

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



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**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 – її 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 – її 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. Івашук 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



against most significant pathogens (*E.coli*, *Staphylococcus* spp., *S.aureus*, *Bacteroides* spp., *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*).

Changes of serum antibodies concentrations were time dependent and fluctuating during the current of AS forming the waveform curves. Most remarkable decreases were found during 24-72 hours of AS. Serum antibodies titres to main pathogens were slightly higher due to antibiotics and detoxication therapy. Operation by itself decreased titres from 4.42±0.28 to 3.49±0.25 (*E.coli*), from 5.41±1.02 to 3.0±0.58 (*P.aeruginosa*). Antistaphylococcal antibodies titres decreased from 7.22±0.9 before surgery to 4.83±0.47 after. Repeated operations alter antibodies concentrations even more significantly. The highest levels of antibodies were found in patients who underwent successful treatment of AS one to two months prior to investigation. Their plasma was used in treatment of AS patients. Intravenous administration of two-dose 100-200 ml of hyper immune plasma per day prevented following decrease of antibodies levels and in 98% case increased them (21.39±1.47%). The cost of treatment was 15-37% lower if compare with traditional methods (control group).

There is an exact evidence of hyperimmune plasma using efficacy in patients with abdominal sepsis; it is more cost effective if compare with traditional methods of immunotherapy.

Сидорчук Р.І., Хомко О.Й.*, Плекуца О.М.*, Сидорчук Л.П.**
ОКРЕМІ АСПЕКТИ АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКИ АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ В ОСІБ
СТАРШОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ

Кафедра загальної хірургії
*Кафедра догляду за хворими та вищої медичної освіти**
*Кафедра сімейної медицини***
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Індивідууми старшого та похилого віку, як правило характеризуються коморбідністю, порушенням різних ланок метаболізму та імунологічного гомеостазу. Саме тому, ризик виникнення ускладнень гнійно-запального характеру та генералізації інфекційного процесу у таких хворих є надзвичайно високим.

Мета роботи: визначити доцільність проведення антибіотикопрофілактики за абдомінального сепсису, визначити найбільш доцільні препарати та шляхи й терміни їх застосування у хворих старшого та похилого віку, провести оцінку економічної доцільності антибіотикопрофілактики.

Робота носить експериментально-клінічний характер. Використано стандартні методи мікробіологічного моніторингу. Об'єктом дослідження були 47 експериментальних тварин та 52 хворих старшого та похилого віку з гострою патологією живота, що супроводжувалась розвитком абдомінального сепсису. Нами використано парентеральне введення антибактеріальних препаратів, колоносанція антибактеріальними препаратами та поєднання колоносанційних заходів з парентеральним введенням антибіотиків. Статистичний аналіз та оцінка результатів здійснювалась за допомогою програми MS Excel™.

Встановлено, що навіть при гострому неускладненому холециститі у 69,23% хворих та у 78,72% експериментальних тварин розвивається транзиторна чи стала бактеріємія. За умов розвитку гострого перитоніту чи парезу кишечника, як причини абдомінального сепсису цей відсоток підвищується до 84,62% (p<0,05) та 89,36% (p<0,05) відповідно. Причиною цього у переважній більшості випадків є транслокація мікрофлори з порожнини кишечного тракту. Профілактичне введення антибактеріальних препаратів дозволяє знизити відсоток висівання мікрофлори з крові периферійної вени до 19,15% у тварин і до 13,46% у хворих. Серед антибактеріальних препаратів найбільш ефективним виявилось застосування монотерапії препаратами фторхінолонового ряду, в той же час поширена терапія комбінацією аміноглікозиду та бета-лактаму антибіотика була менш дієвою.

Застосування тільки колоносанції, як й очікувалось було недостатньо ефективним для профілактики абдомінального сепсису, однак позитивний вплив на мікрофлору порожнини товстої кишки та її колонізаційну резистентність є важливим компонентом патогенетичного лікування, оскільки дозволяє значно знизити потенціал мікрофлори безпосередньо у основному її джерелі.

Найбільш ефективним для антибіотикопрофілактики абдомінального сепсису є комбіноване застосування парентерального введення препаратів та застосування колоносанційних заходів.

Сикирицька Т.Б., Бірюк І.Г.*, Войтенко І.В.
ВИКОРИСТАННЯ КОМПЛЕКСНОГО АПАРАТНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ АМБЛІОПІЇ

Кафедра офтальмології ім.Б.Л. Радзиховського
*Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії**
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

До амбліопії може призвести будь-який чинник, що перешкоджає нормальному відображенню чіткого, сфокусованого зображення в оці і призводить до функціонального зниження зору, при якому одне око майже не задіяне в зоровому процесі. Найчастіше амбліопія у дітей формується, якщо обидва ока одночасно розглядають два різних об'єкта і відправляють в головний мозок дві різні картинки. Це не що інше, як косоокість. У дитини, що страждає косоокістю, мозок намагається упорядкувати плутанину в двох отриманих зображеннях, пригнічуючи функціонування одного ока. Причиною хвороби може стати стан, при якому в одному оці більше,



ніж в іншому, виражена короткозорість або далекозорість. Коли одне око розрізняє зображення набагато краще, ніж інше, мозок починає нехтувати нечіткою картинкою, яку отримує від слабкого ока. Амбліопія може розвиватись і в обох очах.

Амбліопія у дітей іноді починається із-за того, що в одне око довгий час світло надходить набагато гірше, ніж в інше. Катаракта, фізичний недолік рогівки ока теж нерідко стає причиною захворювання. Хвороба «ледачого» ока, що з'явилася в цих випадках, розвивається нечасто, але дає важкі ускладнення. Якщо дитині не надати медичної допомоги на ранніх стадіях хвороби, він, цілком ймовірно, ніколи в житті не зможе бачити слабким оком. Профілактичні обстеження дітей необхідно починати проводити ще в пологовому будинку та на першому році життя.

Мета – оцінити ефективність використання комплексного апаратного лікування при амбліопії.

Проблема амбліопії представляє собою серйозну медичну та соціальну проблему. Для їх вирішення в сучасній офтальмології активно використовуються оптична корекція та різноманітні плеоптичні програми. На даний час в практичній медицині широко залучають методи лікування, які використовують прийоми зовнішнього зворотного зв'язку. Перспективним в цьому напрямку є метод когнітивної модуляції гостроти зору, який здійснюється за допомогою апаратного комплексу «Амбліокор». У його основі лежить відео-комп'ютерний аутотренінг, який сприяє відновленню контролю нервової системи за процесами, які протікають у зоровому аналізаторі та посилює властивість мозку відновлювати чіткість зорового зображення.

Нами проведений комплексний аналіз даних 95 дітей віком від 3 до 17 років, які пройшли лікування з використанням апарату «Амбліокор» офтальмологічної амбулаторії «Оптики люксор». У всіх пацієнтів до та після лікування визначалась гострота зору. В залежності від виду та ступеня амбліопії термін лікування на комплексному апараті «Амбліокор» складав від 10 до 15 сеансів. При виборі режиму лікування особливу увагу приділяли виду рефракції. При виявленні міопічної рефракції та змішаного астигматизму використовували режим «релаксація», а при гіперметропічній рефракції та гіперметропічному астигматизму – режим «активація».

Дані ретроспективного аналізу результатів апаратного лікування дітей вказують на покращення середньої гостроти зору на 0,35 (без корекції) та на 0,45 (з корекцією). У результаті комплексного лікування середня гострота зору підвищилась з 0,2±0,15 (до лікування) до 0,65±0,30 (після лікування). Через 3 місяці після апаратного лікування у 74% дітей гострота зору залишалась попередньою, а через 6 місяців – у 68%. В інших випадках зниження гостроти зору без корекції та з оптичною корекцією варіювали з 0,05 до 0,45. У більшості випадків це були діти з обскураційною або дисбінокулярною амбліопією дуже високого та високого ступеня, що, на нашу думку, пояснюється наявністю неправильної (нецентральної) фіксації, відсутністю постійного носіння корекції при односторонньому ураженні.

Результати лікування на «Амбліокорі»: при короткозорості і далекозорості гострота зору збільшилась на 2-4 рядки таблиці більш ніж у 90% пацієнтів. Пацієнти із середнім і легким ступенем короткозорості перестали постійно користуватися окулярами, при важких формах оптична корекція зменшилась на 2-3 діоптрії. При косоокості в 80% випадків досягли повний або частковий ефект: зменшився або зник кут косоокості. При рефракційній або анізотропічній амбліопії після одного або двох курсів лікування більш ніж у 90% пацієнтів зняли діагноз (критерій його зняття - підвищення гостроти зору на оці, що косить до 0,4).

Таблиця

Результати лікування різних форм амбліопії		
діагноз	форма	% вилікування
Амбліопія	рефракційна	Більше 90% (зняття діагноза)
	дисбінокулярна	Більше 60% (зняття діагноза)
	обскураційна	Більше 50% (відновлення бінокулярного зору)

Отже, дане дослідження підтверджує необхідність пошуку нових методів лікування амбліопії з застосуванням сучасних технологій. Комплексне апаратне лікування амбліопії дозволяє у більшості пацієнтів (90%) стабілізувати зорові функції на достатньо високому рівні. Перевага використання апарату «Амбліокор» - відсутність протипоказань, простота процедури та хороша результативність.

Степанченко М.С., Федорук О.С., Владиченко К.А., Візнюк В.В.
ЗМІНИ У РЕПРОДУКТИВНІЙ СИСТЕМІ ЧОЛОВІКІВ ПІД ВПЛИВОМ КСЕНОЕСТРОГЕНІВ

Кафедра хірургії та урології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

У сучасній медицині досить багато зусиль спрямовано переважно на проблеми, що стосуються «матері і дитини». Проблеми чоловіків часто нівелюються та залишаються на другому плані. Однак сьогодні чоловіче безпліддя становить глобальну проблему не тільки в Україні, а й в усьому світі. Зменшення концентрації та якості сперматозоїдів, онкологічні захворювання статевої системи, різноманітні аномалії та дефекти в процесі розвитку – це лише мізерна частина всіх проблем, що стали наслідком впливу сучасної цивілізації.

Найбільший вплив на організм чоловіка, особливо на його репродуктивну систему, чинять ксеноестрогени, або як їх ще називають – «гормональні деструктори». Це речовини хімічного походження, які за своєю будовою схожі на жіночі статеві гормони. Дані сполуки впливають на синтез, секрецію, транспорт, метаболізм, зв'язування або виведення натуральних гормонів, які наявні в тілі людини і відповідають за



гомеостаз та репродуктивні процеси. У дослідженнях встановлено, що механізм їх дії набагато ширший, ніж спочатку передбачалося. Зокрема, ксеноестрогени крім взаємодії з естрогеновими рецепторами можуть зв'язувати неядерні рецептори стероїдних гормонів (наприклад, мембранні естрогенові рецептори), нестероїдні рецептори (наприклад, рецептори серотоніну, дофаміну та норадреналіну) і впливати на ферментативні шляхи, що беруть участь у біосинтезі стероїдних гормонів.

З ксеноестрогенами людиною доводиться контактувати постійно – це пластикова посуда та пляшки, поліетиленові пакети та упаковки, пластмасові дитячі іграшки та засоби догляду за дітьми, синтетичні будівельні матеріали, пестициди, пальне, фарби, розчинники, засоби гігієни та догляду, засоби для прибирання, одяг, медичні системи та шприці, деякі лікарські препарати і навіть їжа. Ксеноестрогени містяться в м'ясних та молочних продуктах, овочах та фруктах, які були оброблені фунгіцидами та пестицидами. Небезпека ксеноестрогенів полягає у поступовому накопиченні їх в організмі, що згодом стає причиною ураження чоловічих статевих клітин, виникненні мутацій, пороків та дисплазій, у дитячому віці порушення формування та розвитку статевих органів та мозку, призводить до розвитку репродуктивної патології, безпліддя.

Максимальний рівень тестостерону у чоловіків припадає на 30-річний вік. Далі, залежно від індивідуальних та конституційних особливостей, його показники поступово знижуються. У результаті постійного контакту з різноманітними ксеноестрогенами зниження тестостерону різко прискорюється. Це призводить до «фемінізації» ендокринної системи: зміни рівня гонадотропіну (безпосереднім наслідком якого є зміни сперматогенезу), порушення утворення тестостерону та розвитку андрогенного дефіциту, різкого зростання синтезу жіночих статевих гормонів – пролактину та естрадіолу, виникнення порушень сперматогенезу, розвитку ожиріння, гінекомастії, порушення розвитку статевої системи (крипторхізм, зменшення розмірів сім'яників), виникнення супутніх ендокринологічних та органічних порушень. Можливе також виникнення значної затримки статевого розвитку та безпліддя.

Одним із найнебезпечніших ксеноестрогенів вважається діоксин. Небезпечним для життя він виявляється навіть у мінімальній кількості. Його пов'язують з такими захворюваннями, як рак передміхурової залози та яєчок, репродуктивна дисфункція, атрофія яєчок, вроджені аномалії розвитку статевої системи, нейротоксичність. Особливо небезпечний для осіб чоловічої статі. Накопичена протягом життя доза діоксину в організмі чоловіка в 34 рази вища, ніж у жінок, а період його напіввиведення у них складає 24 роки (у жінок – 12 років). Одним із пояснень цього факту є те, що особливо легко вражається саме Y-хромосома.

Таким чином, якщо чоловік піклується про своє репродуктивне здоров'я, він повинен змінити спосіб життя, зменшити використання синтетичних засобів – пластику та хімікатів. Слід споживати в їжу якісні та очищені продукти, при виготовленні або вирощуванні яких не застосовуються хімічні речовини та намагатися вести здоровий спосіб життя.

Тарабанчук В.В.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАНКРЕАТОГЕННИХ АБСЦЕСІВ САЛЬНИКОВОЇ СУМКИ

Кафедра хірургії

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

Не зважаючи на вагомий процес у вивченні різних аспектів гострого панкреатиту, питання його діагностики, лікування та профілактики розвитку ускладнень не втрачають медичного та соціального значення. Високі показники летальності, яка при панкреонекрозі складає 24-92%, зважаючи на значну частоту його розвитку, ставлять некротичний панкреатит у ряд найбільш актуальних проблем сучасної медицини.

Проведено аналіз результатів лікування 48 хворих на гострий інфікований некротичний панкреатит, перебіг якого ускладнився формуванням абсцесів сальникової сумки.

При зверненні за медичною допомогою у хворих відмічались характерні клінічні ознаками гострого деструктивного панкреатиту, серед яких найвище прогностичне значення щодо подальшого формування панкреатогенного абсцесу чепцевої сумки згідно частоти виявлення мали: об'єктивні ознаки парапанкреатичного інфільтрату – 37 хворих (77,1%) та виражені прояви ендогенної інтоксикації 44 (93,8%) хворих.

За даними КТ з 3D-площинною реконструкцією у 40 (83,3%) хворих на момент госпіталізації виявлено субтотальне некротичне ураження підшлункової залози, а у 8 (16,7 %) – тотальне. При цьому відмічались інфільтрація парапанкреатичних тканин, набряк підшлункової залози та ознаки її некротичного ураження, об'єм якого складав від 60 до 90 %. У 31 (83,8%) хворого на момент госпіталізації в чепцевій сумці у проекції головки тіла чи хвоста підшлункової залози виявлено рідинні утворення, що можна вважати ймовірною ранньою ознакою розвитку панкреатогенного абсцесу чепцевої сумки. Разом з тим, на УЗД рідинні утворення чепцевої сумки на момент госпіталізації виявлено тільки у 28 (58,3%) пацієнтів. Така розбіжність діагностичної цінності КТ та УЗД, ймовірно зумовлена, обмеженою ультразвуковою візуалізацією тканин чепцевої сумки.

Діагноз панкреатогенного абсцесу чепцевої сумки встановлювався у процесі динамічного клініко-лабораторно-інструментального спостереження. При цьому, у 38 (79,2%) ознаки абсцедування виявлені у проміжку від 16 до 30 доби з часу виникнення захворювання, у 6 (12,5%) – на 10-12 добу, у 4-ох (8,3%) – на 3-ю добу. Найбільш інформативними діагностичними критеріями наявності панкреатогенного абсцесу чепцевої сумки служили: тривалість захворювання понад 10 днів (91,6%), гіпертермія гектичного характеру (81,3%);



анемія (72,9,9%), лейкоцитоз з вираженим зсувом лейкоцитарної формули вліво (85,4%), підвищення рівня креатиніну та сечовини (89,5%); наявність на КТ та УЗД ознак деструктивного ураження підшлункової залози, відмежованого рідинного утворення чепцевої сумки, з підвищеною ехохілністю; етіологічно значима концентрація мікроорганізмів у пункційній рідині.

Усім хворим при встановленні діагнозу панкреатогенного абсцесу чепцевої сумки проводились оперативні втручання. При цьому слід зазначити, що за умов наявності поширеного некротичного ураження тканин підшлункової залози на фоні наявності абсцесу чепцевої сумки великих розмірів перевагу, на нашу думку, слід надавати відкритим оперативним втручанням. При цьому доцільним є застосування мінітравматичних проекційних оперативних доступів до чепцевої сумки з урахуванням топографо-анатомічних особливостей локалізації абсцесу згідно даних КТ та УЗД.

Використання такої хірургічної тактики створює оптимальні можливості повноцінного розкриття абсцесу, адекватної санації його порожнини з візуально контрольованим видаленням некротичних тканин, а також забезпечує умови для ефективного дренивання чепцевої сумки та пролонгованого місцевого антибактеріального та антиферментного впливу на її тканини після у післяопераційному періоді.

З метою підвищення ефективності лікування хворих на панкреатогенні абсцеси чепцевої сумки нами розроблено нові підходи до її дренивання та пролонгованої санації, шляхом використання спеціальних дренажних пристроїв та методів місцевого сорбційного антибактеріального та антиферментного впливу впливу: пристрій для антибактеріального та детоксикаційного лікування гнійно-деструктивних процесів в очеревинній порожнині (деклараційний патент на винахід № 52878 А), спосіб лікування деструктивних форм гострого панкреатиту (патент на корисну модель № 30930 UA), спосіб марсупіалізації чепцевої сумки при деструктивних формах гострого панкреатиту (патент на корисну модель № 28280 UA), спосіб дренивання чепцевої сумки при гострому панкреатиті (патент на корисну модель № 38002 UA). Використання такого комплексу дає змогу не тільки активно елімінувати мікроорганізми, токсини та некротичні тканини, а й нейтралізувати пошкоджувальну дію панкреатичних ферментів, що призводить до більш швидкої ліквідації запального процесу у чепцевій сумці.

Клінічне застосування розроблених методів лікування панкреатогенних абсцесів чепцевої сумки дало змогу прискорити терміни нормалізації температури тіла та лейкоцитарної формули на $6,07 \pm 0,34$ та $7,35 \pm 0,51$ днів відповідно ($P < 0,05$), скоротити тривалість стаціонарного лікування на $8,85 \pm 0,71$ ліжко-днів ($P < 0,05$).

При аналізі величини показників летальності виявлено залежність вказаного показника від термінів проведення оперативного втручання, який визначався у кожного конкретного хворого індивідуально. Летальність у групі хворих, яким оперативне втручання проводилось з 16-ої по 30-у з часу виникнення захворювання, складала 16,7%, на 10-12-у добу – 17,0%, на 3-ю добу – 54,2%. Останню групу склали пацієнти з тотальним панкреонекрозом, ускладненим формуванням абсцесу чепцевої сумки та прогресуючим розповсюдженим панкреатогенним перитонітом.

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

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЗМІН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти,
Кафедра загальної хірургії**

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

Абдомінальний сепсис (АС), як правило процес гострий і супроводжується шоковим чи передшоковим станом хворого, одними із ознак якого є тахіпное та органна чи поліорганна дисфункція. Водночас, враховуючи тяжкість стану таких хворих поглиблених досліджень функціонального стану дихальної системи при АС недостатньо.

Мета дослідження – встановити порушення функціонального стану дихальної системи у хворих на абдомінальний сепсис.

Обстеженню підлягали 7 хворих на АС (I група), 9 хворих після планових оперативних втручань з приводу неускладнених кил передньої стінки живота та вариконо розширених вен нижніх кінцівок (II група). Контрольну групу (III група) формували 12 здоровий та практично здоровий волонтер. Дослідження та оцінка функції зовнішнього дихання (ФЗД) проводились при виконанні стандартних дихальних маневрів на портативному комп'ютерному спірографі та отриманні інтегральних показників за якими характеризували анатомо-фізіологічні властивості апарату вентиляції, виявляли порушення механіки дихання, диференціювали рестриктивні та обструктивні синдроми.

Належні розрахункові показники в усіх групах відрізняються невірогідно ($p > 0,05$) та відповідають віковим та статевим нормам. Показник фактичної життєвої ємності легень був різко зниженим у хворих II-ї дослідної групи, але у хворих на АС він був знижений майже втричі у порівнянні з контролем, ледве досягаючи 38,2% від розрахованого нормативного показника.

Форсована ЖЄЛ була також найнижчою у I-й групі, більш ніж удвічі менше показника II-ї групи. Різко знизилась сила м'язового апарату, що приймає участь в акті дихання, зменшилась екскурсія легень, погіршилась прохідність бронхіального дерева на усіх рівнях. Практично всі показники функціонального стану