

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



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

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

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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 Андрієць О.А.
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 Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



22-27 тижнів (маса новонародженого від 500 до 1000г), ранні передчасні пологи — 28-33 тижня (маса в 33 тижні складає приблизно 2000г), передчасні пологи — 34- 37 тижнів (маса тіла 2500г, інколи більше, зріст 45см).

За даними різних інформаційних джерел найбільш часто вагітність переривається у термін 34-37 тижнів (55%), в термін 22-27 тижнів це відбувається в 10 разів рідше. Це також важливі статистичні данні, адже чим більший термін вагітності, тим більш зрілим народжується немовля, тим краще працюють у нього всі органи та системи органів, новонароджена дитина краще пристосована до позаутробного життя.

У всіх спостереженнях передчасних пологів у різних країнах світу, як правило, проводять морфологічне дослідження плаценти для з'ясування причин даної патології.

Гарвасюк О.В.

ОБГРУНТУВАННЯ МОРФОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГАХ

Кафедра патоморфології

Буковинський державний медичний університет

Передчасні пологи - регулярні маткові скорочення (з болем або без), які призводять до прогресивного згладжування і розкриття шийки матки з 22 до 37 тижнів вагітності. Частота передчасних пологів за різними літературними джерелами становить 4-20 % і не має тенденції до зниження.

Передчасні пологи завжди супроводжуються активною пологовою діяльністю. Передчасне розродження і пов'язані з ним ускладнення є провідною причиною перинатальної смертності і захворюваності в більшості країн світу.

Причинами передчасних пологів є: аномалії розвитку матки (дворога матка), передчасний розрив плодових оболонок, попередні передчасні пологи, багатоплідна вагітність, низька маса тіла матері до вагітності (менше 50 кг), передчасне відшарування плаценти, ускладнення з боку матері: захворювання органів черевної порожнини або операції на органах черевної порожнини, захворювання нирок, інфекції, низький соціально-економічний статус жінки.

За статистичними даними частота передчасних пологів, що відбулися у пологовому будинку №2 у місті Чернівці за останні три роки (2010-2012) стабільна і складає 3-5% від загальної кількості пологів. Частою причиною передчасних пологів є наявність у вагітній інфекцій сечостатевої системи. При цьому в 50% діагностується передчасний розрив плодових оболонок в терміні до 37 тижнів вагітності. Безпосередньою причиною передчасного розриву плодових оболонок може бути: постійний фізичний стрес, інфекції, збільшення продукції біологічних речовин, які сприяють зростанню скоротливої активності матки, структурним змінам шийки матки та зменшенню міцності плодових оболонок. Фактори ризику передчасного розриву плодових оболонок при недоношеній вагітності подібні до таких при передчасних пологах.

Передчасні пологи несуть ризик нанесення шкоди здоров'ю матері. Гормональна невідповідність і незрілість шийки матки є причинами високого відсотка травматизму та післяпологових ускладнень. Лікарі всіх спеціальностей одноставні в думці про те, що вагітність має бути планована, майбутні батьки мають проходити медичне обстеження та пролікуватися у разі виявлення відхилень.

Отже, передчасні пологи є актуальною проблемою медицини, потребують уточнення механізмів розвитку морфологічних змін плаценти при передчасних пологах.

Давиденко І.С.

ГОСТРИЙ РЕСПІРАТОРНИЙ ДИСТРЕС-СИНДРОМ, ЯК НАЙБІЛЬША НЕБЕЗПЕКА РЕСПІРАТОРНИХ ВІРУСНИХ ІНФЕКЦІЙ

Кафедра патоморфології

Буковинський державний медичний університет

У холодну пору року зростає частота респіраторних вірусних інфекцій. Для когось така інфекція проявиться ринітом, ларинготрахеїтом, бронхітом, в окремих випадках може розвинутися більш тяжка патологія – вірусна пневмонія. Особливістю вірусних інфекцій є те, що вони часто знижують імунітет, тобто розвивається тимчасовий імунodefіцит. На тлі імунodefіциту можуть розвинутися вторинні (додаткові) інфекції – бактеріальні або навіть грибові, викликані мікроскопічними грибами. Приєднання вторинних інфекцій здатне зумовити тяжкі ускладнення – абсцес легень, гангрену легень, плеврит, емпієму плеври, сепсис, септичний шок тощо. Названі ускладнення добре відомі медикам і лікарі в принципі знають, як здійснювати їх профілактику чи лікування.

Мета даного повідомлення полягає в іншому – у висвітленні найбільш небезпечного і погано контролюваного ускладнення, яке може виникати при різних типах ураження легень, у т.ч. вірусної природи. Мова йде про гострий респіраторний дистрес-синдром (ГРДС), який буває як у дорослих людей (дорослий тип ГРДС) так і у дітей раннього віку (дитячий тип ГРДС). ГРДС є найбільш тяжким варіантом перебігу гострого ушкодження легень зі смертністю понад 40% навіть при негайному наданні найсучаснішої медичної допомоги у провідних клініках світу. Причинами ГРДС можуть бути зовнішні чи внутрішні чинники різної природи (біологічні, хімічні, фізичні), які здатні уразити паренхіматозні клітини респіраторних відділів легень та кровоносного русла легеневої тканини. Кожен рік у світі реєструється



понад 1 млн спостережень ГРДС. Характерним є те, що ГРДС діагностують переважно в тих країнах, де високо розвинена медицина. Це, а також ситуація, яка склалася з діагностикою даної патології в період епідемії грипу в Україні у 2009 році, дозволяють припустити, що реальна кількість випадків ГРДС є вищою, тож фактичні цифри у багатьох країнах, у т.ч. в Україні, можливо, є заниженими, причому скоріше з причин суб'єктивних (підготовка лікарів - ознайомленість їх з проблемою ГРДС), ніж об'єктивних.

Найбільш характерною рисою ГРДС є те, що дифузно і одночасно вражаються обидві легені, і саме це кардинально відрізняє ГРДС від класичних запальних процесів у легенях, хоча механізми розвитку ГРДС демонструють багато ознак запального процесу. ГРДС розвивається дуже швидко, що також є важливим моментом в плані низької ефективності заходів боротьби з цією патологією. При ГРДС по всій легені в просвітах альвеол стрімко накопичується у великій кількості рідина і клітини, стінки респіраторних відділів легень вкриваються так званими гіаліновими мембранами (суміш фібрину та інших білків), які, як клей прилипають і додатково погіршують газообмін між повітрям і кров'ю. Власне це і є головною небезпечкою для життя хворого, бо порушення газообміну є вкрай тяжким, дуже швидко наростає загальна гіпоксія, яка в свою чергу згодом спричиняє гостру поліорганну недостатність. Остання, як правило, стає безпосередньою причиною смерті при ГРДС.

Щоби запобігти розвитку порушень газообміну і гіпоксії малоуспішними є, наприклад, такі заходи, як штучна вентиляція легень, бо респіраторні відділи легень, як це вказувалося вище, наповнені рідиною і повітря до них майже не доходить. Більш того, штучна вентиляція легень спроможна викликати додаткове ушкодження легеневої тканини і поглибити прояви ГРДС. Найбільш ефективним засобом боротьби із гіпоксією при ГРДС на сьогодні є так звана екстракорпоральна оксигенація крові, для чого використовується спеціальний апарат. Принцип методу екстракорпоральної оксигенації полягає у тому, що кров через голку, яка введена у кровоносну судину пацієнта, прямою дорогою запускається в апарат (екстракорпоральний оксигенатор), у ньому відбувається необхідний газообмін, а далі кров знову надходить (повертається) через іншу голку в кровоносну судину пацієнта. Тобто, екстракорпоральний оксигенатор по суті замінює людині легені в плані газообміну. Таким чином, виграється критичний час і легені мають можливість відновитися. Щоправда, це відновлення не є простим, воно триває понад три тижні (приблизно до двох місяців). На жаль, перенесений ГРДС полишає по собі в легенях своєрідний морфологічний слід – мікрофіброкістозні зміни. Отже, хворий на ГРДС, якого вдалося спасти від тяжкої гіпоксії і смерті, не вважається таким, що остаточно видужав. У такого хворого на все життя залишаються хворими легені, а згодом з цієї причини, скоріш за все, ще й виникне недостатність правого відділу серця («легеневе серце»).

Отже, найбільш тяжким і смертельно небезпечним ускладненням гострих респіраторних інфекцій може стати гострий респіраторний дистрес-синдром.

Вчені багато років ламали голову над тим, чому один і той же чинник, наприклад, вірус грипу, в одних людей спричиняє легкі форми захворювання, а в інших – призводить до ГРДС. На сьогодні, напевно, медицина вже має попередню відповідь на це питання. Зокрема, генетики з'ясували, що у деяких людей є особливий ген, його назвали ген ALI (від англійського «Acute Lung Injury» - «Гостре ушкодження легень»). Вважається, що цей ген (напевно, насправді мова йде про кілька генів) може «вмикатися» в певний період життя людини – створює певні морфологічні, біохімічні та імунологічні передумови для ГРДС, і якщо в цей період людина стикається з чинником, який здатний запустити розвиток ГРДС, це, на жаль, неодмінно відбувається. Дотичним підтвердженням такого механізму ГРДС за участі «включених» генів є те, що у період епідемії грипу в Україні у 2009 році дистрес-синдромом вражались переважно люди певного віку та певного фенотипу (певної будови тіла). Варто відмітити, що на жаль, генетичний аспект ГРДС знаходиться ще на стадії вивчення, багато чого залишається невідомим. Але головний висновок з вищевикладеного полягає в тому, що безпеку різноманітних ускладнень респіраторних вірусних інфекцій слід усувати на стадії їх запобігання – профілактики респіраторних вірусних інфекцій.

Давиденко І.С.

ПРО ВПЛИВ СИЛІКОНОВИХ ІМПЛАНТАТІВ (МОРФОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ)

Кафедра патоморфології

Буковинський державний медичний університет

Люди завжди хотіли і будуть прагнути мати собі кращі форми тіла, ніж отримали від природи, особливо якщо покращена зовнішність дозволить заробити чималі гроші або якщо є суттєві природжені чи набуті дефекти будови тіла, які відчутно впливають на соціальний аспект життя індивідууму. Існують різні способи корекції форми, розмірів, асиметрії частин людського тіла. Одним із найбільш поширених способів є хірургічне встановлення силіконових імплантатів (протезів, основним матеріалом яких є силікон – штучно синтезована хімічна сполука, до складу якої входять кремній, кисень, вуглець, водень та домішки, залежно від особливостей синтезу). Найчастіше імплантати встановлюють у жіночі груди, сідниці, литки, іноді – у підборіддя, вуха, ніс, губи та інші частини тіла. Силіконові імплантати отримали бурхливе поширення після того, як у 2006 році було остаточно доведено, що якісний медичний силікон при первинному монтуванні не чинить явної шкоди організму людини. У першому наближенні здається, що все так і є.

У даному повідомленні проведемо суто медичний аналіз впливу силіконових імплантатів так би