

**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



З таблиці видно, що у всіх групах хворих стартовий кліренс МСМ (умова – А) був практично однаковий. Після інфузії розчинів (умова – В) віртуальний об'єм плазми крові, очищений від МСМ отримує суттєві зміни у всіх групах хворих та характеризується зростанням. У контрольній групі на введення ізотонічного розчину – в 1,3 рази, реосорбілакту – 2,1 рази; у хворих з тяжким сепсисом, відповідно: 2,1 та 3,1 рази. Заслугує уваги висока ефективність реосорбілакту у хворих на тяжкий сепсис, що свідчить про ефективність і доцільність комплектації складу інфузійної терапії препаратами багатоатомних спиртів (реосорбілакту).

Кифяк П.В., Акентьев С.О.

ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАЗМОСОРБЦІЇ У ХВОРИХ З СИНДРОМАМИ ПЕЧІНКОВО-НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В УМОВАХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ.

*Кафедра анестезіології та реаніматології
Буковинський державний медичний університет*

Сучасний рівень розвитку еферентної дезінтоксикаційної терапії – впровадження в практику методів селективного видалення токсинів з рідких середовищ організму, зменшення негативного впливу штучних детоксикуючих систем на організм хворого.

Терапія ендотоксикозів вимагає подальшого удосконалення як традиційних, так і еферентних методів лікування та їх поєднаного застосування. Нами в комплексному лікуванні 75 хворих з печінково-нирковою недостатністю в умовах інтенсивної терапії проведена плазмосорбція фракційним способом для очищення невеликих доз плазми. Ефективність плазмосорбції оцінювали за загальним станом хворих, добовим діурезом, параметрами гемодинаміки, частотою дихання, динамікою біохімічних і токсикологічних показників. Підвищення ефективності лікування хворих з синдромами печінково-ниркової недостатності в умовах інтенсивної терапії.

У групі хворих з печінково-нирковою недостатністю після проведення плазмосорбції загальний білірубін в перший день після операції знижується з $182,0 \pm 36$ мкмоль/л (до операції) до $167,0 \pm 32$ мкмоль/л, на другий день концентрація загального білірубину зростає до $193,9 \pm 36$ мкмоль/л, а ось на третій день виникає зниження – $135,3 \pm 38$ мкмоль/л. Аналізуючи результати впливу плазмосорбції на концентрацію загального білірубину, треба відмітити м'якість дії, яка характеризується невираженим дренажним ефектом і чіткою дезінтоксикаційною реакцією. Рівень загального білка в перший день практично не змінюється – $64,8 \pm 4,0$ г/л (до операції $69,1 \pm 4,3$ г/л), а в наступні дні тримається на одному рівні. Білковозберігаючу функцію плазмо сорбції ми пояснюємо очищенням невеликих доз плазми, а також поліпшенням функціонального стану печінки після зниження інтоксикації. Найбільш частим компонентом ендогенної інтоксикації поряд з білірубінемією виступає азотемія. При проведенні плазмосорбції спостерігали зниження сечовини з $28,3 \pm 2,34$ ммоль/л (до операції) до $26,2 \pm 1,96$ ммоль/л в перший день ($p < 0,05$), на другий день $24,6 \pm 1,93$ ммоль/л, в подальшому тенденція ця зберігається. Поступове зниження токсичних речовин більш прийнятне для організму, оскільки не страждають адаптаційні механізми, і хворий організм встигає перебудуватись у нових умовах зменшеної інтоксикації. Відзначали стимуляцію добового діурезу, який збільшується майже в 2 рази до $1566,0 \pm 296,0$ мл, в подальшому стабільність ця утримується. Це пояснюється тим, що після плазмосорбції поліпшується реологія крові, мікроциркуляція, перфузія нирок, зменшується вміст антидіуретичного гормону.

М'якість дії та багатогранність сприятливого впливу плазмосорбції на організм спонукають по-новому поглянути на сорбційну детоксикацію, переорієнтовуючись на очищення чисто плазми крові, зберігаючи при цьому формені елементи крові від пошкодження.

Ковтун А.І., Коновчук В.М., Акентьев С.О., Кокалко М.М.

ЗАСТОСУВАННЯ ГІПЕРБАРООКСІЇ ПРИ ЕНДО- ТА ЕКЗОТОКСИКОЗАХ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

*Кафедра анестезіології та реаніматології
Буковинський державний медичний університет*

Розвиток гіпоксії, яка супроводжує гнійно-септичні ускладнення після оперативного втручання і санації очеревинної порожнини, вимагає застосування кисневої терапії. Високоєфективним методом оксигенотерапії є гіпербарична оксигенація (ГБО). ГБО у комплексному лікуванні хворих з ендо- та екзотоксикозами сприяє ліквідації метаболічних порушень, тканинного ацидозу, нормалізації кислотно-основного стану, зниженню білірубину крові, вільних амінокислот, залишкового азоту, креатиніну, нормалізації протеїнограми, покращанню газового складу крові, відновленню функцій паренхіматозних органів, підсилює анаболічний ефект парентерального харчування, зменшує частоту та інтенсивність алергічних реакцій, попереджує розвиток злук, знижує бактеріальну контамінацію очеревинної порожнини, підвищує чутливість мікроорганізмів до антибіотиків. Сеанси ГБО проводили у стандартних терапевтичних режимах. Підвищення ефективності комплексного інтенсивного лікування хворих з абдомінальними гнійно-септичними ускладненнями у післяопераційному періоді на основі упровадження диференційованого підходу до застосування ГБО.

Обстежено 202 хворих віком 17-81 років з абдомінальними гнійно-септичними ускладненнями в післяопераційному періоді. Усім було проведено оперативне лікування: лапаротомію, ліквідацію вогнища



запалення, санацію і дренажування черевної порожнини. На 2-3 день після оперативного втручання (через 12-36 годин після появи ознак поширеного перитоніту) на фоні традиційної базисної терапії хворим проводили лікування сеансами ГБО. У плазмі крові визначали вміст середніх молекул, активність церулоплазміну та ступінь окиснювальної модифікації білків (ОМБ). В еритроцитах досліджували активність каталази, глутатіонпероксидази та малонового альдегіду.

Проведені дослідження показали, що перебіг післяопераційних гнійно-септичних ускладнень супроводжується активацією антиоксидантних ферментів (АОФ) еритроцитів і плазми крові на тлі зростання процесів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) та ОМБ у результаті виснаження антиоксидантної системи. Установлено, що у хворих з поширеним гнійним перитонітом за умов класичної терапії уже в першу добу після оперативного втручання у результаті ушкодження фосfolіпідів клітинних мембран і клітинних білків активними формами кисню спостерігаються порушення стану оксидантно-антиоксидантної системи організму: збільшення вмісту середніх молекул, малонового альдегіду, ступеня ОМБ, зростання активності каталази, глутатіонпероксидази і церулоплазміну.

Отже, при важкому ступені токсикозу хворим доцільно застосовувати понижені терапевтичні режими гіпербароксії: вимивання (4 хв), компресія (швидкість 0,1-0,2 атм/хв), ізопресія (1,4-1,6 ата) і декомпресія (швидкість 0,1-0,2 атм/хв), експозиція ізопресії 25-30 хв.

Кокалко М.М., Коновчук В.М., С.О. Акентьев, Ковтун А.І.

ВИПАДОК РЕНАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПІД ВПЛИВОМ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРОСТАТИ.

*Кафедра анестезіології та реаніматології
Буковинський державний медичний університет*

«Золотим стандартом» у лікуванні доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) визнана трансуретральна резекція передміхурової залози (ТУРПЗ). Даний спосіб виключає наявність зовнішньої післяопераційної рани і як результат – більш короткі післяопераційний та реабілітаційний періоди. Проте, слід зазначити небезпеку виникнення ускладнень при проведенні ТУРПЗ, це, зокрема: синдром трансуретральної резекції (ТУР-синдром), частота виникнення якого складає від 1-7% до 10,25% (із можливими летальними наслідками). Основною причиною розвитку ТУР-синдрому є порушення водно-електролітного обміну (гіпотонічна гіпергідратація), що пов'язано з міграцією в судинне русло зрошувальної рідини та неспроможністю нирок справитись із водним навантаженням. Оптимізувати відбір хворих на оперативне втручання з метою виявлення серед пацієнтів групи ризику (приховану ренальну дисфункцію) із можливим подальшим розвитком ТУР-синдрому. Відбір хворих для даного дослідження (60 пацієнтів) проводили серед пацієнтів із ДГПЗ віком 61-73 років переважно з віковими змінами. Хворим (напередодні операції) впродовж 30 хв проводили інфузію ізотонічного розчину натрію хлориду (10 мл/кг) із наступним визначенням екскреції натрію (за 4 год) та подальшим розрахунком його кліренсу. Визначення екскреції натрію проводили впродовж 4 годин: більшість хворих (I група -54 чол.) вивели 75% або більше від проведеного ізотонічного навантаження, у 3 хворих (II група) цей показник знаходився в межах 51-74% і у 3 хворих (III група) він був нижче 50%. Отже, динаміка відповіді на «об'ємне навантаження» в пацієнтів була різною. Розрахунок кліренсу натрію, який у більшій мірі, ніж екскреція натрію, об'єктивізує стан волюморегулюючої функції нирок, показав, що хворі I групи виводили більше ніж 2,6 мл/хв об'єму позаклітинної рідини, II групи – в межах 2,6-0,96 мл/хв, а III групи – менше 0,96 мл/хв. Як показали подальші спостереження, ТУР-синдром легкого ступеню виник в 1-го хворого I групи, (n=54), у 2-х пацієнтів II групи (n=3). У пацієнтів III групи розвиток ТУР-синдрому відбувався в 100% випадків. У двох пацієнтів мав місце ТУР-синдром легкого та середнього ступеня, а в одного пацієнта (пацієнт Ю.) – тяжкого ступеня.

Пацієнт Ю., історія хвороби №XXX, 70 років, із діагнозом: гіперплазія передміхурової залози II ст, з боку інших органів і систем – вікові зміни. 01.02 хворому проведено стандартну ТУРПЗ під епідуральною анестезією. Проте, на 35 хв операції було відмічено сонливість, короткотривале підвищення діастолічного артеріального тиску, брадикардію (52 уд. за 1 хв), зниження сатурації O_2 до 57%. Впродовж наступних 10 хв з'явилась прогресуюча тенденція до гіпотонії, яку корегували дробним внутрішньовенним введенням 0,1% розчину мезатону. По закінченню операції (тривалість ТУРПЗ – 55 хв) хворий в задовільному стані переведений в палату. Протягом доби у зв'язку з тенденцією до гіпотонії проведена інфузія рефортау 500 мл, гідрокортизону 200 мг. Наступні дві доби гемодинаміка утримувалася самостійно, проте, з'явилось блювання, незначні набряки на нижніх кінцівках (загальний аналіз сечі від 5.02: кількість – 200 мл; біохімічний аналіз крові від 5.02.: сечовина – 17,8 ммоль/л). 06.02. в зв'язку з погіршенням стану – гостра ниркова недостатність (добовий діурез – 90 мл) хворий переведений у відділення інтенсивної терапії, де впродовж 48 год артеріальний тиск утримувався медикаментозно. Кількість діурезу протягом I доби склала – 85 мл, II доба – 100 мл, III доба – 250 мл. Діурез відновився на 5 добу, проте, екскреторна функція нирок була низькою, і відповідно рівень креатиніну в плазмі крові залишався в межах 450 мкмоль/л і поступово знижувався протягом 10 днів. На 11-ту добу хворий переведений у відділення урології, а на 20-ту добу виписаний із покращанням загального стану.

Підсумком проведених досліджень слід вважати, що в основі негативного впливу трансуретральної резекції на водовидільну діяльність нирок лежить зменшення швидкості клубочкової фільтрації. Тлумачення загальноприйнятих показників ниркових функцій (діурез, рівень у плазмі крові креатиніну, сечовини ат ін..) у передопераційному періоді не дає можливості визначити «групу ризику» по розвитку ТУР-синдрому. Критерієм