

**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



В 4-й серії дослідів після промивання очеревинної порожнини оксигенованим розчином останню осушували і опромінювали ультрафіолетовим промінням з допомогою портативного апарату впродовж 40 - 50 сек. (посвідчення на рац. пропозицію N 23/94).

Для визначення ефективності різних методів санації очеревинної порожнини визначали концентрацію мікробних тіл в 1 мл ексудату (lg КУО/мл) до і після санації, а також кліренс.

Найбільш ефективним методом санації очеревинної порожнини при розповсюджених формах перитоніту, за нашими даними, є промивання її оксигенованими розчинами антисептиків під тиском з наступним опроміненням УФП. Частота висівання мікроорганізмів при цьому знижується до 1,7 % для аеробів і 0,3% для анаеробів. Кліренс з ексудату при цьому найвищий (80,3% для аеробів, 86,2% для анаеробів). Висока ступінь очищення спостерігається в нашаруваннях фібрину (кліренс 86,3%) і, особливо, в парієтальній очеревині (67,9%).

Разом з тим, звертає на себе увагу, що і в цьому випадку в товщі очеревини, в нашаруваннях фібрину та парієтальній очеревині залишається певна кількість мікроорганізмів. Концентрація їх не досягає етіологічно значимих величин, що при певних умовах: збереженні реактивності та резистентності організму, адекватній післяопераційній антибактеріальній терапії не загрожує рецидиву запального процесу. Однак, при післяопераційному перитоніті і реактивності, і резистентності організму значно знижені, а в очеревинній порожнині створюються благоприємні умови для активізації життєдіяльності мікроорганізмів (наявність некробіотичних тканин, ексудату), які можуть викликати рецидив гнійно-запального процесу, служити тригером продовжуючогося запалення.

Антонюк Т.В., Шкварковський І.В., Колотило О.Б. ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ МЕТОДОМ ВАКУУМ-КАВІТАЦІЙНОЇ САНАЦІЇ

*Кафедра хірургії та урології
Буковинський державний медичний університет*

Синдром діабетичної стопи — це специфічний симптомокомплекс ураження нижніх кінцівок при цукровому діабеті, основою патогенезу якого є діабетичні мікро- та макроангіопатії, периферична нейропатія нижніх кінцівок та остеоартропатія. Ці процеси розвиваються паралельно, взаємно обтяжуючи один одного, з приєднанням тяжких гнійно-некротичних уражень, які характеризуються особливим складом мікрофлори і перебігом на тлі глибоких обмінних порушень та імуносупресії.

Хворі з I та II стадіями здебільшого перебувають на обліку та лікуванні в ендокринолога та подіафра. Основою лікування пацієнтів із III–V стадіями синдрому діабетичної стопи є хірургічне втручання — розтин гнійників, некректомія, ампутація та екзартикуляція на різних рівнях кінцівки.

У 84%-92% хворих із синдромом діабетичної стопи деструктивний процес первинно локалізується в межах стопи. Незважаючи на це, обсяг операційного втручання, що застосовують для ліквідації гнійного осередку, у 21%-34% випадках полягає у високій ампутації кінцівки, причому, у більшості випадків, без достатнього обґрунтування рівня ампутації. Крім того, лікування діабету вимагає значних матеріальних витрат: як прямих — вартість відвідувань поліклінік, лабораторне забезпечення, госпіталізація, медичні препарати, обладнання, лікування ускладнень, відвідування хворих вдома, так і непрямих витрат — виплата по непрацездатності, реабілітаційне лікування. Загальні витрати на організацію діабетичної допомоги постійно збільшуються і можуть становити близько 10% національного бюджету на охорону здоров'я.

Проблема лікування хворих з діабетичною стопою є актуальною і потребує подальшого вивчення. Майбутні дослідження направлені на скорочення рівня летальності, зниження відсотку високих ампутацій кінцівок, зменшення інвалідності та поліпшення економічних параметрів лікування. З цією метою досліджуються фізичні методи лікування (обробка ран низькочастотним ультразвуком, вакуумна терапія, кріотерапія, гіпербарична оксигенація та застосування лазерів).

Поліпшити результати хірургічного лікування гнійно-некротичних процесів у хворих із синдромом діабетичної стопи шляхом використання вакуум-кавітаційної санації із застосуванням антисептичних розчинів.

На базі хірургічного відділення № 1 "Лікарня швидкої медичної допомоги" проведено лікування 16 хворих із гнійними захворюваннями м'яких тканин з синдромом діабетичної стопи. Вік пацієнтів коливався від 49 до 78 років і, у середньому, становив $59,3 \pm 2,3$ року. Чоловіків було 9, жінок — 7. Серед нозологічних форм діагностовані: гангрена пальців стопи — 7 хворих, трофічна виразка гомілки — 2, флегмона стопи — 4, інфікована посттравматична рана стопи — 3 хворих. Середній термін розвитку захворювання до звернення за медичною допомогою становив $12 \pm 1,7$ доби. Після операційного лікування застосовували спосіб лікування гнійних ран кавітаційно-вакуумним методом за розробленою методикою (патент України №73129, опублікований 10.09.2012, Бюл №17).

Усім хворим після розкриття гнійної рани та видалення некротично змінених тканин проводять заливку порожнини антисептичними препаратами і виконують ультразвукову кавітацію дна рани з резонансною частотою $26,5 \pm 0,7$ кГц і потужністю 0,5-3 Вт/см, тривалість процедури залежить від розміру ранової поверхні — 1 хв на 1 см². У подальшому в рані розташовують змодельовану до її форми та розміру поролонову губку (розмір пор 500-1500 мікрметрів) з перфорованим дренажем, який розташовується всередині губки і виводиться через окремий розтин шкіри на віддаленні від країв рани, що дозволяє краще



герметизувати порожнину. Рана закривається ззовні клейкою плівкою для досягнення повної герметичності. Зовнішній кінець дренажу під'єднують до вакуумного пристрою, що дозволяє підтримувати від'ємний тиск на рівні 0,1-0,2 атм. Ступінь розрідження визначається стадією перебігу ранового процесу. Пористість губки має значення, розмір пор залежить від характеру ранового ексудату. На початку лікування перевагу надавали губкам з розміром пор 1500 мікрметрів, що дозволяє евакуювати залишки некротизованих тканин. У стадії проліферації, коли ексудація з рани є мінімальною і з'являється грануляційна тканина, доцільно змінювати на губки з меншим розміром пор (500 мікрметрів), що не ушкоджує грануляційну тканину. З метою кращої санації рани пропонується проводити заливки антисептичними препаратами та проведення ультразвукової кавітації, з подальшим накладанням вакуумного дренажа на 23 години.

У післяопераційному періоді досліджували інтенсивність больового синдрому, строки очищення ран, кількість ранового ексудату, характер ранового ексудату, наявність перипроцесу (набряк, гіперемія), наявність грануляцій, характер грануляцій, епітелізація, наявність шкірного свербіжу, швидкість загоєння рани, термін накладання вторинних швів на рану, динаміку кількості мікробних тіл у біоптаті рани, динаміку лейкоцитарного індексу інтоксикації, тривалість післяопераційного ліжко-дня.

Використання запропонованого способу лікування гнійно-некротичних процесів у хворих із синдромом діабетичної стопи пришвидшує очищення рани, зменшує мікробну контамінацію, призводить до швидкого скорочення площі ранової поверхні, стимулює розвиток грануляційної тканини та пришвидшує процеси епітелізації.

Білоокій В.В. ЕФЕКТИВНІСТЬ САНАЦІЇ ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ ДЕЗМІСТИНОМ ПРИ БІЛІАРНОМУ ПЕРИТОНІТІ

*Кафедра хірургії
Буковинський державний медичний університет*

Широке впровадження в абдомінальній хірургії лапароскопічних методів лікування гепатобілярної зони приводить до зростання кількості пошкоджень позапечінкових жовчних шляхів, попадання в очеревинну порожнину інфікованої та неінфікованої жовчі, що спонукає до розвитку біліарного перитоніту. Корекція цих ушкоджень складна, потребує значних матеріальних затрат і далеко не завжди забезпечує повноцінне та довгострокове одужання.

Одним з напрямків лікування цієї патології є ефективна санація очеревинної порожнини з застосуванням сучасних антисептичних засобів.

Нами в клініці у 21 хворого з біліарним перитонітом, причинами якого були: деструктивний холецистит - 12 хворих; неспроможність холецистоеюноанастомоза - 4 хворих; холедохоеюноанастомоза - 2 хворих; жовчевитікання, як результат злітання кліпси з кукси міхурової протоки - 2 хворих; дефекта холедоха - 1 хворий. Вивчена ефективність санації очеревинної порожнини за допомогою 0,01% р-ну дезмістину по запропонованій нами методиці.

Встановлена висока протимікробна дія препарату по відношенню до стафілококів, ентерококів, кишкової папочки, неспорутворюючих анаеробів. Лише одноразове промивання очеревинної порожнини призводить до зниження кількості кишкової палочки з $8,47 \pm 0,18$ до $4,04 \pm 0,26$ lgКУО/мл ($p < 0,01$), ентерококів з $6,24 \pm 0,22$ до $3,42 \pm 0,21$ lgКУО/мл ($p < 0,01$) клостридій з $6,84 \pm 0,23$ до $3,27 \pm 0,24$ lgКУО/мл ($p < 0,01$), стафілококів, з $8,68 \pm 0,28$ до $4,46 \pm 0,24$ lgКУО/мл ($p < 0,01$). Характерним є також зниження кількості колоній цих мікроорганізмів у великому чепці майже у 2 рази.

Корисною властивістю розчину дезмістину слід вважати його здатність взаємодіяти і нейтралізувати гідрофобні жовчні кислоти рівень яких знижувався при одноразовому промиванні у 1,5 рази. Таке зниження жовчних кислот приводить до пом'якшення агресивності перебігу біліарного перитоніту, що і підтверджується морфологічно: з боку парієтальної очеревини відмічається зменшення фібринозних нашарувань та ступеню ушкодження мезотелію. В серозній оболонці тонкої кишки відмічається зменшення набряку, крапкових ділянок некрозу, та запальної інфільтрації, збільшення повнокрів'я.

Властивим також є відсутність зростання токсичності сироватки та перитонеального ексудату, що підтверджується визначенням рівня молекул середньої маси та питомої електропровідності сироватки венозної крові.

Таким чином, застосування розчину дезмістину для санації очеревинної порожнини при перитоніті та його ускладненнях є високоефективним. Зазначені властивості препарату: відсутність токсичної дії та виявлені морфологічні зміни свідчать про його високу ефективність як антисептичного засобу.

Боляка В.Ю. ВПЛИВ ВИКОНАННЯ РЕЗЕКЦІЇ ТОНКОЇ АБО ТОВСТОЇ КИШКИ НА ВЕЛИЧИНУ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОГО ТИСКУ

*Кафедра хірургії та урології
Буковинський державний медичний університет*

Перебіг гострої хірургічної патології органів черевної порожнини, зокрема гострої кишкової непрохідності, завжди супроводжується зростанням внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), який негативно впливає на функціонування різних органів та систем організму.