

**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



першому етапі видаляли усі компоненти ендопротеза і цемент, проводили ретельну вторинну хірургічну обробку з розкриттям та промиванням усіх порожнин і ходів і встановлювали тимчасовий цементний спейсер з антибіотиком або антибіотиками. Другий етап полягав у видаленні цементного спейсера, ретельній вторинній хірургічній обробці, промиванні та установці компонентів нового відповідного ендопротеза на кістковому цементі з антибіотиками.

За період з 2005 по 2012 роки в Центрі травматології та ортопедії, м. Чернівці, двоетапне хірургічне лікування ППІ кульшового та колінного суглобів було виконано у 35 пацієнтів, з них кульшового суглоба – 25, колінного – 10. Жінок було 23, чоловіків 12. Середній вік хворих склав 61,7 років (від 22 до 81 років). Усім хворим проводилось бактеріологічне дослідження з визначенням чутливості до антибіотиків, які дозволено додавати до кісткового цементу. Бактеріологічні дослідження проводились в сертифікованій німецько-українській лабораторії «Букінтермед». Стафілококи різних видів виділено у 14 випадках, в тому числі *S. aureus* у 7 випадках, *Enterobacter cloacae* у 8 випадках, *Pseudomonas aeruginosa* у 7 випадках, інші збудники у 8 випадках, відсутність росту мікрофлори у 7 випадках, з яких у одному при мікроскопії визначено грамнегативні палички, які не дали росту. Полірезистентні збудники виділено у 14 випадках, зокрема, у 6 із 7 випадків *Pseudomonas aeruginosa*, у 4 випадках – *S. aureus*, у 2 випадках – *Enterobacter cloacae* (ESBL-продукуючі), по одному випадку ESBL-продукуючих *Klebsiella pneumoniae* та *Escherichia coli*. Мікрофлора була чутлива до меропенему в 100%, до ванкоміцину в 91% випадків, до цефтазидиму в 68% випадків. З використанням отриманих даних проводився відбір антибіотика, який додавали до цементного спейсера. Разом з ванкоміцином до цементу додавали тобраміцин, враховуючи ефект «пасивного опортунізму» (збільшенні пористості цементу при розчиненні часток тобраміцину, що забезпечує кращу елюцію ванкоміцину в подальшому). Крім того, пацієнти отримували системну антибіотикотерапію тривалістю 6-8 тижнів.

Вивчення найближчих результатів показало, що первинне загоєння рани відбулося у 31 (88,6%) випадків, що дозволило успішно виконати другий етап ревізійного ендопротезування. У 2 (5,7%) випадках в якості другого етапу виконано видалення спейсера та артродез. У двох (5,7%) випадків у зв'язку з персистуючою інфекцією знадобилася операція заміни спейсера на новий спейсер з іншим антибіотиком, після чого інфекція була подолана. Через 8 тижнів після заміни спейсера було встановлено ендопротез кульшового суглоба. У одному (2,9%) випадку спейсер було видалено без установки ендопротеза. Середній післяопераційний ліжко-день після першого етапу склав 14,1 (8-32) днів, після другого етапу склав 13,8 (4-32) днів, що свідчить про високу ефективність застосованої технології лікування ППІ.

Таким чином, застосування технології двох етапного хірургічного лікування перипротезної інфекції кульшового та колінного суглобів у 35 пацієнтів дозволило відновити функціонування ендопротеза у 85,7% випадків.

**Владиченко К. А.**

### **КРІОКОНСЕРВАЦІЯ СПЕРМАТОЗОЇДІВ ПРИ ОНКОЛОГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ ЧОЛОВІКІВ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ**

*Кафедра хірургії та урології*

*Буковинський державний медичний університет*

У структурі онкологічної патології дедалі частіше спостерігається тенденція до зростання кількості хворих молодого віку. При встановленні онкологічного діагнозу лікування пацієнта потребує застосування променевої, хіміо-, імуно-, гормонотерапії. Ці методи лікування призводять до пошкодження гермінативного епітелію, часто незворотного характеру. За міжнародною класифікацією WHO, безпліддя в онкологічних хворих, які отримують специфічну терапію, не виокремлюється та розглядається як ятрогенне або надбане ураження яєчок.

Під час перебігу захворювання з непластичними процесами відбувається припинення імпульсної секреції ЛГ, зниження концентрації загального та вільного тестостерону, зростання катаболічних процесів.

Загальновизнано, що променева терапія у низьких дозах менше впливає на сперматогенез, ніж хіміотерапія. Якщо стовбурові клітини герміногенного епітелію непошкоджені, то через 60–70 днів в еякуляті з'являються сперматозоїди.

Встановлено, що фракціонування дози опромінення збільшує пошкодження стовбурових клітин герміногенного епітелію. При променевої терапії екранування яєчок дозволяє зменшити їх ушкодження, але розсіяна доза опромінення (близько 2% від загальної) доволі часто перевищує поріг пригнічення сперматогенезу.

Хіміотерапія призводить до порушення ДНК сперматогоній. Наприклад, андріаміцин, вінкрістин, метотрексат викликають постійну азооспермію в 16% хворих підліткового віку. При призначенні препарату цисплатин азооспермія виникає в 37% хворих підліткового віку. Проведення курсу лікування циклофосфамидом або прокарбазином призводить до безпліддя в 68%. Ризик незворотної азооспермії збільшується при комбінації променевої та хіміотерапії.

За останні роки кріоконсервація сперматозоїдів стає все більш розповсюдженою процедурою. У спеціалізованих центрах репродукції сперматозоїди для кріоконсервації, окрім звичайних шляхів, при необхідності можна отримати за допомогою мікрохірургічних технологій (TESA, PESA, MESA). Розмова з хворим про кріоконсервацію сперматозоїдів відбувається на фоні важкого психологічного стану. Тому



рекомендується не включати в дану програму пацієнтів з невизначеною перспективою виживання (IV клінічна група). У той же час визнається, що кріоконсервація сперматозоїдів деякою мірою може психологічно підтримати хворого. У багатьох країнах ця процедура включена в стандарти лікування онкологічних хворих репродуктивного віку.

У пацієнтів фертильного віку з благоприємним прогнозом виконання кріоконсервації сперматозоїдів і допоміжні репродуктивні технології дозволяють реалізувати плани подружнього життя, покращують медико-соціальну адаптацію та якість життя.

**Войтів Я.Ю.**

### **СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГІГАНТСЬКИХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЖИВОТА**

*Кафедра хірургії*

*Буковинський державний медичний університет*

Післяопераційні вентральні грижі (ПВГ) як ускладнення оперативного втручання є однією з найбільш актуальних проблем сучасної абдомінальної хірургії. Післяопераційні вентральні грижі посідають друге місце після пахвинних гриж і складають 20 - 22% від загальної кількості гриж.

Збільшення останніми роками кількості пацієнтів із ПВГ вимагає від хірургів пошуку новітніх технологій і зміни традиційних поглядів у розв'язанні цієї проблеми. Висока частота ускладнень і рецидивів ПВГ пов'язана із застосуванням традиційних методик автопластичного закриття дефектів методом натягнення тканин, які здебільшого є дегенеративно зміненими, що зумовлює згодом неспроможність швів, утворення сером, гематом і нагноєння ран. З огляду на це, більшість хірургів все частіше надає перевагу застосуванню сучасних полімерних матеріалів для алопластичного закриття гризових воріт у лікуванні пацієнтів із ПВГ, що посприяло зниженню загальної частоти рецидивів до 5–8%. Проте результати лікування ПВГ і надалі залишаються незадовільними: кількість рецидивів становить, за даними різних авторів, від 4 до 46 %, ускладнення з боку рани (нагноєння, сероми, інфільтрати, гематоми) сягають 15%, а летальність 3–20%. Серед хірургів немає чіткого уявлення про спосіб розташування пластичного матеріалу по відношенню до м'язово-апоневротичних структур черевної стінки, що впливає на кількість післяопераційних ускладнень та рецидивів.

Вибір тактики лікування ПВГ принципово визначають: ширина гризових воріт, локалізація грижі, розміри діастазу прямих м'язів живота, об'єм органів, що розміщуються поза межами черевної порожнини, рівень внутрішньочеревного тиску. Отже, для кожного пацієнта потрібно приймати індивідуальне рішення.

На сьогоднішній визнаною у всьому світі є класифікація післяопераційних вентральних гриж, прийнята на XXI Міжнародному конгресі герніологів в Мадриді в 1999 році - SWR-classification (Chevrel J.P., Rath A.M., 1999):

S - локалізація грижі

M – серединна

L - бокова

ML – змішана

W - ширина гризового дефекту

W1 – дефект апоневрозу до 5 см в поперечнику

W2 – дефект апоневрозу до 10 см в поперечнику

W3 – дефект апоневрозу до 20 см в поперечнику

W4 – дефект апоневрозу більше 20 см в поперечнику

R - рецидиви

R 1, R2, R3, R4

У хворих з гігантськими ПВГ необхідною є адекватна передопераційна підготовка, яка передбачає: схуднення при опасистості; підготовка функціональної можливості легень; накладання пневмоперитонеуму, як адаптація до підвищеного внутрішньочеревного тиску; носіння бандажу; підготовка шкіри в ділянці операції (лікування гнійних ран, трофічних виразок, зопрілостей); лікування супутніх захворювань.

При великих (W3 - дефект>10 см) та гігантських (W4 - дефект>20 см) післяопераційних вентральних грижах перевагу необхідно надавати розташуванню протезу “sublay” та “inlay”. При локалізації грижі у верхніх відділах черевної стінки методом вибору є методика Rives (1987), яка передбачає ретромушкульне розташування протезу. Методика Stoppa (1990) з преперитонеальним розташуванням алотрансплантату використовується при локалізації грижі у нижніх відділах черевної стінки. При гігантських ПВГ ефективною є реконструкція черевної стінки за методикою Ramirez (1990).

Всі операції необхідно завершувати дренажуванням ложа сіткових імплантантів і підшкірної жирової клітковини з використанням вакуумної аспірації (дренажі Редона, Ульмера, Blake Drains, вакуумна система UnoVac)

Обґрунтованою та показаною є інтраопераційна та післяопераційна антибіотикопрофілактика та профілактика тромбоемболічних ускладнень; контроль спірограми, показників гемодинаміки, внутрішньочеревного тиску; УЗД контроль передньої черевної стінки, при необхідності прищільні пункції та дренажування сером, гематом.