

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – І

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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.
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 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



Нами розроблений неінвазивний метод оцінки моторно-евакуаторної функції кишечнику, який поєднує можливість проведення аускультації з одноментною візуалізацією перистальтичних шумів на скрині пристрою та їхньою реєстрацією для подальшого проведення кількісного аналізу параметрів перистальтики.

Обстеження практично здорових осіб дали змогу оцінити фізіологічні параметри перистальтики та визначити середні їх величини. Результати апробації даного методу засвідчили його високу ефективність при обстеженні хірургічних хворих з різними порушеннями моторно-евакуаторної функції кишечнику. Так, за нашими даними, у хворих на гостру механічну кишкову непрохідність спостерігається зниження більш, ніж у два рази кількості перистальтичних хвиль та збільшення більш, ніж у два рази середньоквадратичного значення амплітуди перистальтичних хвиль, середньоквадратичного значення амплітуди скорочень у міжперистальтичний період та індексу сили перистальтичної хвилі.

Таким чином, результати фонокартерографічного дослідження свідчать, що найвищі параметри перистальтики реєструються у проекції початкового відділу тонкої кишки – у ділянці duodenogastricального згину. Далі перистальтична хвilia розповсюджується по тонкій кишці. Найнеблагоприємніші параметри перистальтичної хвилі виявлені нами по середині тонкої кишки – над пунком, де сила скорочення дещо знижується, а відносний опір хімусу навіть дещо зростає. Найменша сила скорочень визначається у термінальному відділі тонкої кишки, однак, із-за зменшення відносного опору хімусу при нормальній функції Баугінієвої заслінки ефективність її достатня для проштовхування її вмісту у просвіт товстої кишки.

Розроблений нами спосіб є об'єктивним методом діагностики порушень моторно-евакуаторної функції кишечнику. Інформативність, неінвазивність, портативність дозволяють рекомендувати його для клінічного впровадження.

**Москалюк О.П., Давиденко І.С.*, Шкварковський І.В., Рева В.Б.
ЗМІНИ РЕПРОДУКТИВНИХ ОРГАНІВ САМЦІВ КРОЛІВ ПІД ВПЛИВОМ КОНТАКТУ
ПОЛІПРОПІЛЕНОВОГО ІМПЛАНТАТУ З СІМ'ЯНИМ КАНАТИКОМ**

Кафедра хірургії та урології.

*Кафедра патологічної анатомії**

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Серед усіх гриж черевної стінки пахвинні грижі становлять близько 75%. Часто на пахвинну грижу хворють чоловіки репродуктивного віку, коли гриженосість призводить до вираженої морфологічної зміни і порушення функції яєчка. Деякими авторами доведені позитивні результати при застосуванні алопластичних методів пахвинної герніопластики, що пояснюється збереженням кровообігу та іннервації яєчка внаслідок відсутності натягу структур пахвинного каналу. Поряд з цим збільшується кількість повідомлень про розвиток ускладнень внаслідок контакту алотранспланта з сім'янім канатиком – матеріал для алопластики, що застосовується, викликає виражену запальну реакцію з втягненням прилеглих тканин та сім'янім канатика в сполучнотканинний рубець.

Метою роботи стало експериментальне вивчення гістологічних змін репродуктивних органів кролів при kontaktі поліпропіленового імплантата і сім'янім канатика.

Експеримент проведено на 28 статевозрілих самцях кролях, яким проленовий імплантат розмірами 1,0 на 1,0 см фіксували в пахвинній ділянці, досягаючи прямого контакту сім'яніого канатика з протезом. Вивчали гістологічні зміни яєчка та сім'янині протоки. Досліджували зміни сперматогенного епітелію, сполучнотканинної строми, наявність склерозу, гіалінозу та венозного застою крові. На 7, 21, 42 та 90 добу тварини виводились з експерименту, по 7 на кожен термін спостереження. Контроль склали 10 інтактних тварин.

На 7 день експерименту кількість сім'яних трубочок з непошкодженим сперматогенным епітеліем склали 1,5%, частково пошкодженим – 98%. Спорожнілі сім'яні трубочки склали 0,5%, за рахунок набряку. Кількість рядів сперматогенного епітелію становила $9,4 \pm 0,46$. На нашу думку, виявлені зміни пов'язані з операційною травмою. На 21 день експерименту спостерігалось погіршення стану сперматогенного епітелію – спорожнілі сім'яні трубочки склали 13%. Кількість сім'яних трубочок з непошкодженим сперматогенным епітелієм склали 3%, частково пошкодженим – 84%. Строма склали 12%. Кількість рядів сперматогенного епітелію становила $2,1 \pm 0,54$. Виявлено застій крові на 1 бал. На 42 день експерименту спостерігається відновлення сперматогенного епітелію – кількість сім'яних трубочок з непошкодженим сперматогенным епітелієм склали 95,5%, частково пошкодженим – 4%. Спорожнілі сім'яні трубочки склали 0,5%. Строма склали 16%, за рахунок початку розвитку склерозу. Виявлено застій крові на 2 бали. Кількість рядів сперматогенного епітелію становила $9,1 \pm 0,58$. На нашу думку, виявлені зміни пояснюються регенерацією клітин сперматогенного епітелію. На 90 день експерименту відмічено – кількість сім'яних трубочок з непошкодженим сперматогенным епітелієм склали 84,5%, частково пошкодженим – 15%. Спорожнілі сім'яні трубочки склали 1,5%. Строма склали 19%, за рахунок розвитку склерозу та гіалінозу. Кількість рядів сперматогенного епітелію становила $6,7 \pm 0,34$. Виявлено застій крові на 4 бали. На нашу думку, виявлені зміни пов'язані з явищами гіпоксії яєчка, що розвиваються внаслідок втягнення сім'яніого канатика в сполучнотканинний рубець, що утворився навколо поліпропіленового імплантата.

При вивченні змін сім'янині протоки виявлено, що на 7 день спостереження значних патологічних змін не виявлено. З 21-го дня спостереження відмічено прогресивне збільшення товщини стінки сім'янині

протоки спочатку за рахунок набряку, а в подальші терміни спостереження – стовщення стінки сім'янині протоки за рахунок розростання сполучної тканини власної пластини. При цьому спочатку відбувається вогнищеве розростання – 42 день, потім – дифузне, не завжди рівномірне 90 день спостереження. Поряд з розростанням сполучної тканини зменшується діаметр сім'янині протоки, що найбільш виражено на 90 день експерименту. На нашу думку, виявлені зміни пов'язані з втягненням сім'янині протоки в сполучнотканинний рубець, що утворився навколо поліпропіленового імплантата.

Отже, контакт поліпропіленового імплантата з елементами сім'яного канатика сприяє розвитку асептичної запальної реакції, що показують гістологічні зміни репродуктивних органів. На нашу думку, виявлені зміни пов'язані з явищами гіпоксії яєчка, що розвиваються внаслідок втягнення сім'яніого канатика в сполучнотканинний рубець навколо поліпропіленового імплантата.

**Пенішкевич Я.І., Александровська Л.М.
ПАТОГЕНЕТИЧНІ ЧИННИКИ В РОЗВИТКУ ДІАБЕТИЧНОЇ РЕТИНОПАТІЇ**

Кафедра офтальмології ім. Б.Л. Радзіховського

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Цукровий діабет є однією з причин незворотної втрати зору. При цукровому діабеті патологічно змінюються гемореологічні та гемоагрегаційні властивості крові та локальна гемодинаміка. В результаті хронічної декомпенсації вуглєводного обміну у хворих цукровим діабетом розвивається комплекс метаболічних порушень, який патологічно впливає на циркулюючі в крові периферичні клітини. Неферментативний гліколіз гемоглобіну та білків мембрани еритроцитів призводить до появи аномальних форм клітин. Підвищення концентрації вільних радикалів та продуктів протеолізу дестабілізують клітинні мембрани. Форма еритроцитів при хронічній гіперглікемії залежить від ступеня її компенсації та проявляється незворотною структурно-функціональною модифікацією, зниженою стійкістю та деформабельністю клітин, зміненою агрегацією.

Метою є дослідження реологічних властивостей крові у хворих цукровим діабетом.

Обстежено 24 пацієнтів з цукровим діабетом II типу за загальноприйнятими офтальмологічними методиками, а також параметри крові (в'язкість крові, індекс деформабельності еритроцитів). Оцінка реологічних властивостей крові показала зниження індексу деформабельності еритроцитів та зростання відносної в'язкості еритроцитарної сусpenзії, найбільш виражені у хворих з некомпенсованим цукровим діабетом. Зазначені зміни призводять до збільшення капілярної проникності, що має значення при розвитку діабетичного макулярного набряку. Таким чином необхідно враховувати лабораторні показники крові для прогнозування перебігу діабетичної ретинопатії.

**Петрюк Б.В.
КСЕНО- ТА АЛОПЛАСТИКА В КОМБУСТІОЛОГІЇ**

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Відомо, що глибокі дермальні та субфасціальні опіки потребують оперативного лікування – вільної шкірної пластіки. Однак у випадку поширеніх глибоких уражень неминуче виникає дефіцит ресурсів донорської шкіри. Це змушує використовувати тимчасові штучні покриття або ж ліофілізовані ксенотранспланти шкіри свиней. Приживлення останніх, на жаль, є тимчасовим. Якщо площа глибоких опіків перевищує 30% поверхні тіла, виникає гострий дефіцит аутотранспланта, тому власне аутодермопластика не може вирішити проблему відновлення шкірного покриву. У такому випадку, окрім ксенопластики, може бути використана алодермопластика. При поширеніх глибоких опіках алодермотранспланти можуть слугувати якісною біологічною пов'язкою. Вони зменшують болюві відчуття та попереджують втрати через ранову поверхню. Таким чином відбувається підготовка організму потерпілого до аутодермопластики. Разом із тим, алопластика також має низку недоліків: здорові людині (донори шкіри) заподіюють операційну травму, злімаючи епідермо-дермальні клапти, тобто виникає донорська рана. Попередньо донора шкіри обстежують, як і донора крові, а це додаткові витрати реактивів, часу та ін. З огляду на це, оптимальним варіантом є використання донора крові у якості донора шкіри. Беззаперечний недолік даного виду шкірної пластіки – тимчасовість приживлення клаптів. Залежно від тяжкості стану потерпілого, а саме від рівня його імунного захисту, через 2-3 тижні (іноді дещо пізніше) розпочинається лізис алошкіри, що спричинено біологічною несумісністю тканин, тобто розвивається реакція відторгнення транспланта. Організм реципієнта виробляє антитіла на сторонню білкову тканину.

Алодермотранспланти, що прижили, утримуються на рановій поверхні до тих пір, доки не настане сенсибілізація організму реципієнта на сторонній білок пересадженої шкіри. Під впливом антитіл відбувається загибель алотранспланта. Термін існування клаптів також залежить від його розмірів. За нашими спостереженнями, ксеноклапти значно швидше лізуються, ніж алоклапті, тобто алопластику можна вважати більш ефективним шляхом тимчасового закриття опікових ран, не дивлячись на її недоліки. Її можна використовувати як на гранулюючі рані, так і на рані, що виникли внаслідок проведення ранньої некректомії.



Досягти стійкого приживлення алоплатів практично неможливо. Лише існує можливість дешо пролонгувати їх перебування на рановій поверхні, тобто відтермінувати їх лізис. Із огляду на це, важливим є підбір донора шкіри. Він повинен мати ту ж групову належність, що й реципієнт. З іншого боку відомо, що чим вище в біологічному ряду знаходиться організм і чим він старше, тим складнішими є його імунні реакції. Чим молодше донор і реципієнт, тим слабшими антигенними властивостями володіють їх тканини. Отже, більш успішною алодермопластика може бути у дітей і осіб молодого віку, особливо, якщо вони перебувають у тяжкому стані внаслідок поширеного глибокого ураження. У таких потерпілих імунітет знаходиться у пригніченому стані. Бажано, щоб і донор шкіри був особою молодого віку, але не молодше 18 років, як і донор крові. Отже, у випадку поширеніх глибоких термічних опіків, коли немає реальної можливості ліквідувати уражені ділянки аутотрансплантатами, алодермопластика може стати операцією порятунку для опеченого. Як показують наші спостереження, її ефективність є вищою, порівняно з ксенопластикою ліофілізованими клаптями шкіри свині. При значній площині глибокого ураження може бути ефективною і доцільною комбінована атоалодермопластика за Моулем-Джексоном. Дане оперативне втручання дозволяє одномоментно закрити значну площину опікових ран, а це означає зменшення втрат організмом потерпілого води, білку, мікроелементів і солей.

Щоб уникнути травматизації здорових осіб (донорів шкіри), варіантом алопластики могло б бути використання трупної свіжої або консервованої шкіри. Однак такий підхід є практично неможливим через певні юридичні аспекти. Окрім того, консервована алошкіра може спричинити сенсибілізацію організму потерпілого. Відомо, чим довше зберігається шкіра, тим гірше її приживлення. З іншого боку, чим довше вона зберігається, тим інтенсивніше втрачає свої антигенні властивості. Тому, якщо такі трансплантації все ж приживають, тривалість їх існування буде вищою.

Оптимальним (простим і дешевим) способом зберігання шкірних клаптів є заморожування, але поступове. У випадку швидкого заморожування кристали льоду можуть пошкоджувати трансплантації. Термін зберігання клаптів у замороженому стані залежно від температури зберігання може становити 2-6 міс. Додаткове висушування шкіри дає можливість її зберігати впродовж кількох років.

Таким чином, основною задачею досліджень у питаннях алопластики шкіри є пошук способів подолання тканинної несумісності. Вирішити цю проблему можна двома шляхами: знизити імунологічну реактивність реципієнта або зменшити антигенну активність транспланта. Більш виправданим є саме другий шлях подолання тканинної несумісності.

Петрюк Б.В., Попович О.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ПОГРАНИЧНИХ І ГЛИБОКИХ ОПІКІВ

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Раніше місцеве лікування термічних опіків зводилося до висушування уражених ділянок (відкритий метод) або використання пов'язок із антисептиками (закритий метод) чи їх комбінації. Після цього переходили на мазеві пов'язки, добиваючись поступового очищення ран від некрозу. Поверхневі опіки загоювалися самостійно, а глибокі ліквідовували шляхом вільної шкірної пластики на гранулюючі рани. Таким чином процес лікування при поширеніх глибоких ураженнях затягувався на кілька місяців.

Проведено аналіз результатів лікування термічних опіків різної глибини. Встановлено, що у випадку епідермальних опіків методом вибору слід вважати використання ліофілізованих клаптів шкіри свині після попередньо проведеного туалету опікової поверхні. Вказаний метод дозволяє значно зменшити бальові відчуття, уникнути тривалого висушування уражених ділянок чи щоденних болючих перев'язок. Застосування ліофілізованих ксенотрансплантацій шкіри свині дозволяє прискорити епітелізацію опікової поверхні на 2-3 доби навіть у випадку часткової мацерації клаптів чи їх незначного зміщення.

Поверхневі дермальні опіки потребують більш активної хірургічної тактики – проведення тангенційної некректомії. Утворену ранову поверхню також закривають ксеноклаптями шкіри свині, під якими відбувається епітелізація. Однак така лікувальна тактика неминуче супроводжується використанням наркозу та певною крововтратою. Відповідно у деяких потерпілих можуть бути протипокази до її застосування.

У випадку глибоких дермальних і субфасціальних опіків показана рання некректомія з одномоментною або відтермінованою АДП. На 2-4 добу після пошкодження за допомогою дерматома (при поверхневих дермальних опіках) чи скальпеля (у випадку глибокого ураження) видаляють некроз до життезадатних тканин. Утворені рани закривають ліофілізованими клаптями шкіри свині (при поверхневих дермальних опіках) або проводять вільну АДП (при глибоких опіках). В останньому випадку утворені ранові дефекти тимчасово закривають ліофілізованими ксенотрансплантаціями. Така лікувальна тактика дозволяє швидко позбутися основного джерела інтоксикації – опікового некрозу. Таким чином абортується перебіг опікової хвороби, якщо вона має місце, адже практично відсутня гостра опікова токсемія та значно скорочується тривалість опікової септикотоксемії, тому що суттєво прискорюється ліквідація опікових ран.

Недоліком даної тактики є також необхідність використання загального знеболювання, власне операційна травма та досить значна крововтрата, що потребує адекватної компенсації компонентами чи препаратами крові. Окрім того, нерадикальне видалення некротизованих тканин погіршує приживлення трансплантацій. З огляду на це, можливі протипокази до проведення ранньої некректомії.

Таким чином, у вирішенні питання щодо місцевого лікування дермальних і субфасціальних опіків, повинен бути індивідуальний підхід.

Плегуца І.М., Сидорчук Р.І., Плегуца О.М.*, Хомко О.Й.*

ДЕЯКІ ЗМІНИ ЕНДОКРИННОЇ ГУМОРАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ТА РІЗНИХ ЛАНКОК ГОМЕОСТАЗУ ПРИ ТРАВМАТИЧНІЙ ХВОРобІ

Кафедра загальної хірургії,

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти*

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

За травматичної хвороби (TX) змінюються різні ланки регуляції та метаболізму, однак чітких комплексних даних по даному аспекту розвитку TX немає. Це призводить до недооцінки тяжкості стану хворих, невірному вибору лікувально-діагностичної тактики і, відповідно, незадовільним результатам лікування.

Метою дослідження є вивчення окремих змін ендокринної гуморальної регуляції метаболічних процесів та різних ланок гомеостазу постраждалих з травмами скелетно-м'язової системи різного ступеня тяжкості.

Дослідження охоплює 87 хворих на різні форми травматичної хвороби, віком 18-76 років (45,03±5,37). Контрольну групу склали 23 пацієнтів, яким виконувались планові оперативні втручання, не пов'язані з патологією скелетно-м'язової системи. Усі хворі основної групи були розподілені на 3 групи відповідно тяжкості стану. Для вивчення порушень гормонально-месенджерної регуляції гомеостазу використовували визначення в плазмі крові трийодтироніну (T-3), тироксину (T-4), імунореактивного інсулу і кортизолу методом радіоіммунного аналізу.

Встановлено, що травма будь-якої тяжкості супроводжується вірогідним зростанням концентрації кортизолу в плазмі крові в усіх постраждалих. Збільшення концентрації кортизолу певною мірою відповідало ступеню тяжкості перебігу TX, однак достатньо вірогідної залежності між рівнем кортизолу і ступенем тяжкості TX, що дало б змогу рекомендувати цей параметр для діагностики та прогнозу, виявлено не було. Тільки у хворих з тяжким перебігом TX відмічали вірогідне зниження концентрації тироксину у плазмі крові. Найнижча концентрація спостерігалась на початковому етапі розвитку TX. Для контрольної групи хворих характерним було вірогідне зниження концентрації адреналіну на 3-тю добу післяопераційного періоду, яке у подальшому змінювалось тенденцією до нормалізації цього показника через 5-7 днів спостереження. Загалом, у групах спостереження, за виключенням групи хворих з тяжким перебігом TX, спостерігали тенденцію до зростання рівня адреналіну у плазмі крові.

Зниження концентрації адреналіну у хворих з тяжким перебігом TX і, певною мірою, хворих з TX середнього ступеня тяжкості можна розрізняти, як ознаку виснаження катехоламіндепонуючої функції еритроцитів. У таких хворих, на відміну від пацієнтів з помірною тяжкістю перебігу TX (субклінічна форма), доцільно застосовувати катехоламіни для компенсації зниження артеріального тиску та розвитку циркуляторних розладів. Нестабільна динаміка змін концентрації адреналіну при TX не дозволяє рекомендувати визначення цього показника з діагностичною або прогностичною метою.

Як засвідчують отримані дані, травматизація тканин та зумовлені цим патофізіологічні ефекти, призводять до активізації найбільш важливих ланок систем організму, включаючи систему гормональної регуляції, призводять до широкої гами змін гомеостазу та функціонального стану практично усіх органів та систем організму.

Плегуца О.М., Сидорчук Р.І.*, Хомко О.Й., Плегуца І.М.

ЗМІНИ СИСТЕМНОГО ПРОТЕОЛІЗУ-ФІБРИНОЛІЗУ ЗА АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти,

Кафедра загальної хірургії*

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Одним з найважливіших різновидів хірургічного сепсису є абдомінальний сепсис (AC). Водночас, окремі питання етіології, патогенезу, морфогенезу AC, розробки методів профілактики, лікувальної тактики при цій важливій патології залишаються поза увагою дослідників.

Метою дослідження є встановлення динаміки змін системи протеолізу-фібринолізу в умовах абдомінального сепсису.

Об'єктом дослідження були 47 дорослих щурів, середньою масою 253,19±12,68 г. AC моделювали за власною методикою (патент України №39686 A). Через 6-24-48-72 год. проводили евтаназію з дотриманням вимог біоетики і забирали матеріал для дослідження. Стан фібринолітичної активності (ФА) визначали на основі реакції з азофібрином. При цьому визначали сумарну (СФА), ферментативну (ФФА) та неферментативну фібринолітичну активність (НФА). Стан протеолітичної активності (ПА) щодо різних білкових фракцій оцінювали за реакцією з азоальбуміном, азоказейном та азоколагеном.

У продовж доби спостерігали суттєве зниження протеолітичної активності плазми крові щодо основних білкових фракцій. Через 48 год. спостерігали незначне зростання ПА плазми відносно альбуміну та подальше зниження цієї активності у 3,38 рази відносно колагену. Зміни ПА високомолекулярних білків були