

**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



Нами розроблений неінвазивний метод оцінки моторно-евакуаторної функції кишечника, який поєднує можливість проведення аускультативної з одночасною візуалізацією перистальтичних шумів на скрані пристрою та їхньою реєстрацією для подальшого проведення кількісного аналізу параметрів перистальтики.

Обстеження практично здорових осіб дали змогу оцінити фізіологічні параметри перистальтики та визначити середні їх величини. Результати апробації даного методу засвідчили його високу ефективність при обстеженні хірургічних хворих з різними порушеннями моторно-евакуаторної функції кишечника. Так, за нашими даними, у хворих на гостру механічну кишкову непрохідність спостерігається зниження більш, ніж у два рази кількості перистальтичних хвиль та збільшення більш, ніж у два рази середньоквадратичного значення амплітуди перистальтичних хвиль, середньоквадратичного значення амплітуди скорочень у міжперистальтичний період та індексу сили перистальтичної хвилі.

Таким чином, результати фоноентерографічного дослідження свідчать, що найвищі параметри перистальтики реєструються у проекції початкового відділу тонкої кишки – у ділянці дуоденоюнального згину. Далі перистальтична хвиля розповсюджується по тонкій кишці. Найнеблагоприятніші параметри перистальтичної хвилі виявлені нами по середині тонкої кишки – над пупком, де сила скорочення дещо знижується, а відносний опір хімусу навіть дещо зростає. Найменша сила скорочень визначається у термінальному відділі тонкої кишки, однак, із-за зменшення відносного опору хімусу при нормальній функції Баугінієвої заслінки ефективність її достатня для проштовхування її вмісту у просвіт товстої кишки.

Розроблений нами спосіб є об'єктивним методом діагностики порушень моторно-евакуаторної функції кишечника. Інформативність, неінвазивність, портативність дозволяють рекомендувати його для клінічного впровадження.

**Москалюк О.П., Давиденко І.С.\*, Шварковський І.В., Рева В.Б.  
ЗМІНИ РЕПРОДУКТИВНИХ ОРГАНІВ САМЦІВ КРОЛІВ ПІД ВПЛИВОМ КОНТАКТУ  
ПОЛІПРОПІЛЕНОВОГО ІМПЛАНТАТУ З СІМ'ЯНИМ КАНАТИКОМ**

*Кафедра хірургії та урології,  
Кафедра патологічної анатомії\*  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Серед усіх гриж черевної стінки пахвинні грижі становлять близько 75%. Часто на пахвинну грижу хворіють чоловіки репродуктивного віку, коли гриженосійство призводить до вираженої морфологічної зміни і порушення функції яєчка. Деякими авторами доведені позитивні результати при застосуванні алопластичних методів пахвинної герніопластики, що пояснюється збереженням кровообігу та іннервації яєчка внаслідок відсутності натягу структур пахвинного каналу. Поряд з цим збільшується кількість повідомлень про розвиток ускладнень внаслідок контакту алотрансплантата з сім'яним канатиком – матеріал для алопластики, що застосовується, викликає виражену запальну реакцію з втягненням прилеглих тканин та сім'яного канатика в сполучнотканинний рубець.

Метою роботи стало експериментальне вивчення гістологічних змін репродуктивних органів кролів при контакті поліпропіленового імплантата і сім'яного канатика.

Експеримент проведено на 28 статевозрілих самцях кроля, яким проленовий імплантат розмірами 1,0 на 1,0 см фіксували в пахвинній ділянці, досягаючи прямого контакту сім'яного канатика з протезом. Вивчали гістологічні зміни яєчка та сім'яної протоки. Досліджували зміни сперматогенного епітелію, сполучнотканинної строми, наявність склерозу, гіалінозу та венозного застою крові. На 7, 21, 42 та 90 добу тварини виводились з експерименту, по 7 на кожен термін спостереження. Контроль склали 10 інтактних тварин.

На 7 день експерименту кількість сім'яних трубочок з непошкодженим сперматогенним епітелієм склали 1,5%, частковопошкодженим – 98%. Спорожнілі сім'яні трубочки склали 0,5%. Строма склали 9,5%, за рахунок набряку. Кількість рядів сперматогенного епітелію становила  $9,4 \pm 0,46$ . На нашу думку, виявлені зміни пов'язані з операційною травмою. На 21 день експерименту спостерігалось погіршення стану сперматогенного епітелію – спорожнілі сім'яні трубочки склали 13%. Кількість сім'яних трубочок з непошкодженим сперматогенним епітелієм склали 3%, частковопошкодженим – 84%. Строма склали 12%. Кількість рядів сперматогенного епітелію становила  $2,1 \pm 0,54$ . Виявлено застій крові на 1 бал. На 42 день експерименту спостерігається відновлення сперматогенного епітелію – кількість сім'яних трубочок з непошкодженим сперматогенним епітелієм склали 95,5%, частковопошкодженим – 4%. Спорожнілі сім'яні трубочки склали 0,5%. Строма склали 16%, за рахунок початку розвитку склерозу. Виявлено застій крові на 2 бали. Кількість рядів сперматогенного епітелію становила  $9,1 \pm 0,58$ . На нашу думку, виявлені зміни пояснюються регенерацією клітин сперматогенного епітелію. На 90 день експерименту відмічено – кількість сім'яних трубочок з непошкодженим сперматогенним епітелієм склали 84,5%, частковопошкодженим – 15%. Спорожнілі сім'яні трубочки склали 1,5%. Строма склали 19%, за рахунок розвитку склерозу та гіалінозу. Кількість рядів сперматогенного епітелію становила  $6,7 \pm 0,34$ . Виявлено застій крові на 4 бали. На нашу думку, виявлені зміни пов'язані з явищами гіпоксії яєчка, що розвиваються внаслідок втягнення сім'яного канатика в сполучнотканинний рубець, що утворився навколо поліпропіленового імплантата.

При вивченні змін сім'яної протоки виявлено, що на 7 день спостереження значних патологічних змін не виявлено. З 21-го дня спостереження відмічено прогресивне збільшення товщини стінки сім'яної



протоки спочатку за рахунок набряку, а в подальші терміни спостереження – стовщення стінки сім'яної протоки за рахунок розростання сполучної тканини власної пластини. При цьому спочатку відбувається вогнище розростання – 42 день, потім – дифузне, не завжди рівномірне 90 день спостереження. Поряд з розростанням сполучної тканини зменшується діаметр сім'яної протоки, що найбільш виражено на 90 день експерименту. На нашу думку, виявлені зміни пов'язані з втягненням сім'яної протоки в сполучнотканинний рубець, що утворився навколо поліпропіленового імплантата.

Отже, контакт поліпропіленового імплантата з елементами сім'яного канатика сприяє розвитку асептичної запальної реакції, що показують гістологічні зміни репродуктивних органів. На нашу думку, виявлені зміни пов'язані з явищами гіпоксії яєчка, що розвиваються внаслідок втягнення сім'яного канатика в сполучнотканинний рубець навколо поліпропіленового імплантата.

**Пенішкевич Я.І., Александровська Л.М.  
ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЧИННИКИ В РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ**

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

Цукровий діабет є однією з причин незворотної втрати зору. При цукровому діабеті патологічно змінюються гемореологічні та гемоагрегаційні властивості крові та локальна гемодинаміка. В результаті хронічної декомпенсації вуглеводного обміну у хворих цукровим діабетом розвивається комплекс метаболічних порушень, який патологічно впливає на циркулюючі в крові периферичні клітини. Неферментативний гліколіз гемоглобіну та білків мембрани еритроцитів призводить до появи аномальних форм клітин. Підвищення концентрації вільних радикалів та продуктів протеолізу дестабілізують клітинні мембрани. Форма еритроцитів при хронічній гіперглікемії залежить від ступеня її компенсації та проявляється незворотною структурно-функціональною модифікацією, зниженою стійкістю та деформабельністю клітин, зміненою агрегацією.

Метою є дослідження реологічних властивостей крові у хворих цукровим діабетом.

Обстежено 24 пацієнтів з цукровим діабетом II типу за загальноприйнятими офтальмологічними методиками, а також параметри крові (в'язкість крові, індекс деформабельності еритроцитів). Оцінка реологічних властивостей крові показала зниження індексу деформабельності еритроцитів та зростання відносної в'язкості еритроцитарної суспензії, найбільш виражені у хворих з некомпенсованим цукровим діабетом. Зазначені зміни призводять до збільшення капілярної проникності, що має значення при розвитку діабетичного макулярного набряку. Таким чином необхідно враховувати лабораторні показники крові для прогнозування перебігу діабетичної ретинопатії.

**Петрюк Б.В.  
КСЕНО- ТА АЛОПЛАСТИКА В КОМБУСТИОЛОГІЇ**

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

Відомо, що глибокі дермальні та субфасціальні опіки потребують оперативного лікування – вільної шкірної пластики. Однак у випадку поширених глибоких уражень неминуче виникає дефіцит ресурсів донорської шкіри. Це змушує використовувати тимчасові штучні покриття або ж ліофілізовані ксенотрансплантати шкіри свиней. Приживлення останніх, на жаль, є тимчасовим. Якщо площа глибоких опіків перевищує 30% поверхні тіла, виникає гострий дефіцит аутошкіри, тому власне аутодермопластика не може вирішити проблему відновлення шкірного покриву. У такому випадку, окрім ксенопластики, може бути використана алодермопластика. При поширених глибоких опіках алодермотрансплантати можуть слугувати якісною біологічною пов'язкою. Вони зменшують больові відчуття та попереджують втрати через ранову поверхню. Таким чином відбувається підготовка організму потерпілого до аутодермопластики. Разом із тим, алопластика також має низку недоліків: здоровій людині (донору шкіри) заподіюють операційну травму, знімаючи епідермо-дермальні клапти, тобто виникає донорська рана. Попередньо донора шкіри обстежують, як і донора крові, а це додаткові витрати реактивів, часу та ін. З огляду на це, оптимальним варіантом є використання донора крові у якості донора шкіри. Беззаперечний недолік даного виду шкірної пластики – тимчасовість приживлення клаптів. Залежно від тяжкості стану потерпілого, а саме від рівня його імунного захисту, через 2-3 тижні (іноді дещо пізніше) розпочинається лізис алошкіри, що спричинено біологічною несумісністю тканин, тобто розвивається реакція відторгнення трансплантата. Організм реципієнта виробляє антитіла на сторонню білкову тканину.

Алодермотрансплантати, що прижили, утримуються на рановій поверхні до тих пір, доки не настане сенсibiliзація організму реципієнта на сторонній білок пересаженої шкіри. Під впливом антитіл відбувається загибель алотрансплантата. Термін існування клаптя також залежить від його розмірів. За нашими спостереженнями, ксеноклапти значно швидше лізуються, ніж алоклапти, тобто алопластику можна вважати більш ефективним шляхом тимчасового закриття опікових ран, не дивлячись на її недоліки. Її можна використовувати як на гранулюючі рани, так і на рани, що виникли внаслідок проведення ранньої некректомії.