

**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



**Бродовський С.П.**

### **НОВІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ АНАЛЬНОЇ ТРІЩИНИ**

*Кафедра хірургії*

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

Хронічна анальна тріщина є одним із найпоширеніших захворювань прямої кишки. Ця проблема, окрім медичної, має і велику соціальну вагу, оскільки на тріщину заднього проходу страждають переважно особи працездатного віку.

Широке розповсюдження цього захворювання і пов'язана з ним болючість призвели до появи великої кількості різноманітних методів лікування хворих. Консервативні методи лікування, включаючи найсучасніші препарати для медикаментозної релаксації внутрішнього анального сфінктера, не забезпечують достатньої ефективності. При цьому частота рецидивів захворювання, протягом першого року після завершення лікування перевищує 30-40 %. Тому золотим стандартом лікування хронічних анальних тріщин вважають хірургічне висічення тріщини з одночасною сфінктеротомією. Хоча існує низка способів хірургічного розсічення анального сфінктера, навіть найдосконаліші з них із частотою до 15 % спричиняють анальне нетримання, а рецидив тріщини у віддалені строки після цих операцій може досягати 11,7 %.

Метою роботи є підвищення ефективності лікування хворих на хронічну анальну тріщину шляхом малотравматичного висічення хронічної анальної тріщини з допомогою ультразвукового скальпеля.

Вивчено результати лікування хронічної анальної тріщини за 2013-2015 в проктологічному відділенні ОКЛ. Основну групу склали 28 хворих, яким виконано висічення тріщини ультразвуковим скальпелем, використовуючи апарат «Surgitron» американської компанії «Ellman international», контрольну – 34 пацієнти, що лікувалися згідно загальноприйнятих методик. Групи були однотипними за віком та статтю, жінок було 39 (63%), а чоловіків 23 (37%). В ранньому післяопераційному періоді хворим по необхідності проводили адекватне знеболення та рекомендували проводити теплі сидячі ванночки 3-4 рази на день з розчином перманганату калію та відваром ромашки, оскільки вони зменшують тонус сфінктера, сприяють очищенню та загоєнню дефекту.

За даними візуально-аналогової шкали інтенсивність больового синдрому в першій післяопераційній день в основній групі хворих склала  $5,9 \pm 0,8$  балів, в контрольній групі –  $6,3 \pm 0,8$  балів ( $p > 0,05$ ), а на третю добу післяопераційного періоду інтенсивність болю була  $2,7 \pm 0,5$  балів, проти  $5,1 \pm 0,8$  балів у контрольній групі. Потреба в знеболюючих препаратах відповідно у пацієнтів основної групи також була значно меншою. Проведений аналіз опитувальника SF-36 свідчить, що всі показники якості життя у пацієнтів, оперованих із використанням ультразвукового скальпеля були значно вищими (у 1,2-1,8 разу), аніж у пацієнтів групи контролю. Запропонований метод лікування не призвів до виникнення анальної недостатності в жодному випадку, тоді як у контрольній групі ознаки анального нетримання різного ступеню спостерігалися в трьох пацієнтів.

Отже, при висіченні анальної тріщини радіохвильовим скальпелем «Surgitron» ефект розрізу досягається без фізичного розчавлення та дроблення тканин. Розпад клітин та розділення тканин відбувається під впливом тепла, що виділяється при опорі тканин проникненню високочастотних хвиль. Використання апарату «Surgitron» у різних режимах роботи дозволяє уникнути появи зони коагуляційного некрозу в ділянці втручання та забезпечити ретельний гемостаз, завдяки чому операція відбувається практично безкровно. Застосування запропонованого способу хірургічного лікування анальних тріщин підвищує ефективність лікування та покращує якість життя пацієнтів.

**Васюк В.Л., Васильчишин Я.М., Процюк В.В.**

### **ВИКОРИСТАННЯ КІСТКОВОГО БАНКУ В ТРАВМАТОЛОГІЧНІЙ ТА ОРТОПЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

*Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії*

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

Застосування донорської кістки того ж біологічного виду в ендопротезуванні кульшового суглобу було завжди виправдано при наявності дефектів, пов'язаних з диспластичними змінами вертлюгової западини, лізисом кістки при ревматоїдному артриті, дефектів, що виникли при асептичній нестабільності компонентів ендопротезу.

Для заготівлі кісткового матеріалу, їх обробки та зберігання існують спеціальні лабораторії – кісткові банки. Основним методом консервації донорської кістки є заморожування при температурі  $-70\text{ }^{\circ}\text{C}$ , з наступним зберіганням при температурі  $-30\text{ }^{\circ}\text{C}$  в ліофілізованому вигляді в пластмасових брикетах, з подальшим використанням протягом тривалого часу.

За період з 2010 по 2015 роки було забрано біологічний матеріал (головку стегнової кістки) у 68 (100%) пацієнтів, обстежено в лабораторії «Букінтермед» згідно алгоритму та визнано придатними до використання 56 (82,3%), з 12 (17,7%) непридатних 8 (11,8%) головок дали позитивний бактеріологічний засів.

В основу даного дослідження покладено аналіз результатів хірургічного лікування пацієнтів з використанням донорської кістки, що знаходилися на лікуванні з 2010 по 2015 рік в шведсько-українському медичному центрі «Енгельхольм». Кісткова пластика була використана під час ревізійного ендопротезування кульшового суглоба у 43 (76,8%) хворих для пластики вертлюгової западини, ревізійного ендопротезування



колінного суглоба для пластики кістки при встановленні феморального та тібіального компонентів ендопротезу у 4 (7,1%) хворих, з метою пластики дефекту стегнової кістки при переломах дистального метаепіфізу стегнової кістки у 3 (5,4%) хворих, пластики дефекту великогомілкової кістки при заміщенні дефекту проксимального мета епіфізу у 4 (7,1%) хворих та артродезуванні колінного суглобу у 2 (3,6%) хворих з метою заміщення дефектів після ендопротезування колінного суглобу.

Наявність кісткового банку значно здешевлює ревізійні операції та дає можливість мати велику кількість донорської кістки при значних дефектах дна та даху вертлюгової западини.

Дотримання алгоритму консервації та обстеження є запорукою уникнення інфекційних, алергічних та імунологічних реакцій.

**Васюк В.Л., Васильчишин Я.М., Процюк В.В.**

### **РЕВІЗІЙНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ В РАЗІ ЙОГО НЕСТАБІЛЬНОСТІ**

*Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії*

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

Первинне ендопротезування кульшового суглобу є ефективним і поширеним методом лікування термінальних стадій захворювань кульшового суглобу, що усуває біль та покращує його функцію

Метою дослідження є покращення результатів ревізійного ендопротезування кульшового суглоба при асептичній нестабільності компонентів ендопротезу шляхом визначення помилок та ускладнень первинного протезування.

За період з 2010 по 2015 роки в шведсько-українському медичному центрі «Енгельхольм» було виконано 94 оперативні втручання з приводу асептичного розхитування компонентів ендопротезу кульшового суглоба. Ці пацієнти були поділені на III групи: I – ті, в яких нестабільність виникла безпосередньо пов'язана з самим пацієнтом, II – ті, в яких нестабільність розвинулася внаслідок проблем з імплантом та його механічними пошкодженнями, III – ті, в яких нестабільність виникла внаслідок помилок в хірургічній техніці.

До першої групи були віднесено 63 (59 %) пацієнти, в яких відмічався остеоліз навколо компонентів ендопротезу та остеопоротичні зміни в тазовій та стегнової кістках, що було підтверджено по результатам денситометричного дослідження стану кісткової тканини перед ревізійною операцією, перипротезні переломи з пошкодженням цементної мантії та нестабільні при безцементному ендопротезуванні. Середній вік пацієнтів цієї групи складав 67 років. До другої групи були віднесені 24 (23%) пацієнти, безпосередньо причинами ревізій яких були механічні ушкодження компонентів ендопротезу (злам конструкцій або пошкодження цементної мантії у випадку поганої якості акрилового цементу), зношування однієї або обох «пар тертя», відсутність остеоінтеграції при безцементному ендопротезуванні. Середній вік пацієнтів цієї групи складав 62 роки. До третьої групи були віднесені 7 (8%) пацієнтів, причинами ревізій яких стали повторні вивихи голівки ендопротезу з розвитком асептичної нестабільності компонентів ендопротезу, помилковим позиціонуванням компонентів ендопротезу та іншими технічними погрішностями. Середній вік пацієнтів 58 років.

Аналіз причин розвитку нестабільності чашки ендопротеза показує, що в більшості випадків до нестабільності веде вилучення субхондральної пластинки і неповне (менш, ніж на половину) заглиблення чашки у кульшову западину. Рідше причиною служить неправильна кутова орієнтація чашки. Нестабільність нижки ендопротеза, як правило, розвивається у випадку установки її у варусному положенні. Нестабільність обох компонентів пов'язана, передусім, з наявністю остеопорозу і застосуванням ендопротеза з безцементним кріпленням в тих випадках, коли показано використання кісткового цементу.

Отже, запорукою гарного результату та тривалої експлуатації штучного суглобу є не тільки вдало та кваліфіковано виконане оперативне втручання, а вагоме значення має також передопераційне планування, вибір методу фіксації, моделі ендопротезу, матеріалу з якого виготовлений, пари тертя, реабілітації в ранньому після операційному періоді з дозованим осьовим навантаженням, остеотропної терапії в подальшому на протязі всього життя.

**Васюк В.Л., Коваль О.А.**

### **ОБҐРУНТУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЕПІФІЗУ КІСТОК ГОМІЛКИ**

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»  
Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії*

В останні роки з'являється все більше наукових робіт, присвячених різним аспектам лікування переломів дистального метаепіфіза великогомілкової кістки – так званого пілона [Романенко К.К., 2012; Лоскутов О.Є., 2010; Кондратьєв І.П., 2014; Неверов В.А. з співав., 2008; Нелин Н.И., 2008; Blauth M. et al., 2008; Kline A.J. et al., 2009; Amorosa L.F. et al., 2010; Calori G.M. et al., 2010 и др.]. Основними механізмами виникнення цих переломів є травма водіїв або пасажирів автомобіля під час дорожньо-транспортних пригод і падіння з висоти. Характерно, що переломи пілона досить часто є компонентом політравми.

Сучасна травматологія містить великий арсенал технологій остеосинтезу для виконання стабільної фіксації переломів дистального відділу кісток гомілки [Лоскутов О.Є., 2010; Здоровенко А.П. з співав., 2009; Рубекина Л.Н., Бабовников А.В., 2010; Mitkovic M.B. et al., 2002; Gardner M.J. et al., 2008; Cannada L.K., 2010;



Evans J.M. et al., 2010; Zhang Z.D. et al., 2011]. Проте, переломи даної локалізації є лідерами за кількістю ускладнень (до 30%) та незадовільних наслідків. Деякі автори повідомляють про розвиток деформуючого артозу з переходом у фіброзний анкілоз у 16% випадків. [Артемьев А.А. з співавт., 2009; Thordarson D.B., 2000; Bhattacharyya T. et al., 2006; Barei D.P., 2008]. Причинами такого становища є у першу чергу порушення кровопостачання в зоні перелому та технічні проблеми при виконанні оперативного втручання Метою дослідження є покращення анатомо-функціональних результатів лікування пацієнтів з осколковими внутрішньо суглобовими переломами дистального відділу кісток гомілки шляхом зменшення додаткового порушення кровопостачання відламків під час оперативного втручання за рахунок визначення архітекtonіки артеріальної сітки, точок входження живильних артерій в компактну речовину великогомілкової та малогомілкової кісток та диференційованого застосування розроблених технологій відкритого та закритого внутрішнього малоінвазивного остеосинтезу.

Результати досліджень дозволять адекватно, відповідно до визначених клінічних особливостей ураження дистального відділу кісток гомілки, проводити вибір технології остеосинтезу та створюють можливості для підвищення ефективності лікування зазначеного виду uszkodження. Отримані результати можна буде використати у відділеннях травматології лікувальних установ районного, міського та обласного рівня.

Впровадження результатів роботи в практику дозволить скоротити термін стаціонарного лікування, непрацездатності зменшення ризику інвалідизації пацієнтів.

**Візнюк В.В., Федорук О.С., Владиченко К.А., Степанченко М.С.**

#### **ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНОЇ ЄЯКУЛЯЦІЇ**

*Кафедра хірургії та урології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Передчасна еякуляція – це стан, при якому статевий акт триває недостатньо довго – кілька секунд або хвилин, також наявна незадоволеність від статевого акту в обох партнерів або хоча б в одного з них. Існує кілька визначень передчасної еякуляції, кожне з яких тією чи іншою мірою відображає проблему швидкого сім'явиверження і незадоволеність цим станом у сексуальних партнерів. Причини передчасної еякуляції: відсутність досвіду контролю сім'явиверження, висока чутливість статевих органів, запальні захворювання статевої системи, неврологічні захворювання і травми, алкоголізм і наркоманія.

Для діагностики гіперчутливості головки статевого члена проводиться лідокаїновий тест. Метод застосовують із діагностичною та лікувальною метою. Безпосередньо перед статевим актом на головку статевого члена наноситься гелю з місцевим анестетиком. У разі збільшення тривалості статевого акту вважається доведеною гіперчутливість головки статевого члена як провідна причина ранньої еякуляції.

Сучасним методом лікування передчасної еякуляції при позитивному лідокаїновому тесті є імплантація гіалуронової кислоти в найбільш чутливі ділянки головки статевого члена. Ефективність цього методу сягає 75-80%. Ця маніпуляція рекомендується для використання як первинний метод лікування передчасної еякуляції, що володіє доведеною високою ефективністю, безпекою та швидкою реабілітацією пацієнта.

Цей метод дозволяє відокремити чутливі рецептори від поверхневого шару шкіри, що веде до зниження чутливості органа і подовжує тривалість статевого акту. У сучасній медичній практиці залежно від побажань пацієнта можливе введення різних видів гелю, розрахованих на різний термін повного розсмоктування. Після розсмоктування гелю гіалуронової кислоти у більшості пацієнтів формується стійка (часом довічна) установка на тривалий статевий акт.

**Владиченко К.А., Юзько В.О.\***

#### **АНАЛІЗ ВИПАДКІВ АЗОСПЕРМІЇ**

*Кафедра хірургії та урології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

*Медичний центр лікування безпліддя, м. Чернівці\**

Близько 15-20% подружніх пар у всьому світі мають проблеми з природним настанням вагітності. Порівняно з досягнутими успіхами в лікуванні жіночого безпліддя терапія чоловічого безпліддя залишається малоефективною.

Проаналізовано результати обстеження 3002 чоловіків, яким проведено дослідження спермограми згідно з рекомендаціями ВООЗ 2000 р., за допомогою інвертованого мікроскопа Olympus CKX41 у камері Makler. Розглянуто 293 випадки азооспермії. Середній вік чоловіків, які звернулися для обстеження, становив 31,74±8,26 року. За період з 2010 р. по 2013 р. серед 3002 обстежених чоловіків виявлено 293 випадки (9,76%) азооспермії. При порівняльному аналізі виявлено тенденцію до збільшення відсотка випадків азооспермії серед чоловіків, які проходили обстеження.

Переважаю найбільш випадків азооспермії зумовлено секреторною формою безпліддя (229 пацієнтів – 78,15%). Усім пацієнтам із обструктивною формою безпліддя запропоновано екстракцію сперматозоїдів шляхом оперативного втручання (PESA, TESA, MESA). За цієї форми безпліддя отримано життєздатні сперматозоїди у всіх пацієнтів. Пацієнтам із необструктивною формою чоловічого безпліддя екстракція сперматозоїдів переважно проводилася безпосередньо з тканин яєчка. На жаль, при секреторній формі тільки в



39% випадків отримано сперматозоїди та тільки у 12% випадків їх можна було застосувати в циклі IVF – ICSI. У 34 хворих (14,84%) із секреторною формою безпліддя при каріотипуванні виявлено хромосомні аномалії.

У 79 пацієнтів із азооспермією (26,96%) діагностовано гіпергонадотропний гіпогонадизм. Ці пацієнти мали значні морфологічні зміни яєчок, тому, враховуючи прогностично низьку вірогідність екстракції сперматозоїдів, було рекомендовано проведення програм допоміжних репродуктивних технологій із використанням донорської сперми.

При обстеженні двох пацієнтів із азооспермією встановлено діагноз ретроградної еякуляції. У цих осіб в анамнезі була травма поперекового відділу хребта. Сперматозоїди виявлено при дослідженні посторгазменної сечі. У двох пацієнтів виявлено тимчасову азооспермію внаслідок прийому анаболічних стероїдів, яка тривала 6-8 місяців.

У 21 пацієнта (7,16%) з азооспермією діагностовано наявність інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ). Лікування ІПСШ не призвело до змін показників спермограм.

Чітке з'ясування етіології азооспермії дає змогу запропонувати пацієнту найбільш оптимальний алгоритм лікування. У пацієнтів із обструктивною формою безпліддя екстракція сперматозоїдів шляхом оперативного втручання має ефективність 100%, а при секреторній формі – 39%.

**Войтів Я.Ю.**

#### **ВИБІР ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВЕНТРАЛЬНИХ ГРИЖ**

*Кафедра хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Післяопераційні вентральні грижі (ПВГ) є однією з найбільш актуальних проблем сучасної абдомінальної хірургії. Кількість ПВГ продовжує збільшуватись і вони вже займають друге місце після пахвинних гриж, складаючи 20–22% від загальної кількості. За даними літератури, 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%. 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.

Нами ретроспективно проаналізовано методи операційних втручань та результати хірургічного лікування 230 хворих з ПВГ у хірургічному відділенні Чернівецької обласної клінічної лікарні впродовж (ЧОКЛ) 2009-2013 років. Вік пацієнтів коливався від 30 до 89 років. Чоловіків було 44 (19,2%), жінок – 186 (80,8%). Більшість (82,6%) склали ПВГ з середньою локалізацією грижового дефекту.

Згідно SWR-classification ПВГ було розподілено на малі (до 5 см в поперечнику) – у 32 (14,1%), середні (5-10 см) – у 126 (54,7%), великі (10-20 см) – у 45 (19,5%), гігантські (більше 20 см) – у (11,7%).

При малих (W1 – дефект<5 см) та середніх (W2 – дефект 5-10 см) післяопераційних вентральних грижах частіше використовували автопластичні методики (Мейо, Сапезко) та операції з розташуванням сітчастих алотрансплантантів поверх апоневрозу (“onlay”). При великих (W3 - дефект>10 см) та гігантських (W4 - дефект>20 см) післяопераційних вентральних грижах перевагу надавали розташуванню протезу “sublay” (ретромускулярно чи преперитонеально) та “inlay” (пластика дефекту черевної стінки протезом без його закриття тканинами апоневрозу). Всі операції з використанням сітчастих алотрансплантантів завершували дренажуванням ложа сітчастих імплантантів і підшкірної жирової клітковини з використанням вакуумної аспірації (дренажі Редона). Звертає на себе увагу динамічне зростання абсолютних і відносних показників кількості аллопластичних методів герніопластики при ПВГ. Так, у 2009 році у хірургічному відділенні ЧОКЛ аллопластичні методи пластики складали 13% від загальної кількості операцій при ПВГ, у 2010 році – 29%, у 2011 році – 40%, у 2012 році – 48%, у 2013 році – 54%.

Отже, правильний вибір способу операційного лікування потребує індивідуального підходу до кожного конкретного хворого, а належна передопераційна підготовка та післяопераційне лікування дозволяє звести до мінімуму післяопераційні ускладнення та зменшити частоту виникнення рецидивів.

**Гирла Я.В.**

#### **ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ РЕЦИДИВУ ТИРЕОТОКСИКОЗА У ХВОРИХ ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ТОКСИЧНИХ ФОРМ ЗОБА**

*Кафедра хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

У значній частці пацієнтів, що перенесли оперативне втручання на щитоподібній залозі (ЩЗ) з приводу гіпертиреодних форм зоба, у різні строки післяопераційного періоду виявляються різні функціональні порушення ЩЗ. Найбільш частим є зниження тиреоїдної функції (гіпотиреоз), який після операції, залежно від