

**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



удосконалень степлерних анастомозів за останні 5 років, слід сказати, що принципово нових ідей в їх конструкції не запропоновано. На основі даних літератури нами проведений віртуальний пошук можливостей створення нових варіантів степлерних апаратів.

Ось їх принципові особливості:

1. Використання одного ряду скріпок перпендикулярного до окружності органа (аналог ручних швів).
2. Уникнути накладання кисетних швів.
3. Відсутність відсічення тканин циркулярним ножом.
4. Зменшення діаметру головки при виведенні.

Після накладання степлерних швів і видалення апарату, кетгуттова нитка провалюється в порожнину органів. Наводимо етапи накладання анастомозу запропонованим нами степлером.

1. На кінці стравоходу і кишки накладають 4 кетгуттових шва.
2. Зближення розсічених кінців стравоходу і кишки-зав'язування ниток.
3. Введення апарату в зону анастомозу.
4. Накладання між кишкою і стравоходом кетгуттової блокуючої нитки.
5. Зближення і прошивання скріпками органів.
5. Відведення обох частин апарату одна від одної.
6. Складання пелюсткової головки апарату.
7. Виведення апарату з органів.

Основні відмінності нашого степлера від існуючих модифікацій.

1. Вісутність накладання кисетних швів на стравохід і кишку.
2. Фіксація органів на порожнистих стрижнях апарату, що відповідають кінцевому діаметру анастомозу обвивною кетгуттовою ниткою.
3. Кетгуттові нитки після формування анастомозу відходять в порожнину органу.
4. Поздовжні скріпки, що виходять в порожнину органу, забезпечує їх відходження після операції.
5. Відсутність ножа в апараті і зумовлених пересіченням кровотеч.
6. Степлерні шви вимагають накладення додаткових рядів швів.

Таким чином сучасні степлерні апарати є надійними пристосуваннями для накладання езофагоєюноанастомозів (недостатність анастомозів в межах 2-4%, стенози співусть 4-7%).

У зв'язку з високою надійністю та компактністю апарати знайшли пристосування при виконанні лапароскопічних та робототехнічних гастректомій, що не потребує додаткового укралення швів. Удосконалення степлерних циркулярних апаратів в останні роки іде в напрямі дозованої компресії тканини при різній товщині стінок органів, рухомих головок, 6-ти рядів скріпок, наявністю у систем зворотного зв'язку. Нами запропоновані модифікації циркулярних стилерів для відкритої гастректомії та вертикальним розташуванням скріпок без накладання кисетного шва.

**Шульгіна В.В.**

#### ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ, РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ ТА АНУСА СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ НА ПРОТЯЗІ 2010-2014 РОКІВ

*Кафедра онкології та радіології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

У світі колоректальний рак є однією з найбільш поширених нозологічних форм злоякісних новоутворень, частота якої має тенденцію до неухильного зростання. За останніми даними ВООЗ, кожного року реєструють 500 тис. випадків раку товстої кишки. За поширеністю серед онкологічних захворювань ця патологія займає друге місце у жінок і третє - у чоловіків. Загалом у структурі злоякісних пухлин шлунково-кишкового тракту колоректальний рак знаходиться на третьому місці за частотою захворюваності та на другому - за рівнем смертності.

За даними Всесвітнього Фонду реєстрації Раку у більшості розвинутих країн світу колоректальний рак (КРР) серед найбільш розповсюджених злоякісних новоутворень займає третє місце, як у чоловіків так і у жінок. У світі щорічно реєструється біля 600 тис. випадків КРР. В США, Канаді та Великобританії КРР займає друге місце після раку передміхурової залози у чоловіків та раку молочної залози у жінок, і становить 15% від усіх злоякісних пухлин.

За проведеннями в 2012 р. оцінками Міжнародного агентства з дослідження раку (International Agency for Research on Cancer - IACR) відділу Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) згідно з даними статистичних і епідеміологічних досліджень, захворюваність на КРР неухильно підвищується. У розвинутих країнах рак товстої і прямої кишки - другий за поширеністю вид раку і друга провідна причина смерті. Суттєвий ризик захворюваності на КРР відзначається після 50 років і подвоюється в кожну подальшу декаду життя. Рак товстої кишки частіше діагностують у жінок, а рак прямої кишки - у чоловіків. Ризик розвитку КРР в європейській популяції протягом усього життя становить у чоловіків 6,0%, у жінок - 5,8%. Близько 5% хворих на рак товстої або прямої кишки мають декілька злоякісних пухлин колоректальної зони одночасно.

В Україні захворюваність на колоректальний рак становить 33 на 100 тис. (17,7 ободової та 16,5 прямої кишки) досягаючи найбільших показників (35-38 на 100 тис.) в південно-східних регіонах нашої країни.



Проведено статистичний аналіз захворюваності та смертності за амбулаторними картами 748 хворих на рак ободової кишки та 638 хворих на рак прямої кишки та анального каналу, які перебували на лікуванні та диспансерному обліку в Чернівецькому обласному клінічному онкологічному диспансері на протязі 2010 – 2014 років.

При порівнянні епідеміологічних даних щодо колоректального раку у жителів Чернівецької області впродовж останніх п'яти років отримані певні дані. У 2010 році в Чернівецькій області було вперше виявлено 136 хворих з раком ободової кишки (захворюваність становила 16,5 на 100 тисяч населення), у 2011 році 158 хворих (захворюваність становила 17,5 на 100 000), а в 2012 – 128 хворих (захворюваність відповідно становила 14,2 на 100 тисяч населення), у 2013 – 154 хворих (17,0), у 2014 – 152 хворих (16,8).

Таблиця 1

Згідно TNM розподіл по стадіям при вперше виявленому колоректальному раку

Роки	I і II стадії	III стадія	IV стадія
2010	53 хворих (38,97%)	52 хворих (38,24%)	31 хворих (22,79%)
2011	68 хворих (43,04%)	53 хворих (33,54%)	37 хворих (23,42%)
2012	51 хворий (49,04%)	29 хворих (27,87%)	24 хворих (23,09%)
2013	52 хворих (41,60%)	39 хворих (31,20%)	34 хворих (27,20%)
2014	52 хворих (40,31%)	33 хворих (25,58%)	44 хворих (34,11%)

За ці роки у Чернівецькій області динаміка смертності від колоректального раку була наступною: у 2010 році від раку ободової кишки померло 47 чоловіків та 50 жінок (смертність становила 10,8 на 100 тисяч населення); у 2011 році - 68 чоловіків та 90 жінок (смертність становила 10,0 на 100 000) а у 2012 році - 9,5 на 100 000 населення (померло 42 чоловіка та 44 жінки), у 2013 році - 11,1 (54 чоловіка та 46 жінок), у 2014 році - 10,3 (49 чоловік та 44 жінки).

Щодо раку прямої кишки та ануса у Чернівецькій області з 2010 по 2014 роки спостерігалась наступною захворюваність: у 2010 році - 14,8 на 100 тисяч населення (захворіло 120 осіб); у 2011 - 13,4 на 100 тисяч населення (зарєєстрований 121 випадок); у 2012 - захворюваність становила 12,7 на 100000 населення (захворіло 115 осіб), у 2013 – 15,7 (142 людини), у 2014 – 15,5 (зарєєстровано 140 випадків).

Таблиця 2

Розподіл по стадіям вперше виявленого раку прямої кишки та ануса

Роки	I і II стадії	III стадія	IV стадія
2010	81 хворих (67,5%)	22 хворих (18,33%)	17 хворих (14,17%)
2011	80 хворих (66,12%)	20 хворих (16,53%)	21 хворих (17,35%)
2012	40 хворих (44,94%)	25 хворих (28,09%)	24 хворих (26,97%)
2013	65 хворих (52,42%)	28 хворих (22,58%)	31 хворий (25,00%)
2014	78 хворих (59,54%)	29 хворих (22,14%)	24 хворих (18,32%)

З 2010 по 2014 рік у Чернівецькій області були зафіксовані наступні показники смертності від раку прямої кишки та ануса: 2010 рік – 9,5 на 100 тисяч населення (померло 56 чоловіків та 30 жінок), у 2011 році – 9,9 на 100 000 населення (померло 56 чоловіків та 36 жінок) та у 2012 смертність становила 10,1 на 100 000 (померло 47 чоловіків та 44 жінки), у 2013 році – 11,1 (59 чоловік та 41 жінка) а у 2014 році – 11,0 на 100 тисяч населення (померло 53 чоловіка та 47 жінок).

**Шумко Б.І., Малишевський І.О.**

#### ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З МІСЦЕВО ПОШИРЕНИМ ПЛОСКОКЛІТИННИМ РАКОМ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК РОТА І РОТОГЛОТКИ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРФЕРОНУ НА ЕТАПІ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ

*Кафедра онкології та радіології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Рак ротової порожнини (РРП) і ротоглотки (РРГ) належить до найбільш розповсюджених нозологічних форм у структурі захворюваності на злоякісні пухлини. В Україні захворюваність на РРП і РРГ становила в 2012 р. відповідно 5,2 і 4,6 на 100 тис. населення, смертність до 1 року досягала 45,7% у хворих на РРП і 48,0% - у пацієнтів із РРГ. При цьому захворюваність чоловіків майже вдвічі вища за зазначені показники (РРП - 9,0, РРГ - 8,7), у структурі захворюваності на злоякісні новоутворення (за винятком немеланомних злоякісних пухлин шкіри) чоловічого населення України РРП посідає 10-те місце, а у віковій групі 30–54 роки - 5-те. У цьому самому віковому інтервалі серед чоловіків у структурі смертності від злоякісних новоутворень РРП посідає 4-те місце, РРГ - 5-те.

Наявність теоретичного підґрунтя і позитивний досвід застосування ІФН у онкологічних пацієнтів, але відсутність інформації про поєднання інтерферонотерапії з променевим лікуванням у зазначеній категорії пацієнтів спонукав до нових шляхів покращення результатів лікування пацієнтів з місцево поширеними карциномами ротової порожнини і ротоглотки під час проведення комбінованого і комплексного лікування.



Проведений аналіз результатів лікування 30 хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні у III хірургічному відділенні Чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру впродовж 2012-2013 року з місцево поширеним плоскоклітинним раком слизових оболонок рота і ротоглотки з застосуванням інтерферону на етапі променевої терапії. У всіх хворих діагноз був підтверджений гістологічно. Хворі були розподілені на 2 групи: тільки променева терапія і променева терапія з інтерфероном.

Нами узагальнені результати лікування 30 хворих на місцево поширений (T3-4N1-2M0) плоскоклітинний рак слизових оболонок рота і ротоглотки (18 чоловіків і 12 жінок віком від 45 до 75 років). Всі пацієнти отримували комбіноване та комплексне лікування. На першому етапі проводили хіміотерапію. На другому етапі – курс гамма-опромінення на ділянки первинного осередку та регіонарних лімфатичних колекторів (сумарна доза опромінення 60–70 Гр). Пацієнтів розподілено на 2 групи. Пацієнти контрольної (першої) групи (17 осіб) не отримували інтерферон. Пацієнти досліджуваної (другої) групи (13 осіб) під час ПТ отримували ін'єкції інтерферону (IFN) у дозі 3 млн од. 1 раз на день тричі на тиждень, 12 ін'єкцій на курс. Ефект від проведеного лікування оцінювали після вшухання явищ променевого мукозиту (у середньому через 3 тижні) згідно критеріїв ВОЗ і на основі фізикального, ультразвукового обстеження, магнітнорезонансної, комп'ютерної томографії. Вираженість небажаних явищ (мукозиту, лейкопенії, грипоподібного синдрому) оцінювали згідно оцінки загальних критеріїв небажаних явищ.

У контрольній групі у 7 пацієнтів ефект від лікування оцінено як стабілізацію (зменшення пухлини становило не більше 25%), у 8 – часткова відповідь, й у 1 – повна відповідь, також у 1 пацієнта відзначено прогресію захворювання. У досліджуваній групі стабілізацію пухлинного процесу відзначено у 2 пацієнтів, у 7 – часткова відповідь, ще у 4 пацієнтів відзначено повну відповідь (табл. 1).

Вираженість променевого мукозиту у пацієнтів обох груп суттєво не відрізнялась і не перевищувала 2 ступеня. Лейкопенію I ступеня відзначено у 12 пацієнтів I групи і у 9 пацієнтів II групи, лейкопенія II ступеню – відповідно у 4 і 3 пацієнтів. У 12 з 13 пацієнтів групи інтерферону відзначено грипоподібний синдром з підвищенням температури тіла до субфебрильних і фебрильних цифр після перших 2–3 ін'єкцій препарату. При II ступені вираженості хворі потребували призначення нестероїдних протизапальних засобів. Зазначені небажані явища не призвели до призупинення чи переривання лікування.

Проведене хворим комплексне протипухлинне хіміопроменеве лікування з застосуванням інтерферону є ефективнішим у порівнянні з використанням хімію та променевої терапії, як самостійних методів лікування. Застосування інтерферону на етапі променевої терапії дозволяє покращити безпосередні результати лікування у пацієнтів з місцево поширеним плоскоклітинним раком слизових оболонок рота і ротоглотки.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів відповідно до отриманого ефекту від лікування

Етапи	I група (тільки променева терапія)		II група (променева терапія+ інтерферон)	
	Абсолютні числа	%	Абсолютні числа	%
Стабілізація	7	41	2	15
Часткова відповідь	8	47	7	54
Повна відповідь	1	6	4	31
Прогресія	1	6	0	0
Всього	17	100	13	100

Вираженість небажаних явищ (у тому числі й грипоподібного синдрому у пацієнтів II групи) не перевищувала 2 ступеня і не перешкоджала лікуванню в обох групах.

## СЕКЦІЯ 15 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ, ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Баланюк І.В.

### ОСОБЛИВОСТІ БІОЦЕНОЗУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Сьогодні епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Україні характеризується зростанням показників захворюваності та смертності від СНІДу. Досі ми залишаємося лідерами в Європі за темпами розповсюдження ВІЛ-інфекції.

Під нашим спостереженням перебувало 152 хворих на ВІЛ-інфекцію віком від 21 до 46 років. Серед обстежених було 37 (24,3%) хворих I клінічної стадії, 70 (46,1%) – II, 28 (18,4%) – III, 17 (11,2%) – IV клінічної стадії.

Дослідження показало, що дисбіоз проявлявся клінічно помірними порушеннями функцій травного каналу: періодичними болями в животі, (2-3 рази на добу), рідкими випорожненнями (від 2 до 5 разів на добу) або закрепами (тривалістю 3-4 доби), метеоризмом, нудотою. Частота практично кожного зазначеного

клінічного симптому наростала з поглибленням імунодефіциту.

У хворих на ВІЛ-інфекцію виявлені порушення мікробіоценозу товстої кишки зі зниженням облігатної мікрофлори, зміною її якісного складу, розмноженням УПМ. При I стадії ВІЛ-інфекції представники УПМ не вирізнялися достовірно частішим виділенням, порівняно зі здоровими особами. При II клінічній стадії ВІЛ-інфекції виявили статистично достовірну патологічну колонізацію товстої кишки УПМ. У цих хворих виявляли наявність епідермального стафілокока, знаходили *S. aureus*, а також гриби роду *Candida* перевищували фізіологічний показник у 2-4 рази.

У пацієнтів цієї групи, як правило, знаходили ще й *Citrobacter*, *Proteus* spp. При III клінічній стадії ВІЛ-інфекції виявили достовірне збільшення кількості УПМ. Порівняно з контролем, частіше виявляли *Citrobacter*, *Proteus* і *Pseudomonas* spp.

Важливо, що при III-VI клінічних стадіях ВІЛ-інфекції частота виділення представників УПМ була вищою, ніж при I-II стадіях, і в більшості випадків достовірно відрізнялася від показника у здорових осіб.

Оцінили динаміку мікрофлори при дисбіозі різних ступенів: особи, які перебували у II-IV клінічних стадій ВІЛ-інфекції, дисбіоз I ступеня реєструвався не частіше, ніж у здорових людей.

Глибший дисбіоз товстої кишки II-IV ступенів виявляли у більшості хворих. Декомпенсований дисбіоз III-IV ступенів встановлено у 57% при III і в 76,5% – при IV клінічній стадії ВІЛ-інфекції.

Варто звернути увагу на те, що тільки 34,9% пацієнтів зверталося за консультацією у зв'язку з дисфункцією кишечника, в решти лише активне обстеження дало змогу виявити дисбіотичні зміни.

Отже такі зміни свідчать про сильну пряму кореляцію глибини дисбіозу з прогресуванням ВІЛ-інфекції, що відображають її клінічні стадії.

Богачик Н.А., Сидорчук А.С., Венгловська Я.В., Сорохан В.Д.

### ВИКОРИСТАННЯ ЛАКТОКЕНУ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ЗМІН КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ КИШКОВИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

*Кафедра інфекційних хвороб та епідеміології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

В останній час терапія гострих кишкових інфекцій потребує корекції змін кишкової мікрофлори за допомогою сучасних пробіотиків в комбінації з пребіотиками. Одним із таких препаратів є лактокен.

Проаналізовано особливості клінічного перебігу гострих кишкових інфекцій (харчових токсикоінфекцій, шигельозу, сальмонельозу) в залежності від етіологічного агента з урахуванням результатів загальноклінічних, лабораторних і бактеріологічних досліджень у 37 хворих на базі інфекційного стаціонару Обласної клінічної лікарні м. Чернівці (Північна Буковина, регіон Західної України). Відповідно вивчали ефективність лікування з включенням лактокену на клінічний перебіг хвороби і зміни мікробіоценозу товстої кишки. Ідентифікацію виділених чистих культур мікроорганізмів здійснювали за морфологічними, тинкторіальними, культуральними, біохімічними, серологічними властивостями (антигенною структурою) та основними ознаками патогенності.

При вивченні зміни мікробіоценозу товстої кишки виявлено зниження кількості лактобактерій, біфідобактерій, загальної кількості *E.coli*. Вміст лактобактерій < 10<sup>6</sup> КУО/г фекалій спостерігався у половини хворих, а у решти, переважно у хворих на харчові токсикоінфекції, наближались до норми – 10<sup>7</sup> КУО/г (норма > 10<sup>6</sup> КУО/г); популяційний рівень біфідобактерій був < 10<sup>7</sup> КУО/г у 8 пацієнтів, а у 15 хворих наближався до норми (> 10<sup>7</sup> КУО/г). Виявлено також зниження загальної кількості *E.coli* < 10<sup>6</sup> КУО/г у трьох осіб.

Усі хворі отримували базисну терапію (регідраційна терапія у вигляді інфузійного введення розчинів «Трисіль», реосорбілакт, розчин Рінгера, орально (регідрон), ентеросорбенти (ентеросгель), ферментні препарати, спазмолітики, антибактеріальні препарати (ніфуроксазид, норфлоксацин), а тринадцятьом хворим додатково призначали лактокен по 2 капсули 3 рази на день за 30 хвилин до вживання їжі.

У всіх обстежених хворих в розпал хвороби виявлені зміни інтегративних показників ендогенної підвищення лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) – 2,09±0,26, індексу зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК) – 3,46±0,32, гематологічного показника інтоксикації (ГПІ) – 4,02±0,37. З покращенням загального стану хворих, зникненням явищ інтоксикації у реконвалесцентів інтегративні показники ендогенної інтоксикації нормалізувалися. Водночас у 12 пацієнтів, що перебували виключно на стандартній терапії, вищенаведені розрахункові показники залишалися дещо підвищеними навіть у періоді реконвалесценції. Останній факт можна пояснити детоксикуючою функцією представників нормальної мікрофлори, які входять до складу лактокену зокрема.

Відзначено, що у хворих, які отримували лактокен, раніше зникали симптоми інтоксикації: лихоманка, загальна кволість. Аналіз клінічних проявів з боку шлунково-кишкового тракту виявив більш виражений ефект, отриманий при використанні лактокену, що проявилось більш швидкою нормалізацією випорожнень (купіруванням поліфекалії, діареї), регресією метеоризму, зникненням болю в животі. У хворих які отримували лактокен, раніше зникали симптоми інтоксикації і спостерігалась більш швидка нормалізація випорожнень (в середньому на 1,5 дні) порівняно з контрольною групою.

Таким чином, корекція інтестинальної мікробіоти за допомогою лактокену (комбінованого пребіотика і пробіотика) є можливою та ефективною компонентою в складі комплексного лікування гострих кишкових