

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 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. Іващук 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.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
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 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



різним клітинним відповідям і бере участь в імунних і запальних процесах (Чернюк Н.В., 2006; Чернушенко К.Ф., 2008).

Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених різним аспектам бронхіальної астми, багато питань розвитку цього захворювання залишаються не вивченими. Недостатнє та фрагментарне вивчення імунітокінового профілю в молодих осіб хворих на бронхіальну астму порівняно з хворими з підвищеним ризиком формування даного захворювання. Адже відомо, що в молодому віці змінюється клінічна картина захворювання в результаті наявності дисоціативних порушень у середині нейро-імунно-ендокринного комплексу (Пархоменко Л.К., Страшок Л.А., 2007). Потребують вдосконалення методи комплексної корекції змін, зокрема імунітокінового профілю в лікуванні молодих осіб, хворих на бронхіальну астму.

Для визначення деяких показників імунітокінового профілю осіб молодого віку, хворих на бронхіальну астму та вивчення корекції виявлених порушень нами обстежено 20 хворих на бронхіальну астму, а також 10 практично здорових осіб. Імунітокіновий профіль визначали за допомогою набору реагентів "ProCon IL-1β" ТзОВ "Протеїновий контур", Росія; набору реагентів альфа-ФНП-ІФА-Бест ЗАО "Вектор-Бест", Росія, набору реагентів ТзОВ "Хема-Медіка", Росія для визначення загального імуноглобуліну Е.

Залежно від проведеної терапії хворих було розподілено на підгрупи: 1 підгрупа (5 осіб) – хворі, які отримували базисну терапію (БТ) (інгаляційні β₂-адреноміметики, інгаляційні протизапальні препарати); 2 підгрупа (5 осіб) – хворі, які на фоні базисної терапії отримували лазеротерапію (ЛТ); 3 підгрупа (5 осіб) – хворі, які на фоні базисної терапії отримували лазеротерапію та факовіт (Ф); 4 підгрупа (5 осіб) - хворі, які на фоні базисної терапії отримували факовіт.

Аналіз отриманих даних свідчить про значні відхилення від норми у обстежених хворих. У хворих на бронхіальну астму відмічається достовірне зростання інтерлейкіну І-бета, фактору некрозу пухлин-альфа та загального імуноглобуліну Е.

При відбувається активація системи цитокінів та цитокін-опосередкована гіперпродукція IgE, що відіграє важливу роль в патогенезі імунної стадії atopічного запалення, підтримує патологічний процес та сприяє прогресуванню гіперреактивності бронхів. Найбільш значні зміни показників виявлені у хворих персистувальною бронхіальною астмою, що свідчить про зростання активності системи цитокінів та гіперпродукції імуноглобуліну Е по мірі прогресування патологічного процесу. Хворі з інтермітуючим перебігом бронхіальної астми зазнали дещо меншої активації даного процесу. Тому, доцільним буде якомога раніше, на початковій стадії, провести корекцію виявлених змін з метою не допустити прогресування патологічного процесу та переходу в клінічно сформовану бронхіальну астму, що підтверджується результатами проведеного лікування обстежених хворих.

Під впливом базисної терапії рівень інтерлейкіну І-бета, фактору некрозу пухлин-альфа та загального імуноглобуліну Е не зазнавав достовірних змін. Після додаткового призначення лазеротерапії або факовіту відмічалось достовірне зменшення рівня даних показників, причому призначення лазеротерапії виявилось більш ефективним, ніж призначення факовіту. Найкращий результат спостерігався при одночасному призначенні лазеротерапії та факовіту.

Найсуттєвіший ефект від проведеного лікування спостерігався у хворих на гострий бронхіт з наявними факторами ризику розвитку БА, дещо гірший ефект був серед осіб з інтермітуючою БА, та найнижчий – в осіб з персистувальною БА.

З метою оптимізації лікування хворих на бронхіальну астму доцільним буде якомога раніше провести корекцію виявлених змін імунітокінового профілю за допомогою одночасного призначення лазеротерапії та факовіту.

Щербакова Ж.А.

ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНИХ ТА ПАТОГІСТОЛОГІЧНИХ ЗМІН ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ГАСТРОПАТІЮ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 1 ТА 2.

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Буковинський державний медичний університет

Наявність скарг на дискомфорт, біль у животі визначається у 60-80% хворих на цукровий діабет (ЦД). Підлягають подальшому дослідженню особливості морфологічних змін слизової оболонки шлунку залежно від типу ЦД.

Метою дослідження було підвищити ефективність діагностики діабетичної гастропатії (ДГ) шляхом вивчення особливостей ендоскопічних та патогістологічних змін шлунка, асоціацію з контамінацією *H. pylori* у хворих на ДГ на тлі ЦД типу 1 та 2.

Обстежено 80 хворих на ЦД типу 1 та 2, середньої тяжкості, субкомпенсованих, віком від 37 до 63 років. Хворі були розподілені на дві групи. У хворих 1-ї групи (30 осіб) була встановлена ДГ на тлі ЦД типу 1. У хворих 2-ї групи (30 осіб) була встановлена ДГ на тлі ЦД типу 2. Групу порівняння (3 група) склали 20 хворих на ЦД типу 1 та 2 без ознак ДГ. Групу контролю склали 20 практично здорових осіб. Для візуального контролю змін СОШ всім хворим (100%) виконували ЕГФДС з прицільною біопсією 2-3 ділянок СОШ (дно, тіло, антрум) з використанням фіброгастроскопів фірми „Olimpus GIFQ20” (Японія). Мікроскопічний діагноз встановлювали відповідно до „Сіднейської системи” з урахуванням доповнень Х'юстонського переліку 1994р. Асоціацію з *H. pylori* верифікували під час морфологічного дослідження гастробіоптатів, із забарвленням гематоксиліном та еозинном, проводили ШИК-реакцію. Дослідження кислотоутворюючої функції шлунка



проводили шляхом базальної топографічної рН-метрії за допомогою ацидогастрографа „АГ-ІрН-М” за методикою В.М.Чернобрового.

У хворих 1 групи при ЕГФДС зміни СОШ мали характер хронічного неатрофічного гастриту (66,7%), асоційованого з контамінацією *H. pylori* (75,0%), у тому числі у 33,3% випадків – з гастродуоденальними ерозіями і у 19,4% випадків - атрофічного гастриту. У 86,1% хворих 1 групи спостерігалися ознаки гастриту: ураження фундального відділу спостерігалось у 64,5% хворих, фундального та антрального одночасно – 35,5% хворих. У 13,9% випадків – органічних змін СОШ виявлено не було. Більшість випадків ДГ на тлі ЦД-1 супроводжувались підвищеною секреторною функцією шлунка, з ознаками недостатності пілоричного запирального рефлексу та прискоренням евакуації шлункового вмісту в ДПК. Водночас, у меншій кількості хворих (19,4%), на тлі адекватних змін моторики та тонуусу ПС, спостерігалися явища хронічного атрофічного гастриту. У найменшій кількості випадків (11,1%) виявлявся мультифокальний гастрит із ділянками атрофії СОШ.

У 74,4% хворих 2 групи спостерігалися ознаки гастриту. Зокрема ознаки хронічного атрофічного гастриту визначалися у 59,0% хворих, у тому числі із наявністю стійкого пілороспазму в 38,5% та мультифокального гастриту в 30,8%. Хронічний неатрофічний гастрит спостерігався у 15,4% хворих, зокрема у 7,7% - ерозивний гастрит. Ураження антрального відділу шлунка спостерігалось у 87,2% хворих, фундального та антрального відділу - у 12,8% хворих. У 25,6% пацієнтів з клінічними ознаками функціональної диспепсії органічних змін СОШ виявлено не було. Асоціація з *H. pylori* у хворих на ЦД-2 із ДГ була встановлена в 25,6% випадків.

У 66,7% хворих на ЦД-1 спостерігаються ознаки хронічного не атрофічного гастриту, асоційованого з контамінацією *H. pylori* (75,0%), у тому числі у 33,3% випадків з гастродуоденальними ерозіями, атрофічний гастрит спостерігається у 19,4% хворих. У хворих на ЦД-2 переважає хронічний атрофічний гастрит (59,0%), а у 15,4% хворих – ознаки не атрофічного гастриту, при цьому контамінація *H. pylori* становить 25,6%.

СЕКЦІЯ 7

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ, УРОЛОГІЇ ТА ТРАВМАТОЛОГІЇ

Андрієць В.В.

РОЛЬ ЗАПРОГРАМОВАНОЇ ЛАПАРАПЕРЦІЇ В ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРИТОНІТУ

Кафедра хірургії

Буковинський державний медичний університет

Лікування післяопераційного перитоніту є надзвичайно актуальною проблемою в абдомінальній хірургії. Не дивлячись на певні досягнення, летальність при цьому ускладненні надзвичайно висока, досягаючи 60-90 %. Найбільш частою причиною розвитку перитоніту після операцій на органах черевної порожнини є неспроможність лінії швів та анастомозів, перфорації гострих виразок, некрози стінок порожнистих органів. Для усунення цих причин перитоніту необхідна резекція зони з'єднання чи анастомозу в межах життєздатних тканин, ушивання перфорацій тощо. Технічно виконати це завдання не представляється складним, якщо лінія швів знаходиться на тонкій або товстій кишці. Однак, при наявності неспроможності кукси дванадцятипалої кишки чи езофагоентероанастомозу, виконати резекцію уражених ділянок не представляється можливим. В деяких випадках, для виконання резекції уражених ділянок необхідно проводити високотравматичні оперативні втручання, які пов'язані з ризиком для життя хворого. Окрім того, формування ліній швів чи анастомозів проводиться в умовах інфікування очеревинної порожнини, що несе на собі великий ризик повторної неспроможності.

У зв'язку з цим одна частина хірургів утримуються від формування прямих анастомозів, закінчуючи операцію виведенням стом. Інші хірурги доводять доцільність і можливість одномоментних радикальних операцій. Будучи прихильником більш радикальної тактики, вважаємо, що при цьому важливого значення набуває не тільки вибір виду кишкових швів, так як вони накладаються в умовах наявності запального процесу в очеревинній порожнині, методів захисту ліній швів та анастомозів, а й можливість динамічного спостереження за зоною анастомозу.

Нами проведені порівняльні дослідження особливостей в перебізі післяопераційного періоду у хворих з післяопераційним перитонітом в порівнянні з хворими з вторинним не післяопераційним перитонітом. Клініко-лабораторні параметри вказують на більш важкий перебіг післяопераційного періоду в дослідній групі хворих. Зумовлено це, на нашу думку, зниженням резистентності та реактивності організму внаслідок попереднього оперативного втручання, довшої тривалості запально-дегенеративних змін в очеревинній порожнині, вираженішим ендотоксикозом і зумовленим ним ураженням печінки. Нормалізація лабораторних показників у хворих цієї групи наступала значно пізніше, незважаючи на інтенсивну комплексну терапію. Такі зміни в організмі у хворих з післяопераційним перитонітом призводять до значного зниження регенерації тканин зон анастомозування та ризику розвитку повторних неспроможностей. Ще більш складним завданням в післяопераційному періоді у хворих з післяопераційним перитонітом при закритій лапаротомній рані є своєчасна діагностика повторної неспроможності.

Для вирішення цих проблем у хворих з III-Б та IV ступенями важкості перебігу післяопераційного перитоніту ми використовуємо методику запрограмованої лапароперції - повторних запрограмованих розкриттів очеревинної порожнини. Використання запрограмованої лапароперції дало можливість не тільки проводити