

**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



(сальпінгофорит, сальпінгіт) – 11,82% (157), апоплексія яєчника – 3,24% (43), розрив кісти яєчника – 2,86 % (38), перекрути кісти на ніжці – 1,88% (25), пельвіоєсперитоніт – 17,17% (228). Ці дані повністю відповідають і гістологічним заключенням. За отриманими завдяки аналізу медичних карт даними, в 92% випадків, незважаючи на наявність інтраопераційної верифікації патології внутрішніх жіночих статевих органів (ВЖСО), хірург проводив видалення хробакоподібного паростка, інколи мотивуючи тактику „вторинними змінами” в органі або „пошкодженням брижі паростка”. Виключенням є випадки із позаматковою вагітністю – 99% та окремі операції при апоплексіях – 30%. В одному випадку паросток був видалений в зв'язку з його травматизацією. За аналізом передопераційних епікризів, в 74% хірург виставляв діагноз гострого апендициту під „?”, або виставляв конкуруючий діагноз патології ВЖСО.

Підводячи підсумок аналізу, можна зробити висновок, що в більшості випадків, після виключення гінекологом патології ВЖСО, тактика хірурга активізується до проведення операції.

Карлійчук О.О., Мишковський Ю.М.

ВИКОРИСТАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра загальної хірургії

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

Проблема хірургічного лікування гострого панкреатиту постійно перебуває у центрі уваги науковців та практичних хірургів. Це зумовлено незадовільними результатами лікування та високою післяопераційною летальністю хворих, пов'язаною із збільшенням частоти ускладнених форм гострого панкреатиту. До теперішнього часу відсутній єдиний алгоритм хірургічної тактики при гострому панкреатиті. Гострий панкреатит серед невідкладних захворювань органів черевної порожнини займає третє місце після гострого апендициту та гострого холециститу. Найчастіше гострий панкреатит виникає у пацієнтів віком від 30 до 60 років. Незважаючи на сучасні патогенетично обґрунтовані методи лікування, нові підходи до антибіотикотерапії, загальна летальність при гострому панкреатиті як в Україні, так і в інших країнах не опускається нижче 15% і становить в середньому від 15 до 23%, здебільшого при деструктивних ускладненнях.

Різноманітні морфологічні прояви гострого панкреатиту і варіантів його клінічного перебігу знайшли відображення в більш ніж 40 класифікаціях як самої патології так і її ускладнень, які найчастіше посягають описовий характер. На наших слайдах ми приводимо тільки деякі з них. При співставному аналізі цих класифікацій стає зрозумілим, що всі вони відрізняються лише принципом побудови і різною трактуванням термінів виділених форм і варіантів перебігу хвороби.

Проблема хірургічного лікування деструктивних форм гострого панкреатиту передбачає вчасну ліквідацію місцевих деструктивних змін в підшлунковій залозі і оточуючих тканинах, які стають патогенетичною основою захворювання як при септичних, так і при асептичних формах. Проведення санаційних оперативних втручань при панкреонекрозах на даний момент залишається найбільш ефективним засобом, що дозволяє врятувати життя даної категорії хворих. Залишаються не до кінця вирішеними питання визначення термінів проведення оперативних втручань, що має важливе практичне значення.

Нами був проаналізований досвід лікування в клініці хворих з різними клініко – морфологічними формами гострого панкреатиту, відповідно до класифікації прийнятої на Міжнародному симпозиумі в Атланті (1992), для оцінки тяжкості стану хворих застосовували шкалу RANSON. Вибір лікувальної тактики визначався згідно з загальними принципами лікування гострого панкреатиту (наказ №297 МОЗ України від 02.04.2010 р.) та відповідно до стадії захворювання.

У значній частині пацієнтів використовували вживані при хірургічному лікуванні хворих з деструктивними формами гострого панкреатиту оперативні методики, такі як санация, лаваж і дренивання черевної порожнини і сальникової сумки, абдомінізацію підшлункової залози, оментопанкреатопексію або марсупілізацію сальникової сумки. Широко лапаротомії, показані при даних методиках лікування, характеризуються високим рівнем хірургічної агресії, що призводить до кумуляції явищ панкреатогенного шоку, ускладнює стан хворих, а також сприяє частому виникненню гнійно-септичних ускладнень з боку операційної рани, що в свою чергу призводить до частих програмованих релaparотомій, внаслідок чого рана заживає вторинним натягом, а хворі потребують довготривалого лікування.

В свою чергу при такій же клінічній картині ми досягали хороших результатів не вдаючись до широких лапаротомій.

В групі із 12 пацієнтів з гострим деструктивним панкреатитом був застосований метод, що полягав у проведенні дренивання черевної порожнини через малоінвазивні доступи та комплексного консервативного лікування із введенням інгібіторів секреції та антибактеріальної терапії. Суть малоінвазивного методу полягає в підведенні дренажів до чепцевої сумки, малого мисника та бічних каналів за допомогою лапароскопа.

Удосконалення нами даного методу полягає в застосуванні власних розроблених дренажів – фасетного та двохпросвітного (Патент України) та їх розташування в місцях обґрунтованих в експерименті. Дані дренажі завдяки своїй будові мають низку незаперечних переваг у застосуванні перед звичайними гумово-поліхлорвініловими рукавичко-трубчастими дренажами.

Лапароскопія проводилась за стандартною методикою через точки Калька. Під контролем лапароскопа виконувалося встановлення чотирьох додаткових портів на передній черевній стінці. Один фасеточний дренаж



вводився через Вінслов отвір у чепцеву сумку до головки підшлункової залози. Інший фасеточний дренаж підводився з лівого боку і розміщувався вздовж тіла підшлункової залози. Крім того встановлювалися два двохпросвітні дренажі: один по лівому фланку, а інший опускали в малий мисник. Дренажі в правому і лівому підбер'ях використовувалися для локального дренивання сальникової сумки охолодженим антисептичним розчином. Лаваж проводився 2-3 доби і після досягнення позитивної динаміки процесу дренажі забиралися із заміною при необхідності на гумові смужки.

Крім того хворим проводилася консервативна терапія (за наказом №297 МОЗ України від 02.04.2010 р.: Стандарти та клінічні протоколи надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія»), боротьба з больовим синдромом, корекція порушень центральної гемодинаміки, периферичного кровообігу, призначалися інгібітори секреторної активності підшлункової залози, проводилася інтенсивна дезінтоксикаційна і антибактеріальна терапія для профілактики інфекційних ускладнень.

Аналізуючи результати лікування хворих слід зазначити зменшення в 3,5 рази частоти виникнення ускладнень та, необхідності проведення повторного оперативного втручання шпироким доступом, зменшення на 4,3±0,74 доби терміну перебування на ліжку, а також в 4,5 рази число нагноєнь та в 8,4 раз евертацій післяопераційних ран. Подальша розробка малоінвазивних операцій та комплексного консервативного лікування хворих на гострий панкреатит є перспективним напрямком і дозволяє підвищити ефективність лікування пацієнтів.

Карлійчук О.О., Мишковський Ю.М.

СПОСІБ ЗАПОБІГАННЯ РАНЬОГО РЕЦИДИВУ КРОВОТЕЧІ З ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВОГО УШКОДЖЕННЯ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

Кафедра загальної хірургії

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

З огляду сучасного стану проблеми гострокровоточивої дуоденальної виразки відомо, що одним із найбільш ефективних способів ендоскопічного гемостазу у хворих з ендоскопічною стигматою за Forrest (F) I визнано поєднання термічного та ін'єкційного методів. Метою дослідження є розробка ефективного способу запобігання раннього рецидиву кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки. Спосіб здійснювали наступним чином: використали окрім моноактивної гідродіатермокоагуляції, ендоскопічну ін'єкційну терапію розчином 5% транексамової кислоти, яка є інгібітором фібрinolізу. Методика проведення ін'єкційного методу полягала у обколюванні кровоточивої судини з наступним стисненням її набряклими оточуючими тканинами. Виконували від 3 до 10 пульсів гідродіатермокоагуляції (в середньому - 5), а також вводили від 0,4 до 2,8 мл 5% транексамової кислоти (в середньому – 1,4±0,3 мл). Проводили обколювання в 3-4 точках по периметру виразки та протилежної стінки кишки.

Пацієнти з успішним ендоскопічним гемостазом, ендоскопічними стигматами F II та F III відносяться до групи ризику розвитку кровотечі. Тому, для попередження рецидиву кровотечі застосовували тривале підведення інгібіторів фібрinolізу в комплексі “second look” ендоскопій (1 раз на добу) та постійного дуоденального зонду (500 мг транексамової кислоти кожні 8 годин) протягом 5 діб.

За розробленим способом запобігання раннього рецидиву кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки проліковано 12 хворих із гострокровоточивою дуоденальною виразкою, рецидив кровотечі виявлено у 1 пацієнта.

Технічний результат: перевагою способу, що заявляється, є максимальна відповідність клінічному перебігу захворювання, що дозволяє проводити ефективний ендоскопічний гемостаз, запобігати ранньому рецидиву кровотечі, а також адекватний лікувальний тактичний підхід.

Kovalchuk P.Ye., Gasko M.V., Tulyulyuk S.V.

REPARATIVE OSTEOGENESIS IN NORMAL CONDITIONS AND MICRONUTRIENT DEFICIENCIES OF IODINE

Department of Traumatology, Orthopaedics and Neurosurgery

Higher education institution in Ukraine

«Bukovinian State Medical University»

Today without the attention of researchers studying the remains and requires a number of outstanding issues, including: the impact of iodine deficiency states on bone health, healing bone defects and morphological characteristics of the process in terms of iodine deficiency.

The experiments were performed on 63 redbreasted white male rats a 3-month old. The experiment was performed on the control, and the main groups of animals. The study group consisted of 42 rats, which were formed from two subgroups, each of which is taken to 21 experimental animals. The animals of the main group modeled iodine deficiency by using the diet with low iodine content (6 mg/100 g) and using the product Mercazolilum. Merkazolila daily dose administered daily for 21 days, once in the stomach in the form of aqueous starch suspension. Reparative osteogenesis histomorphological studied at 7, 15 and 30 days after femoral defect diameter of 1 mm.

The data indicate about the negative effects of iodine deficiency on reparative osteogenesis and saline, which is shown the suppression of these processes, involving violations of forming callus, deterioration of the structural-functional state of the bone development of degenerative and necrotic changes in bone and epiphyseal cartilage.



In animals of the experimental group with simulated iodine deficiency regenerate bone formation was delayed and proceeded against the background of pronounced disorders of blood supply. During the reparative process of formation and inhibition of different remodeling of regenerate, leading to a decrease in the relative area of lamellar bone tissue compared to controls.

Кучук О. П.

ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «СПРЕГАЛЬ» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕМОДЕКОЗНОГО БЛЕФАРИТУ

*Кафедра офтальмології ім. Б.Л.Радзиховського
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Демодекозний блефарит викликається *Demodex folliculorum hominis*, *Demodex brevis*. Кліщ – залозниця вугрова паразитує в протоках сальних та мейбомієвих залоз, а також у волосяних фолікулах. Захворювання може супроводжуватись трихіазом, мадарозом, хронічним кон'юнктивітом, красним кератитом, синдромом «сухого ока». Демодекозний блефарит в 60 % випадках супроводжується з ураженням кліщем шкіри обличчя.

Медикаментозне лікування демодекоза перебігає складно через те, що кліщі розташовуються глибоко, і місцеве застосування будь-яких, навіть найбільш ефективних засобів не може подіяти одночасно на всіх паразитів, зазвичай гинуть лише найбільш поверхнево розташовані. Лікування ускладнюється ще й тим, що препарати, що містять сірку чи дьоготь не можуть бути застосовані в офтальмології, бо є шкідливими для очей, а ефективність офтальмологічних лікарських засобів недостатня через їх слабе проникнення у мейбомієві залози і власне фолікули. Зважаючи на вищевказані причини нами був запропонований комплекс лікування демодекозу шляхом послідовного нанесення на шкіру повік препарату Спрегаль та подальшого проведення дарсонвалізації повік. За потреби аналогічні процедури проводяться на ураженій шкірі обличчя.

Лікувальні ефекти препарату Спрегаль реалізуються за рахунок його компонентів, що мають інсектицидні властивості. Есдепалетрин є нейротоксичною отрутою для комах, що порушує катіонний обмін мембран первих клітин комах. Піпероліну бутоксид посилює дію есдепалетрину. Препарат слід наносити на шкіру повік в ділянці росту вій вушною паличкою акуратно, не допускаючи потрапляння на слизову ока.

Метод дарсонвалізації має наступні лікувальні ефекти: акаріцидний та бактерицидний – завдяки дії іскрового розряду та озону, що генерується в біяелектродному просторі апарату для дарсонвалізації; протибольовий та протисвербжний – за рахунок збільшення порогу чутливості больових та тактильних екстерорецепторів; імуностимулюючий також за рахунок дії іскрового розряду, що стимулює фагоцитоз, та виділення біологічно активних речовин, які стимулюють гуморальну ланку імунітету.

За допомогою даної методики в період 2013-2015 років нами було проліковано 38 хворих. Зазвичай, курс дарсонвалізації з Спрегалем тривав десять днів з подальшою перервою на два тижні та повторним проведенням аналогічного курсу. Вибір саме такої схеми відповідає повному циклу життєдіяльності кліща (15 днів), оскільки всі методи лікування діють тільки на дорослі особини. На нашу думку, іскровий заряд, за рахунок дії на гладком'язові клітини мейбомієвих та сальних залоз, стимулює викид їх секрету. Разом з секретом на поверхню шкіри повік виділяється і демодекс, який підпадає під дію Спрегалю, попередньо нанесеного на шкіру, що підвищує ефективність знищення кліща та покращує клінічний перебіг захворювання. Ефективність даної методики підтверджується тим, що свербж, набряк та почервоніння повік після першого курсу лікування зменшились у 97 % хворих. Якщо при первинній мікроскопії вій в препараті виявлялося 8-15 кліщів у полі зору, то після першого курсу при контролі кількість їх зменшувалася до 1-2 в полі зору. Після повторного курсу лікування процент від'ємних мікроскопічних аналізів вій наближався до 100%.

Запропонований нами новий комбінований метод лікування демодекозного блефариту шляхом послідовного нанесення на шкіру повік препарату Спрегаль та подальшого проведення дарсонвалізації повік є простим у використанні, доступним та ефективним способом лікування демодекозу та профілактики його ускладнень.

Максим'юк В.В.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ, ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

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

Питання діагностики, прогнозування перебігу і хірургічного лікування гострого некротичного панкреатиту та його ускладнень є одними з найбільш складних проблем сучасної абдомінальної хірургії. Загальносвітова тенденція до невпинного зростання рівня захворюваності на дану патологію привертає постійну увагу до вирішення цієї складної проблеми як вітчизняних вчених, так і закордонних вчених.

Матеріал дослідження склало 158 хворих на різні форми гострого некротичного панкреатиту. Серед них: 94 (59,5%) чоловіків та 64 (40,5%) жінок. Середній вік пацієнтів склав 47,55±1,48 років. Хворих розділяли на дві групи: контрольну та дослідну. Контрольну групу склали 66 хворих, у яких лікування проводилось згідно уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим із різними формами



гострого панкреатиту. У дослідну групу увійшло 92 пацієнти, у яких застосовувались напрацьовані підходи до оптимізації комплексного лікування гострого некротичного панкреатиту.

Основаю напрацьованих підходів до оптимізації діагностики, прогнозування перебігу та лікування гострого некротичного панкреатиту стала комплексна реалізація наступних принципів. Принцип ранньої «агресивної» інфузійної терапії, суть якого полягав у проведенні комплексу інтенсивної терапії з адекватною рідинною ресусцітацією протягом першої доби. Принцип деескалації, суть якого полягає у первинному призначенні максимальних доз блокаторів панкреатичної секреції, інгібіторів протеолітичних ферментів та антибіотиків широкого спектру дії. Принцип поєднано-роздільної пролонгованої антиферментної терапії, який полягає у поєднанні різних шляхів введення інгібіторів протеаз впродовж тривалого часу. Принцип паралельності, який полягає у поєднаному комплексному застосуванні повного об'єму лікувальних засобів з перших годин госпіталізації.

Принцип специфічного моніторингу. У результаті досліджень встановлено, що на час госпіталізації хворих найбільш специфічними лабораторно-інструментальними проявами гострого некротичного панкреатиту були: трипсин крові > 15,3 Мод, ліпаза крові > 196,0 Од/л, амілаза крові > 26,0 ^U/L, α₁-антитрипсин крові < 10,0 мкмоль/л, α₂-макрोगлобулін крові < 1,10 г/л, прокальцитонін крові > 1,7 нг/мл, амілаза сечі > 178,0 ^U/L, шкала APACHE > 16 балів, шкала SAPS > 21,0 балів, шкала MODS > 19,0 балів, шкала SOFA > 13,5 балів, Індекс Balthazar > 3,3 бал, оптична густина плазми крові < 0,48 од, зміщення максимальної інтенсивності флуоресценції плазми крові на довжину хвилі λ < 467 нм.

Принцип випередження. Попри існуючі на сьогодні загально визнані підходи щодо переваги використання відтермінованих оперативних втручань у фазі гнійних ускладнень гострого панкреатиту, нами запропоновано використання більш активної хірургічної тактики. Принцип мініінвазивності та мінітравматичності. При проведенні хірургічних інвазій перевагу надавали мініінвазивним (схоконтрольовані пункційно-дренуючі) та мінітравматичним (схоконтрольовані, відеолапароскопічні або відеолапароскопічно-асистовані) методам за чітко визначеними показами. Принцип послідовності (каскадності), який полягає в послідовному застосуванні різних способів хірургічних інвазій. Принцип індивідуальної курації, який полягає у тому, що вибір методу як первинної, так і етапних хірургічних інвазій повинен визначатись у кожного хворого окремо у відповідності до характеру перебігу гострого некротичного панкреатиту, його форми, фази, виду ускладнень та багатьох інших факторів (поєднана патологія, вік, анамнез, наявність акустичного вікна тощо).

Принцип пролонгованого антиферментного та антибактеріального місцевого впливу. З метою пригнічення агресивності протеолітичного ураження панкреатичної паренхіми та оточуючих тканин, а також для профілактики та лікування гнійно-некротичних ускладнень гострого панкреатиту нами напрацьовано нові дренажно-сорбційні пристрої, методи перитонео- та вальнеосорбції (патенти на корисну модель № 66934, № 66654, № 30930).

Принцип висококваліфікованої лікарської універсальності, дотримання якого вимагає від хірурга глибоких знань патофізіології гострого панкреатиту, сучасних схем його лікування, володіння як традиційними, так і малоінвазивними хірургічними втручаннями. Принцип висококваліфікованої вузькоспеціалізованої централізації (принцип інструментальної акумуляції). Сучасні підходи до діагностики та лікування гострого панкреатиту диктують необхідність застосування новітніх технологій, які ґрунтуються на комплексному використанні спеціалізованого дороговартісного медичного обладнання. Також, необхідною умовою реалізації наведених вище принципів є високопрофесійне володіння хірургом широким спектром різноманітних операційних втручань (мініінвазивні, ендоскопічні, відкриті). Зрозуміло, що комплексне поєднання вказаних складових можливе тільки в умовах спеціалізованих відділень (центрів) висококваліфікованих вузькоспеціалізованих медичних закладів, де і повинні лікуватись такі хворі.

Комплексне клінічне застосування наведених принципів діагностики та лікування гострого некротичного панкреатиту дозволило знизити ризик розвитку поширеного панкреонекрозу на 18%, частоту виникнення пізніх гнійно-некротичних ускладнень та арозивних кровотеч на 35% та 51% відповідно, зменшити кількість повторних хірургічних інвазій на 39%, скоротити тривалість стаціонарного лікування на 25%, знизити летальність на 24%.

Москалюк В.І.

ОПТИМІЗАЦІЯ ФОНОЕНТЕРОГРАФІЧНОГО МЕТОДУ ПРИ АНАЛІЗІ ПОРУШЕНЬ МОТОРИКИ КИШЕЧНИКУ

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

Проблема оцінки скоротливої здатності кишечника на сьогодні не вичерпала своєї актуальності, оскільки саме моторно-евакуаторна функція та ступінь її порушення визначають перебіг багатьох хірургічних захворювань. Існуючі інструментальні методи діагностики порушень рухової функції кишечника опосередковано дають можливість виявити її зниження чи відсутність. У більшості випадків вони підтверджують наявність ускладнень, що розвиваються у результаті пошкодження скоротливої здатності кишки, тобто, відображають явища кишкової непрохідності, яка виникає упродовж тривалого часу від моменту порушення моторно-евакуаторної функції кишечника. Отже, недоліками даних методик є опосередкованість та несвоєчасність оцінки скоротливої здатності кишечника.