидкому загоєнню і попереджає утворення кишкової нориці.

Такий спосіб дронування апробований в експерименті на 3-х кролях. Видалення трубок проводили на 14 добу після операції. Відходження робочої частини з каловими масами відмічено через 3 доби. Ускладнень не спостерігали.

У клінічних умовах спосіб з добрим результатом використаний у 2-х пацієнтів з субопераційною травмою спільної печінкової протоки.

Отже, використання запропонованого способу зовнішнього дронування гепатикодигестивних анастомозів, знижує ризик розвитку ранніх та віддалених післяопераційних ускладнень – неспроможності швів анастомозу, зовнішньої тонкокишкової нориці, рубцевої стриктури анастомозу.