

**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



її обсягу, зустрічається від 18 до 68% випадків. На досить високому рівні залишається й післяопераційний рецидив гіпертиреозу, який зустрічається в 15-20% випадків оперованих хворих.

У зв'язку з цим, метою нашої роботи було виявлення ймовірних причин виникнення рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді та можливих способах його корекції.

Обстежено 35 хворих, які в анамнезі були оперовані з приводу гіпертиреодних форм зоба. Обсяг оперативного втручання залежав від тяжкості тиреотоксикозу, віку пацієнтів та обсягу ураження вузловою тканиною щитоподібної залози. В основному були застосовані органозберігаючі операції із збереження макроскопічно не зміненої тканини щитоподібної залози. Серед обстежених, у 20 пацієнтів (58,3%) порушень тиреоїдного статусу не діагностовано. У 10 хворих (27,7%) діагностовано різні ступені зниження функціональної активності ЩЗ (гіпотиреоз). Цім пацієнтам було призначено тривалу замісну терапію левотироксином, залежно від показників тиреоїдного статусу. Клінічно-лабораторні ознаки рецидиву гіпертиреозу у післяопераційному періоді виявлені у 5 (13,7%) пацієнтів. Для в'яснення ймовірних причин виникнення рецидиву гіпертиреозу у віддалені терміни після операції, нами досліджена активність процесів пероксидного окиснення, антиоксидантного захисту та імунологічної реактивності.

Встановлено, що у пацієнтів із рецидивом гіпертиреозу, порівняно з еутиреоїдним станом, мало місце порушення балансу між про- та антиоксидантною системами. А саме, надмірна активація процесів пероксидного окиснення (зростання рівня малонового альдегіду з  $5,71 \pm 0,132$  до  $15,31 \pm 0,131$  мкм/л; окиснювальної модифікації білків з  $1,38 \pm 0,021$  до  $1,44 \pm 0,015$  од.опт.густ./мл) на тлі суттєвого пригнічення активності антиоксидантної системи (каталази з  $23,37 \pm 0,462$  до  $19,06 \pm 0,661$  мкмоль/хв.л; глутатіону відновленого з  $1,03 \pm 0,024$  до  $0,76 \pm 0,032$  мкмоль/мл; загальної антиоксидантної активності плазми з  $55,02 \pm 0,241$  до  $47,55 \pm 0,072\%$ ).

Виявлено також, зниження питомої ваги Т-лімфоцитів ( $56,01 \pm 1,832\%$  проти  $61,99 \pm 1,121\%$  у пацієнтів з еутиреоїдним станом), зростання питомої ваги В-лімфоцитів ( $32,28 \pm 1,722\%$  проти  $16,74 \pm 0,773\%$  відповідно), значиме зростання концентрації IgG ( $13,06 \pm 1,412$  проти  $10,26 \pm 0,154$  г/л) та ЦІК ( $124,14 \pm 15,434$  проти  $70,02 \pm 4,051$  г/л). Вірогідно зростали рівні АТ-ТПО ( $156,07 \pm 66,933$  проти  $31,48 \pm 5,516$  МО/мл;  $p < 0,01$ ) та АТ-ТГ ( $305,91 \pm 57,017$  проти  $89,6 \pm 8,81$  МО/мл;  $p < 0,01$ ).

Проаналізована також, залежність рецидиву гіпертиреозу від обсягу оперативного втручання у цих хворих. Встановлено, що з 5 осіб, найчастіше рецидив гіпертиреозу виникав після виконання односторонньої субтотальної резекції ЩЗ (2 випадки) та гемітиреоїдектомії (3 випадки). У хворих, яким була проведена двобічна субтотальна резекція ЩЗ (19 випадків) та гемітиреоїдектомія із субтотальною резекцією контрлатеральної частки ЩЗ (12 випадків), у віддаленому післяопераційному періоді, спостерігався гіпо- та еутиреоїдний стан. Це свідчить, що надлишок залишеної паренхіми ЩЗ у хворих на гіпертиреодні форми зоба, є однією з причин рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді. Також, ймовірними факторами рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді можуть слугувати підвищена активність процесів пероксидації, особливо окисної модифікації білків, із пригніченням системи антиоксидантного захисту, що призводить до зміни структур тиреоцитів та тиреоїдних гормонів, які набуваючи антигенних властивостей, піддаються дії імунних реакцій, що з часом, може призвести до виникнення рецидиву гіпертиреозу після операції.

Моніторинг та ефективна корекція дисбалансу у системі пероксидації та антиоксидантного захисту, разом із адекватно підібраним обсягом оперативного втручання, є одним з шляхів запобігання виникненню рецидиву тиреотоксикозу у віддаленому післяопераційному періоді.

**Гресько М.М.**

#### **ДІАГНОСТИЧНЕ ТА ЛІКУВАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В УРГЕНТНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ ТА ОЦІНКА КРИТЕРІЇВ КОНВЕРСІЇ**

*Кафедра хірургії*

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

Сучасні можливості лапароскопічної хірургії дозволяють провести диференціальну діагностику гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, звести до мінімуму тривалість лікування з мінімальними економічними витратами, отримати максимально високі результати і забезпечити високу якість лікування. 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.

Метою роботи було 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 - торакаоскопія.

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 біляміхуровий 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 ДІК - 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 попереочно-ободової кишки - 2 хворих; пошкодження товстої кишки внаслідок травми - 1 хвора. Причини конверсії при торакаоскопії 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 оментогепатопексія. Діагностична торакаоскопія – у 19 хворих з пневмотораксом, причина якого була ліквідована шляхом коагуляції та у 46 хворих з кістами легень. Таким чином, при наявності труднощів у поточній діагнозу потрібно ширше ставити покази для використання лапароскопічних втручань з метою визначення подальшої лікувальної тактики.

Отже, 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 А.Ф., Гринчук Ф.В., Полянський І.Ю.**  
**ДІАГНОСТИКА ПОШИРЕНОСТІ ПЕРИТОНІТУ**

*Кафедра хірургії*

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

Відомо, що правильний діагноз є запорукою успішного лікування будь якого захворювання. Значної актуальності питання діагностики набувають в умовах перитоніту, оскільки визначення певної його форми визначає подальшу тактику, обсяг лікування й, відповідно, наслідки. Слід зауважити, що підходи різних дослідників до визначення тактики при перитоніті суттєво, іноді кардинально, відрізняються. Однією з основних причин таких розбіжностей є відсутність загальноприйнятої класифікації перитоніту, причому суперечності стосуються практично всіх складових існуючих варіантів. Одним із найбільш суперечливих питань залишається розподіл перитоніту за поширеністю. Між тим, саме остання значною мірою визначає його тяжкість і, відповідно, хірургічну тактику, а у підсумку – наслідки. В даний час основним розмежувальним критерієм такого поділу вважають 9 анатомічних областей передньої черевної стінки.

Всі дослідники поділяють перитоніт на дві основних форми: місцевий і розповсюджений. Однак трактування останнього різко відрізняються. Зокрема, такий перитоніт поділяють на дифузний, що займає 2 – 3 анатомічних ділянки, розлитий, який поширюється на 4 – 6 ділянок, та загальний, що захоплює більше 6-ти зон. Водночас, є думка про недоцільність окремого виділення розлитого та загального перитоніту, що аргументується відсутністю суттєвих відмінностей клінічних проявів.

Вважаємо за необхідне відзначити, що часто заперечення необхідності деталізації розповсюдження запального процесу не відповідає принципам вибору тактики, оскільки обсяг санації очеревинної порожнини та метод завершення операції залежить від поширеності перитоніту на певну кількість анатомічних ділянок. Неоднозначно висвітлюються також питання стадійності перитоніту. Деякі дослідники її заперечують, інші виділяють 2, 3, або 4 стадії. Такі розбіжності значною мірою зумовлені різними поглядами на поширеність перитоніту, яка суттєво визначає стадійність розвитку. Між тим, відсутність єдиної класифікації має не тільки академічне, скільки важливе практичне значення, оскільки створює передумови для розбіжностей у підходах до лікування гострого перитоніту і трактування його результатів. Це свідчить, що дана проблема потребує подальшого поглибленого вивчення. Основною причиною розбіжностей у поглядах на поширеність, тяжкість, стадійність перитоніту є відсутність чітких критеріїв визначення. Межі запального процесу в очеревинній порожнині визначаються суто суб'єктивно на підставі візуальної оцінки змін тканин, наявності гіперемії, набряку, інфільтрації, нашарувань фібрину, ексудату тощо. І цілком зрозуміло, що в умовах поширеного запального процесу часто чітко визначити його межі за такими ознаками неможливо.

З метою вдосконалення діагностики нами в експерименті апробований метод, заснований на визначенні інтенсивності люмінесценції очеревини. Для цього у нелінійних білих шурів з моделями перитоніту проводили опромінення очеревини монохроматичним лазерним променем, джерелом якого був аргонний лазер ЛГН-503, що випромінює на довжині хвилі 458 нм із потужністю 200 мВт.