

**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



Існують цілий ряд хірургічних способів спрямованих на запобігання розвитку внутрішньочеревної гіпертензії (ВЧГ) в ранньому післяопераційному періоді. Це через зондова декомпресія шлунково-кишкового тракту (ШКТ), виконання фасціотомії, зшивання тільки країв шкіри лапаротомної рани, накладання лапаростоми тощо. Проте ці способи мають різну ефективність, небезпечні розвитком післяопераційних ускладнень та не завжди можливо адекватно визначити покази до їх застосування, оскільки потрібно ще враховувати фактори, які знижують рівень ВЧГ. Клінічне вивчення можливого позитивного впливу видаленої частини шлунково-кишкового тракту на величину ВЧГ дасть змогу більш об'єктивно визначити покази щодо застосування різних методів спрямованих на запобігання розвитку ВЧГ в ранньому післяопераційному періоді.

Обстежено 59 хворих на гостру кишкову непрохідність. Групу порівняння склали 26 осіб, яким відновлення прохідності ШКТ виконано без його резекції (вісцероліз, інтестиноплекція). Основну групу склали 33 пацієнти, яким проведено резекцію тонкої або товстої кишки з накладанням анастомозу. Вимірювання ВЧГ здійснювали через сечовий міхур, згідно із рекомендаціями Всесвітнього товариства з вивчення синдрому абдомінальної компресії.

Статистично доведено, що виконання резекції тонкої або товстої кишки приводить до вірогідного зниження рівня ВЧГ, величина якого безпосередньо залежить від об'єму видалених тканин та відділу ШКТ. Після виконання резекції тонкої кишки відсутні випадки ВЧГ III-IV ступенів, а також спостерігається вірогідне переважання кількості пацієнтів без ВЧГ та із ВЧГ I ступеня.

Виконання резекції тонкої або товстої кишки призводить до зниження рівня ВЧГ, величина якого безпосередньо залежить від довжини видаленої кишкової трубки та відділу ШКТ. Після виконання резекції тонкої кишки, відмічається вірогідне переважання кількості осіб без ВЧГ, а також відсутні випадки ВЧГ III-IV ступенів.

Бродовський С.П., Козловська І.М. НОВИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ АНАЛЬНОЇ ТРІЩИНИ

Кафедра хірургії

Буковинський державний медичний університет

Анальна тріщина – одне з найбільш поширених захворювань прямої кишки, тому останнім часом вони і привертають до себе все більшу увагу багатьох клініцистів в усьому світі. На їх долю припадає 11-15% всієї колопроктологічної патології та шосте місце (5-7%) серед чинників госпітальної проктологічної захворюваності. У структурі захворювань прямої кишки дана патологія посідає третє місце після геморою та парапроктиту. Загалом захворюваність становить 20-23 на 1000 дорослого населення. Слід відмітити, що більшість хворих – люди працездатного віку (25-65 років), переважно жінки (60-70%). Також останнім часом відзначають тенденцію до появи анальних тріщин в осіб молодого та середнього віку.

З огляду на патогенез та клінічну картину анальних тріщин, їх лікування повинно бути спрямоване, в першу чергу, на усунення болю, пов'язаного з актом дефекації, та спазму анального сфінктера, а в подальшому – на нормалізацію стільця та загоєння самої тріщини, ліквідацію ректальної кровотечі. Разом з тим, до теперішнього часу не вирішено питання пріоритетності консервативного чи хірургічного лікування хворих з анальними тріщинами. Деякі автори, не дивлячись на досить низьку ефективність стандартної консервативної терапії (43 – 54%), надають перевагу консервативному лікуванню. На сьогоднішній час методом вибору вважається хірургічне лікування, найбільш вживаними методами якого є дозована сфінктеротомія та висічення самої тріщини. Проте, не дивлячись на різноманітність методів оперативного лікування, всі вони не забезпечують достатнього радикалізму, про що свідчить наявність як ранніх так і пізніх післяопераційних ускладнень (30 – 35%).

Недосконалість технологій лікування анальних тріщин обумовлює необхідність вдосконалення традиційних методик та пошуку нових методів хірургічного лікування.

У зв'язку з цим, метою нашої роботи було удосконалення хірургічного лікування хворих із хронічними тріщинами прямої кишки та їх наслідками, зменшення ризику виникнення як ранніх, так і пізніх післяопераційних ускладнень.

В клінічних умовах обстежено 46 пацієнтів, що лікувалися з приводу хронічних анальних тріщин. Усі пацієнти були поділені на 2 групи. Групи були однотипними за віком та статтю, тривалістю захворювання. Середній вік обстежених хворих становив $38,9 \pm 1,90$ року. До I групи ввійшли 24 пацієнти, оперовані за оригінальною методикою, використовуючи радіохірургічний апарат Сургітрон. Також їм була виконана латеральна підшкірна закрита сфінктеротомія. У II групі, яка була контрольною і становила 22 чоловік, застосовували загальноприйняті методи лікування хронічних анальних тріщин.

Встановлено, що використання запропонованого способу хірургічного лікування хронічних анальних тріщин має ряд переваг, що вигідно відрізняють його від запропонованих раніше. При цьому застосовується атравматична методика розрізу і коагуляції м'яких тканин без післяопераційного болю та ураження тканин. Він проводиться без тиску, зводячи до мінімуму механічні та термічні uszkodження. Біль, опік і запалення, характерні для впливу скальпелем і електрокоагулятором, в даному випадку відсутні. Немає значних раневих виділень, а в післяопераційному періоді загоєння проходить під плівкою, яка відділяється на 7- 8 добу, загоєння відбувається швидко, без післяопераційного болю та рубцювання - традиційного результату мануального розрізу. Радіохвильова хірургія - це унікальний безконтактний



метод розрізу і коагуляції м'яких тканин за допомогою радіохвиль високої частоти (3,8 - 4,0 МГц). Розсікаючий ефект досягається за рахунок тепла, що виділяється при опорі тканин проникненню в них спрямованих високочастотних хвиль.

Кількість післяопераційних ускладнень зменшилась на $18 \pm 0,3\%$ порівняно з контрольною групою, де використовували методи хірургічного лікування хронічних тріщин прямої кишки згідно протоколу. Рецидивів захворювання у основній групі не спостерігалось. Середній післяопераційний ліжко-день зменшився на 2,9% в порівнянні з аналогічною групою, оперованих по загальноприйнятій методиці.

Перевагами методу є простота виконання в різних відділеннях хірургічного профілю, відсутність протипоказань, запобігання розвитку післяопераційних ускладнень, аналгезія та гемостаз безпосередньо під час виконання оперативного втручання, атравматичність виконуваної процедури. Нетривала за часом процедура не вимагає анестезії і не має побічних ефектів, методика радіохвильового впливу не веде до ускладнень і ефективно усуває больовий синдром. Завдяки енергії радіохвиль апарат «Сургітрон» безконтактно і максимально неінвазивно впливає на м'які тканини, тим самим забезпечуючи мінімальну травматичність процедури і прискорюючи процеси загоєння.

Отже, впровадження в практику нового радіохвильового методу хірургічного лікування хронічних анальних тріщин дозволяє скоротити терміни непрацездатності хворих, покращити результати оперативного лікування, зменшити час стаціонарного перебування та кількість післяопераційних ускладнень.

Васюк В.Л., Кваснюк Д.І., Кваснюк І.Д. МЕДИЧНА ІНФОРМАТИВНІСТЬ ОПТИКО-ЛАЗЕРНИХ МЕТОДИК У ДІАГНОСТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ АРТРИТІВ

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії

Буковинський державний медичний університет

Застосовано оптико-лазерні методики для диференційної діагностики реактивного синовіту при деформівному гонартрозі II-III ст., септичного артрити та післяопераційних артритів.

Мета роботи - покращити диференційну діагностику змін синовіальної рідини людини застосовувавши метод лазерної багатопараметричної поляриметрії, фазометрії та спектрофотополариметрії мікроскопічних зображень плівок синовіальної.

В дослідженні взяли участь 85 пацієнтів у віці від 18 до 86 років, з них 37 жінок та 48 чоловіків яких було розділено на 3 групи. Синовіальну рідину забирали шляхом пункції верхнього завороту колінного суглобу до початку лікування, після чого 1 мл використовували для приготування мазка.

Дослідження плівок синовіальної рідини вищеописаними методами проводилось в схемі Стокс-полариметра, фазометра пучком гелій-неонового лазера довжиною хвилі 0,6328 мкм, потужністю 5 мВт та подальшої цифрової обробки отриманих даних. Середня тривалість окремого оптико-лазерного дослідження мазка синовіальної рідини для одного пацієнта 1,5 – 2 год. Медичну інформативність методів демонстрували шляхом визначення чутливості та специфічності для окремо взятої методики та групи пацієнтів.

Отримані результати вказують, що найбільшу чутливість і специфічність демонструє метод спектрополариметрії де відповідно чутливість становить 92 – 93% та специфічність методу 82 – 86%. Чутливість методу фазометрії лазерних мікроскопічних зображень складає 82 – 83%, а специфічність 73 – 76%. Метод Стокс-полариметрії загалом демонструє найнижчі показники чутливості (43-56%) та специфічності (38 – 46%), але є базовим для проведення фазометричних та спектрополариметричних досліджень.

Комплексне застосування оптико-лазерних методик дослідження мікроскопічних зображень плівок синовіальної рідини поряд із загальноприйнятими методами обстеження дозволяє значно прискорити об'єктивну діагностику та диференціацію патологічних станів суглобів.

Васюк С.В., Васильчишин Я.М., Васюк В.Л., Ковальчук П.Є. ЛІКУВАННЯ ПЕРИПРОТЕЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ КУЛЬШОВОГО ТА КОЛІННОГО СУГЛОБІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ЦЕМЕНТНО-АНТИБІОТИКОВИХ СПЕЙСЕРІВ

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії

Буковинський державний медичний університет

За період розвитку ендопротезування дані про відсоток нагноєнь суттєво коливались – від 0,2 до 58,5% (Сіваш К.М. з співавт., 1973; J. Charnley et al., 1969; J.E. Phillips., 2006). У сучасних публікаціях найчастіше наводяться відсотки гнійних ускладнень в межах 0,8 – 4,0 (Колов Г.Б., Грицай М.П., 2008). Лікування перипротезної інфекції (ППІ) кульшового та колінного суглобів вимагає більше часу в операційній та в стаціонарі ніж ревізійне ендопротезування неінфікованих суглобів, потребує більших матеріальних затрат, має більший ризик невдачі. Задача лікування полягає в ерадикації інфекції та отриманні неболючого функціонально придатного суглоба.

Метою роботи є покращення результатів лікування пацієнтів з перипротезною інфекцією кульшового та колінного суглобів.

Нами застосоване двоетапне ревізійне ендопротезування, вперше описане Insall, яке лишається найуспішнішою технологією лікування ППІ суглобів з частотою успішної ерадикації інфекції 91%. На



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.

Загальновізвано, 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 грижових 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 грижових 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 сьогодні 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 грижового 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 ретромускулярне 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.