

**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 – її 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 – її 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



діагностики, включаючи імунологічні. АІТ-ом страждають 3-4% населення земної кулі. У патогенезі лежать як порушення процесів імунологічних контролів, так і зміни в клітинах самих ендокринних залоз, які можуть бути генетично детерміновані або індукуватись зовнішніми факторами: погіршенням екологічних умов проживання; дефіцитом або надлишком йоду; радіоактивним забрудненням місцевості; наростаючою загальною алергізацією населення і інфікування його вірусами. Генетична схильність при АІТ доведена за результатами багаторічних спостережень за тисячами моно- та дизиготних близнюків у багатьох країнах світу.

На теперішній час, у хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ), визначено три групи показань до операції: онкологічні, хірургічні (які визначаються патогенетичним впливом гіпертрофованої щитоподібної залози (ЩЗ) на навколишні тканини) і показання, зумовлені декомпенсацією імунопатологічного процесу. Обсяг операцій у хворих АІТ визначається показами до операції: онкологічні - тиреоїдектомія, хірургічні - резекція щитоподібної залози, а при декомпенсації - видалення максимально зміненої тканини органа. Корекція обсягу операцій проводиться на підставі результатів термінового дослідження мікропрепарату і морфології видаленої тканини щитоподібної залози. Проведеними спостереженнями встановлено, що тиреоїдектомія, при декомпенсації імунопатологічного процесу, усуває або різко зменшує патогенний вплив локальної лімфоїдної інфільтрації тканини на загальну імунологічну реактивність організму хворого. Інші дослідники вважають, що пацієнтів з верифікованим діагнозом АІТ хірургічне лікування показано тільки у випадках наявності яскраво вираженого компресійного синдрому або довгострокового (що не піддається консервативному лікуванню) гіпертиреозу, а також наявності псевдовузлової форми аутоімунного тиреоїдиту з ознаками найбільшої ймовірності малігнізації або неможливості проведення адекватних пункцій на доопераційному етапі з призначенням в наступному замісних доз тиреоїдної терапії. Методом вибору в цих випадках вважають субтотальну резекцію ЩЗ.

Ми вважаємо, що хірургічне лікування АІТ-у необхідно проводити за наступними показаннями: збільшення щитоподібної залози до II-III ст. з нерівномірною її щільністю та за відсутності можливості виключити наявність вузла; симптоми стиснення і звуження трахеї та стравоходу; наявність вузлів; прогресуюче зростання зоба, незважаючи на проведену протягом 1-1,5 років консервативну терапію; підозра на злоякісне переродження, основане на даних біопсії; косметична деформація шиї. Проводиться тотальна струмектомія. Ми наполягаємо на необхідності повного видалення щитоподібної залози, а не часткової резекції, що пояснюється наступними обставинами: аутоімунний тиреоїдит є органоспецифічним аутоімунним захворюванням, а при видаленні органу-мішені (тобто щитоподібної залози) обривається аутоімунна ланцюгова реакція; після резекції ЩЗ часто спостерігаються рецидив, а компенсація гіпотиреозу однаково можлива як при екстирпації щитоподібної залози, так і при економною її резекції. Після операції хворим призначається довічна терапія тиреоїдними препаратами в оптимальних дозах, що призводить до нормалізації функції ЩЗ.

Шварковський І.В., Антонюк Т.В.

ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ КАВІТАЦІЇ ТА ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ

Кафедра хірургії та урології

Буковинський державний медичний університет

Гострі гнійно-некротичні процеси м'яких тканин (абсцеси, флегмони, карбункули, нагноєння післяопераційних ран, нагноєні гематоми) належать до категорії хірургічної патології, яка має критично високі рівні захворюваності, схильність до генералізації та рецидивного перебігу. Щорічно в країнах СНД реєструється близько 5 млн. хворих із гнійно-запальними захворюваннями. У сучасному світі гострі гнійно-запальні процеси виявляються у 35-40% пацієнтів хірургічного профілю, післяопераційні гнійні ускладнення – у 30%, у 7-50% померлих у стаціонарі ці захворювання були основною причиною смерті. Ускладнення, які супроводжують гнійно-некротичні процеси, збільшують показники летальності, обсяг витрат на лікування, кількість додаткових днів, проведених у стаціонарі.

Мета дослідження – покращити результати хірургічного лікування гострих гнійно-некротичних процесів м'яких тканин шляхом використання вакуум-кавітаційної санації із застосуванням антисептика та розчину сорбенту.

На базі хірургічного відділення № 1 КМУ "Лікарня швидкої медичної допомоги" м. Чернівці проведено лікування 102 осіб з гострими гнійно-некротичними процесами м'яких тканин. Всіх пацієнтів розподілено на дві основні групи та групу контролю. Група I, що включала в себе 36 (35,29%) пацієнтів, яким проводили ультразвукову кавітацію рани з вакуумною терапією та заливкою антисептиком "Октенісепт" у розведенні 1:1 0,9% розчином хлориду натрію; та II група, що включала в себе 34 (33,34%) пацієнти, яким проводили ультразвукову кавітацію рани з вакуумною терапією та заливкою розчином сорбенту "Полісорб МП" (12 гр), що розчиняли в 200 мл 0,9% розчину хлориду натрію. У групі контролю було 32 (31,37%) пацієнти, яким проводили лікування за загальноприйнятими методиками згідно зі стандартами та протоколами ведення хворих з відповідною нозологією.

При аналізі розподілу хворих за нозологічними формами привертає увагу те, що більшість пацієнтів лікувалися з приводу абсцесів різної локалізації – 51 (49,98%), флегмони стегна – 16 (15,68%) та карбункулів – 11 (10,78%). У 7 (6,86%) осіб була флегмона тулуба, 6 (5,88%) пацієнтів – з нагноєнням післяопераційної рани, у 5 (4,90%) пацієнтів – нагноєння гематоми, 4 (3,92%) – з флегмоною гомілки і по 1 (0,98%) пацієнту – з флегмоною стопи та флегмоною передпліччя.



При надходженні всім пацієнтам було проведено оперативне лікування – розкриття та дренивання гнійника.

У контрольній групі пацієнтів лікування передбачало загальноприйнятій комплекс, який застосовується у хворих із гнійно-некротичними процесами м'яких тканин.

У пацієнтів основних груп, після розкриття та дренивання гнійного вогнища, на другу добу видаляли дренажі і тампони, проводили заливку порожнини гнійника препаратом "Октенісепт" у розведенні 1:1 0,9% розчином хлориду натрію або сорбентом "Полісорб МП" (12 грам), який розчиняли в 200 мл 0,9% розчину хлориду натрію, і обробляли рану низькочастотним ультразвуком (апарат хірургічний ультразвуковий для санації біологічних об'єктів УРСК 7Н-22) з резонансною частотою 26,5 кГц і потужністю 0,2 Вт/см. Тривалість процедури залежала від розміру ранової поверхні і в середньому становила 1 хв. на 1 см². Рану повторно промивали розчином антисептика або сорбенту. Після чого у ранах розташовували змодельовану до її форми та розміру поролонову губку (розмір пор 500-1500 мікрметрів) з перфорованим дренажем всередині губки. Дренаж виводили через окремий розтин шкіри на віддаленні від країв рани та фіксували капшуківним швом, що дозволяло краще герметизувати порожнину. Рану закривали зовні клейкою плівкою для досягнення повної герметичності. Зовнішній кінець дренажу під'єднували до вакуумного пристрою (Аспиратор хірургічний ЕЛЕМА-Н-АМ-1), що дозволяло підтримувати від'ємний тиск на рівні 0,7-1,0 атм. З метою кращої санації рани проводили заливку антисептика або сорбента в наступні дві доби, без розгерметизації системи, на 60 хв. із подальшою 23-годинною аспірацією.

Повторні сеанси ультразвукової кавітації та вакуумної терапії проводили через три доби. Кількість сеансів залежала від тяжкості процесу, розміру рани, кількості некротичнозмінених тканин, кількості виділеного ексудату.

У післяопераційному періоді досліджували інтенсивність больового синдрому, термін очищення рани, кількість та характер ранового ексудату, наявність перипроцесу (набряк, гіперемія), наявність та характер грануляцій, епітелізацію, швидкість загоєння рани, динаміку кількості мікробних тіл у біоптаті рани, мазки-відбитки ранових поверхонь, тривалість післяопераційного ліжко-дня.

Використання запропонованого способу – ефективний засіб у комплексному лікуванні хворих із гострими гнійно-некротичними процесами різної етіології, що може бути рекомендований для використання практичними лікарями. Ультразвукова кавітація та вакуумна терапія добре переносяться хворими, побічні ефекти при застосуванні мінімальні. Вакуум-кавітаційна санація може використовуватися на будь-якій стадії ранового процесу. Застосування методу сприяло більш швидкому очищенню рани, зменшенню мікробної контамінації, зменшенню площі ранової поверхні, пришвидшенню розвитку грануляційної тканини і процесу епітелізації. Використання розробленого методу лікування гострих гнійно-некротичних процесів дозволило скоротити термін стаціонарного лікування на 5-8 днів.

СЕКЦІЯ 8

ГІГІЄНА СЕРЕДОВИЩА І ВИВЧЕННЯ НОВИХ АНТИМІКРОБНИХ РЕЧОВИН В ЕКСПЕРИМЕНТІ І КЛІНІЦІ

Бендас В.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ МІКРООРГАНІЗМІВ, ЩО ВИДІЛЕНІ З НОСОВОЇ ПОРОЖНИНИ ХВОРИХ НА СИНУЇТ

Кафедра мікробіології та вірусології

Буковинський державний медичний університет

Перешкоджаючи розвитку «випадкової» флори нормальна мікрофлора організму є своєрідним біологічним бар'єром. Незважаючи на сталість мікрофлори в носовій порожнині відзначають зміни як кількісного так і якісного складу мікроорганізмів, внаслідок процесів що в ній відбуваються. Якісний склад мікрофлори при захворюваннях носа та придаткових пазух відрізняється від такого в здорових осіб. Чільне місце в етіологічній структурі посідають грам-позитивні мікроорганізми роду *Staphylococcus*. Відомо, що представники цього роду характеризуються високим рівнем природної чутливості до антибактеріальних препаратів (бета-лактамів, аміноглікозидів, макролідів, лінкозамідів, глікопептидів, рифампіцину тощо). Проте після широкого впровадження антибіотиків у клінічну практику почали з'являтися антибіотикостійкі мікроорганізми. В умовах сучасних методів боротьби зі стафілококовою інфекцією проблема резистентності до антибактеріальних препаратів постає досить гостро. Тому виникає необхідність вивчення антибіотикограм для культур, що виділяються при обстеженні, у нашому випадку, з носової порожнини.

Метою даної роботи було встановлення таксономічного складу мікробіоти носової порожнини пацієнтів із гострим синуситом та вивчення її чутливості до сучасних антибактеріальних засобів.

Бактеріологічним методом вивчено таксономічний склад мікробіоти вмісту порожнини носа хворих на синусит і встановлена методом стандартних дисків чутливість кожного виду до 20 сучасних антибіотиків. У дослідженні було використано 53 культури, що виділені із носової порожнини при захворюванні придаточних пазух носа.

Ми знаємо, що мікробіоциноз носової порожнини, в основному, представлений автохтонними облигатними мультифункціональними за роллю у мікробіоценозі біфідобактеріями, лактобактеріями, пропіоновокислими бактеріями і непатогенними видами стрептококів, пептострептококами та ін. У нашому