

**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



Аналіз порівняння результатів операцій із застосуванням ендопротезів і стандартних методик закриття дефектів ПВГ стосовно виникнення рецидивів виявив значну перевагу алопластики сітчастими матеріалами. Велике значення має місце імплантації сітки. Ефективною і обґрунтованою методикою пластики є ретромускулярне чи преперитонеальне розміщення протеза (sublay) за Stoppa—Rives. Сітка, розміщена у черевній стінці не контактує з органами черевної порожнини; протез відмежований від підшкірно жирової клітковини, і є захищеним на випадок нагноєння післяопераційної рани; внутрішньочеревний тиск рівномірно притискає широко імплантовану сітку до тканин передньої черевної стінки, тим самим підвищує надійність фіксації.

Правильний вибір способу оперативного лікування для кожного конкретного випадку, належна передопераційна підготовка та післяопераційне лікування дозволяє звести до мінімуму післяопераційні ускладнення та зменшити частоту виникнення рецидивів.

Гирла Я.В.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ СТУПЕНІВ ТЯЖКОСТІ ТИРЕОТОКСИКОЗУ

Кафедра хірургії

Буковинський державний медичний університет

Захворювання щитоподібної залози займають одне провідних місць в структурі захворювань ендокринної системи. Результати лікування цієї категорії пацієнтів залежить не тільки від точної діагностики наявності та характеру вогнищевих змін у тканині щитоподібної залози, а й від достовірного встановлення її стану гормонпродукції.

В літературі описано цілий ряд доступних методів дослідження вогнищевих та морфологічних змін у тканині щитоподібної залози (УЗД, ТАПБ, сцинтиграфія). Проте, обстеження її функціональної активності є досить складним, дорогим, а іноді й довготривалим процесом. Тому пошуки нових, більш простих й доступних методів діагностики функціонального стану щитоподібної залози є аргументованими й відповідають потребам сьогодення. Нами запропоновано спектрофотометричний метод, за допомогою якого, можна визначити оптичну густину плазми крові, яка на різних довжинах хвилі відображає концентрацію різних, оптично значимих структур в плазмі крові. Виявлено, що найбільш вірогідні відмінності оптичної густини плазми крові при різних хірургічних захворюваннях виявляються на довжині хвилі 280 нм. Саме ця довжина може характеризувати концентрацію білкових фракцій глобулінів крові, які беруть участь у підтриманні функціонального стану щитоподібної залози.

У зв'язку з цим, ми вивчили можливість використання величини оптичної густини плазми для поточення діагностики ступеня тяжкості тиреотоксикозу у хворих на різні форми тиреотоксичного зоба у передопераційному періоді.

Обстежено 47 хворих на різні форми тиреотоксичного зоба. Пацієнти були розподілені на 3 групи: 1-а група (n=15) із тиреотоксикозом легкого ступеня; 2-а група (n=18) з тиреотоксикозом середнього ступеня важкості; 3-а група (n=14) із тиреотоксикозом тяжкого ступеню. Діагноз встановлено у відповідності до клінічних протоколів та підтверджено традиційними лабораторними тестами для визначення тиреоїдного гомеостазу. До контрольної групи увійшли 20 практично здорових осіб.

При дослідженні оптичної густини плазми крові на довжині хвилі 280 нм. у пацієнтів контрольної групи виявлено, що її величина складала $0,58 \pm 0,02$ ОД.

У хворих із тиреотоксикозом легкого ступеню важкості цей показник був на 30-32% вищим за контрольний й складав $0,71 \pm 0,02$ ОД. У хворих із тиреотоксикозом середнього ступеню важкості цей показник був на 38-42% вищим за контрольний й складав $0,75 \pm 0,01$ ОД. Наявності тиреотоксикозу тяжкого ступеню важкості було характерно збільшення оптичної густини плазми крові, порівняно з контрольними показниками на 45,5% і більше ($0,78 \pm 0,02$ ОД).

Вірогідні відмінності величини оптичної густини плазми у хворих на різні форми тиреотоксичного зоба, можуть слугувати додатковим діагностичним критерієм функціонального стану щитоподібної залози. Окрім того, використання цього методу дало можливість оцінки ефективності терапії таких пацієнтів та, при необхідності здійснювати її корегування.

Гресько М.М.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ КРИТЕРІЇВ ПРОГНОЗУ КОНВЕРСІЙ ПРИ МАЛОІНВАЗИВНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯ В УРГЕНТНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ТА ТОРАКАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Кафедра хірургії

Буковинський державний медичний університет

Одним із найвизначніших досягнень хірургії останнього десятиріччя справедливо вважається розробка і застосування в клінічній практиці малоінвазивних методів оперативних втручань. Вони дозволяють скоротити час перебування хворих у стаціонарі, пришвидшують терміни фізичної реабілітації, мають нижчу ймовірність розвитку ранової інфекції, кращу естетику післяопераційних рубців. В той же узагальнюючих робіт, де були б визначені покази до використання малоінвазивних методів а також оцінка критеріїв що спричиняють конверсію, в літературі явно недостатньо.



Мета роботи - узагальнити досвід використання лапароскопічних втручань у 5107 хворих з ургентною хірургічною, гінекологічною патологією та у хворих з торакальною патологією і встановити критерії, які спричиняють конверсію.

Під нашим наглядом знаходилось 5107 хворих на калькульозний холецистит віком від 16 до 84 (жінок – 4584 (89,86%), чоловіків – 523 (10,24%). Хронічний холецистит був у 2905 (56,88%) хворих, гострий холецистит - у 2202 (43,22%), (гангренозний - у 176 хворих, флегмонозний - у 914 хворих, катаральний - у 1112 хворих). Повторно лапароскопічні втручання виконані у 42 хворих з метою визначення наявності ускладнень в післяопераційному періоді. У 6 хворих лапароскопічні втручання використані для видалення кістозних утворень печінки та серповидної зв'язки а у 64 хворих при гінекологічній патології (23 випадки кіст яєчників, 41 випадків - неплідність різного генезу. Як метод діагностики у 83 хворих застосовувалась лапароскопія, а у 56 хворих - торакокопія.

Серед 2905 хворих на хронічний калькульозний холецистит у 1131 хворих мали місце злуки жовчного міхура з іншими органами, тканинами. Це призвело до конверсії у 43 хворих. З 2202 хворих на гострий калькульозний холецистит у 414 випадках зустрічався біліміхуровий інфільтрат, що стало причиною конверсії у 56 хворих. У 134 хворих була виконана конверсія. Причини конверсії при лапароскопії були: наявність короткої або широкої міхурової протоки - 17 хворих; пошкодження міхурової протоки або холедоуху - 19 хворих; пенетруюча виразка ДПК - 9 хворих; виникнення масивної кровотечі - 28 хворих (20 хворих з гострим та у 8 хворих - з хронічним калькульозним холециститом); вклинений конкремент у міхуровій протоці - 12 хворих; підозра на наявність конкременту в залишеній куксі міхурової протоки - 9 хворих; наявність гематоми брижі поперечно-ободової кишки - 2 хворих; пошкодження товстої кишки внаслідок травми - 1 хвора. Причини конверсії при торакокопії були кісти легень великих розмірів – 47 хворих.

Ми вважаємо за необхідне ширше ставити покази до використання малоінвазивних оперативних втручань у хворих в ургентному порядку. Це дозволило діагностувати хірургічну патологію в очеревинній порожнині у 76 хворих. Діагностична лапароскопія застосовувалась у 15 хворих з цирозом печінки у яких, крім біопсії печінки, виконана оментогепатоексія. Діагностична торакокопія – у 19 хворих з пневмотораксом, причина якого була ліквідована шляхом коагуляції та у 46 хворих з кістами легень.

Таким чином при наявності труднощів у поточенні діагнозу потрібно ширше ставити покази для використання лапароскопічних втручань з метою визначення подальшої лікувальної тактики. При гострому калькульозному холециститі оперативне втручання бажано робити в перші 48 годин від моменту захворювання. Враховувати вказані критерії, які спричиняють конверсію. Це дозволить більш раціонально обирати метод оперативного втручання та знаходити компроміс між бажаннями пацієнтів і можливостями вітчизняної ургентної хірургії.

Гринчук Ф.В.

НОВІ ПІДХОДИ ДО КЛАСИФІКАЦІЇ Й ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ПОЄДНАНІЙ ПАТОЛОГІЇ У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Кафедра хірургії

Буковинський державний медичний університет

Патологія, коли одне з захворювань є фоном, на якому розвивається інше, є окремою проблемою сучасної медицини, яка стосується не лише хірургії, але й інших галузей, що пов'язано з патогенетичними, діагностичними і тактичними особливостями, зумовленими поєднанням різних захворювань. Неодноразові спроби систематизації такого поєднання та оптимізації тактики лікування не призвели до напрашування прийняттого способу, що, на нашу думку, пов'язано з необґрунтованими методологічними підходами. Наочним відображенням цього є термінологія. Зокрема, до найбільш відомих оціночних індексів відносяться Charlson Comorbidity index, Index of Coexistent Diseases, Simple comorbidity scale, Cumulative Illness Rating Scale. У вітчизняній літературі часто згадуються комбіновані ураження та, останніми роками, поєднана патологія. Вже з більшості самих застосованих термінів зрозуміло, що наявність двох чи більше захворювань розглядається, в основному, як проста сумація впливів різних патологічних чинників. Водночас, логічно припустити, що останні не просто додаються, але й певним чином впливають один на одного.

З метою дослідження даного питання нами проведені експериментальні дослідження на 420 білих щурах з моделями гострого перитоніту, гострої кишкової непрохідності, в тому числі поєднаними з цукровим діабетом, нефритом, гепатитом, променевою хворобою. Вибір означеної патології зумовлювався необхідністю моделювання захворювань, що супроводжуються ураженням основних компенсаторно - пристосувальних систем. Вивчали показники стану імунної, протеолітичної, оксидантно-антиоксидантної систем, цитокінової мережі, гемостазу, біохімічні та мікробіологічні аналізи, морфологічні зміни.

Проведені дослідження засвідчили характерні патогенетичні відмінності розвитку поєднаних захворювань, які дають нам право стверджувати, що поєднану патологію слід розглядати як окремий специфічний патологічний стан, який потребує відповідних підходів до класифікації, діагностики та лікування. Підґрунтям таких відмінностей є, за нашими даними, синдром взаємного обтяження, основу котрого становить прогресуюча регуляційна дисфункція, виникаюча внаслідок поєднання різноспрямованих пошкоджень та



потенціювання односпрямованих пошкоджень. Розвиток синдрому характеризується трьома виразними послідовними стадіями - компенсації, суб- та декомпенсації механізмів адаптації.

В клінічних умовах нами обстежено 426 хворих на гостру хірургічну патологію у 297 з яких діагностовано 2 і більше супутніх захворювання. При аналізі факторів, які найбільше впливають на результат лікування, нами виявлено, що ними є характер основного захворювання, наявність і тяжкість перитоніту, характер супутнього захворювання та вік.

З урахуванням результатів експериментальних та клінічних досліджень нами виділено 4 класи поєднаної патології та напрацьована шкала для їхньої діагностики, яка враховує вплив означених факторів. Віднесення конкретного хворого до того чи іншого класу стало основою для вибору обсягу лікувальних заходів на всіх етапах - від передопераційної підготовки до післяопераційного лікування.

Основними напрямками корекції лікувальної тактики були: вдосконалення діагностичних засобів, розширення показань до передопераційної підготовки, розширення показань до призначення антибактеріальних засобів, раннє призначення протигрибкових засобів, підвищення надійності кишкових швів, застосування активних методів санації черевної порожнини та розширення показань до її дренирування, активна субопераційна профілактика евентрацій та гриж, інтенсифікація детоксикаційних заходів, активне ведення післяопераційної рани, цілеспрямований моніторинг післяопераційного перебігу для раннього виявлення ускладнень. Результати застосування напрацьованого підходу свідчать про його ефективність, що полягає в зниженні летальності на 24,4%, кількості інтраабдомінальних ускладнень на 12%, ранових ускладнень на 16%.

Викладене дозволяє підсумувати, що поєднана патологія є окремим якісно новим станом, основу патогенезу якого становить синдром взаємного обтяження, що реалізується трьома основними механізмами: поєднанням односпрямованих та комбінацією різноспрямованих пошкоджень і регуляційною дисфункцією.

Рациональною основою вибору лікувальної тактики у хворих на поєднану патологію може бути напрацьована класифікація поєднаної патології, яка передбачає виділення чотирьох її класів на підставі створеної діагностичної шкали.

Домбровський Д.Б., Салютін Р.В.*, Савін В.В., Оліник Ю.В. СТИМУЛЯЦІЯ ПРОЦЕСІВ АНГІОГЕНЕЗУ ЗА УМОВ ІШЕМІЇ КІНЦІВОК В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Кафедра хірургії

Буковинський державний медичний університет

*Координаційний центр трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України**

Хронічні облітеруючі захворювання артерій кінцівок складають 4-5% від усіх хірургічних захворювань. На жаль досить часто спостерігається розповсюджене ураження судинного русла кінцівки, що не дозволяє вирішити питання про пряму реваскуляризацію. На сьогоднішній день з'являються поодинокі дослідження щодо використання методів стимульованого або лікувального ангіогенезу для лікування цієї категорії хворих. До методів стимуляції ангіогенезу відноситься використання рекомбінантного білка. Іншим напрямком досліджень є використання клітинних технологій, які включали методи стимуляції хемотаксису ангіогенних клітин у вогнище ураження, або введення ззовні клітин, що збільшують процеси ангіогенезу, як за рахунок збільшення виділення ангіогенних цитокінів, так і за допомогою безпосередньої реконструкції судинного русла з цих клітин. З цієї метою використовуються стромальні стовбурові клітини кісткового мозку. Кістковий мозок, як джерело стовбурових клітин має ряд недоліків, тому сьогодні відбувається пошук альтернативних джерел клітинного матеріалу. Пуповинна кров містить велику кількість мезинхімальних стовбурових клітин, які можна виділити та провести їх культивування.

Нами в експерименті на лабораторних білих щурах було виконано моделювання ішемії кінцівок. Ішемія викликала перев'язкою артерії та вени, які кровопостачають кінцівку. Поєднане лігування цих компонентів призводило до поєднання зменшення артеріального кровоплину та венозного стаза, що має місце при ішемії в клінічних умовах.

Група тварин, яким була модельована ішемія (10 щурів) складала групу порівняння, контрольною групою були здорові не оперовані тварини (10 щурів). В іншій групі порівняння (10 щурів) проводилось створення ішемії кінцівки вищезазначеним способом, після чого на 3 добу виконувалось введення в тканини ішемізованої кінцівки стовбурових клітин, що позитивні до CD 34, виділені з аспірату кісткового мозку, моделюючи таким чином процеси, що відбуваються в кінцівці при застосуванні мієлотрансплантації. Дослідна група тварин складала 10 щурів, яким також на третю добу після моделювання ішемії виконувалась трансплантація стовбурових клітин, але на відміну від групи порівняння вводились мезинхемальні стовбурові клітини донорської пуповинної крові. У всіх груп тварин виконувались гістологічні та імуногістохімічні дослідження тканин кінцівки в різні терміни після моделювання ішемії та трансплантації клітинного матеріалу.

Результати досліджень свідчать, що в першій групі порівняння у тварин вже на першу добу розвиваються процеси ішемії тканин кінцівки, які поглиблюються максимально до третьої доби. Спостереження більш віддалених термінів виявило збереження ішемізації тканин кінцівки. У тварин другої дослідної та контрольної груп після трансплантації стовбурових клітин спостерігається зменшення проявів ішемії кінцівки після трансплантації. Результати гістологічних та



імуногістохімічних методів дослідження свідчили про посилене утворення de novo судин в ішемізованих тканинах. Процеси ангіогенезу спостерігались у всіх тварин другої порівняльної та дослідної груп, однак виявлений ефект був більш активний у тварин дослідної групи.

Отже, проведення до клінічних досліджень вказують на ефективність запропонованого методу та доцільність його впровадження в клінічну практику.

Зайцев В.І., Хомко Л.П., Хомко Б.О. КВАНТОВА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АБАКТЕРІАЛЬНИЙ ПРОСТАТИТ, УСКЛАДНЕНИЙ ЕРЕКТИЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ.

Кафедра хірургії та урології

Буковинський державний медичний університет

Еректильна дисфункція (ЕД) визначається як нездатність мати або підтримувати ерекцію, достатню для задовільної статевої діяльності. Близько 10% чоловіків у загальній популяції мають проблеми з ерекцією. Поширеність ЕД у чоловіків 40 – 50 років – 39%, 50 – 60 років – 46%, а у віці старше 70 років – майже 70%. Сучасні дослідження переконливо демонструють, що в основі більш ніж 50-90% еректильних розладів лежать органічні причини, серед яких важливе місце займають хронічні простатити, до 90% яких належать до категорії За - хронічний абактеріальний простатит (ХАП). За сучасними даними у 78 % хворих на ХАП відзначалися порушення статевої функції. В той же час, результати лікування даної групи пацієнтів не завжди задовольняють як власне пацієнта, так і лікаря.

Квантова терапія здійснювалась апаратом «РІКТА» з частотою проходження імпульсів від 5 до 1000 Гц. При цьому квантова терапія проводилась інфрачервоним лазером двома полями - на промежину і над лоном, з частотою проходження імпульсів 50 Гц протягом п'яти хвилин. Сеанси проводились щоденно протягом 10-15 днів. Після завершення даного курсу пацієнтам проводилась квантова терапія на проєкцію попереково-крижового зчленування по лінії, що з'єднує гребені клубових кісток, що сприяє відновленню сексуальної функції. Перші три сеанси проводили з частотою 50 Гц, наступні - з частотою 1000 Гц. Час експозиції 5 хвилин. Загальна кількість сеансів - 10.

Квантову терапію застосовано у комплексному лікуванні 24 хворих із ХАП, ускладненим еректильною дисфункцією. Групу порівняння склали 22 пацієнти із ХАП, яким призначалась стандартна терапія (антибактеріальні препарати, протизапальні, знеболюючі, рослинного походження), масаж передміхурової залози.

Лікування еректильної дисфункції при ХАП має проводитися в комплексі з традиційними методами лікування. При конгестивних формах простатиту, коли ознаки запалення відсутні, але є ознаки венозного стаза (наявність геморою, варикоцеле, розширення вен нижніх кінцівок), проведення антибактеріальної терапії не показане і можливе проведення лазеротерапії в якості монотерапії. Лазеротерапія призводить до покращення мікроциркуляції в тканині простати і поліпшенню венозного відтоку. Результати досліджень проведених в нашій клініці, свідчать про виражений терапевтичному ефекті квантової терапії у хворих з конгестивними формами простатиту. У 54% хворих основної групи після 2-3-го сеансу відбувалось значне зменшення болю у промежині, поліпшення загального стану, зменшення дизурії, яка часто спостерігалась у пацієнтів (в контрольній групі – у 41%). Починаючи з 4-5 процедури частоту проходження імпульсів збільшували до 1000 Гц. Всі пацієнти добре перенесли дані процедури. По закінченню курсу лікування (загалом 1 міс.) покращання статевої функції відзначали 83% пацієнтів 1-ї групи та 54% пацієнтів контрольної групи, що свідчить про покращання ефективності лікування даного контингенту пацієнтів при використанні квантової терапії. Аналогічний курс квантової терапії необхідно повторити через 2 місяці після закінчення першого курсу, що дозволяє отримати більш тривалий та стійкий ефект.

Квантову терапію доцільно призначати в комплексному лікуванні хворих з хронічним простатитом, ускладненим еректильною дисфункцією.

Зайцев В.І., Аль Куд Басель, Ілюк І.І. ТУР-СИНДРОМ – МОЖЛИВОСТІ СТВОРЕННЯ СУЧАСНОЇ КЛАСИФІКАЦІЇ

Кафедра хірургії та урології

Буковинський державний медичний університет

Синдром трансуретральної резекції (ТУР-синдром) є одним з найбільш важливих та небезпечних ускладнень при проведенні трансуретральної резекції передміхурової залози (ТУРПЗ). Своєчасне визначення його ступеню тяжкості та проведення вчасної корекції гомеостазу дозволяє уникнути або значно знизити прояви даного ускладнення. Відсутність класифікації або стадіювання ТУР-синдрому є негативним фактором, який не дозволяє створити алгоритм дій лікаря при виникненні перших ознак ускладнення та запобігання його подальшого розвитку.

Клінічні ознаки ТУР-синдрому різноманітні та залежать від ступеня розвитку ускладнення. Це можуть бути затьмарена свідомість, кома, або навпаки збудження, головний біль, нудота, блювання, порушення зору; спочатку підвищення артеріального тиску, а потім глибока гіпотензія, порушення серцевого ритму, набряк легень та ін.

Нами на 124 пацієнтах з ДГПЗ, яким було проведено ТУР простати, було проаналізовано зміни стану пацієнтів під час операції, в тому числі головні прояви ТУР-синдрому, послідовність їх появи та