

**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



за даними гостроти зору та товщини макулярної зони сітківки спостерігався в ранні періоди спостереження (1, 3 місяці) у хворих, яким раніше була виконана панретинальна лазеркоагуляція.

Кнут Р.П., Сидорчук Р.І., Воляннюк П.М.

ОСОБЛИВОСТІ ІНКОРПОРАЦІЇ АЛОТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ПЛАСТИЦІ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Кафедра загальної хірургії

Буковинський державний медичний університет

Упродовж останніх років все частіше постає питання застосування альтернативних методів фіксації алотрансплантата при виконанні пластики гриж передньої черевної стінки, оскільки використання проленових лігатур призводить до додаткової травматизації тканин та нервових волокон в ділянці пластики, що може в свою чергу призвести до виникнення ускладнень післяопераційного періоду.

Мета - дослідити інкорпорацію алотрансплантата для подальшої розробки більш ефективних методів хірургічного лікування гриж передньої черевної стінки. Встановити терміни проростання алотрансплантата фібриновими та колагеновими волокнами.

Дослідження носить експериментальний характер. Матеріалом дослідження стали 26 білих шурів лінії Wistar, яким у м'язи передньої черевної стінки було імплантовано проленові алотрансплантати розмірами 0,5×0,5 см. Забір матеріалу для гістологічного дослідження проводили шляхом біопсії ділянки м'язів із імплантованим алотрансплантатом через 1, 3, 5, 7 та 10 діб з моменту моделювання експерименту. Зрізи товщиною 3-5 мкм фарбували за стандартними методиками. Дослідження проводили при збільшенні ×100 із застосуванням описової методики виявлення змін.

Результати проведеного дослідження свідчать, що упродовж перших чотирьох діб з моменту моделювання експерименту фіксація алотрансплантата відбувалася переважно за рахунок фібринових волокон. При взятті біопсії у цей період алотрансплантат легко зміщувався. Починаючи з 5 доби з моменту моделювання експерименту у біоптатах тканин відмічалася переважання колагенових волокон. При взятті біопсії алотрансплантат був фіксований до тканин ложа і не зміщувався.

Таким чином, впродовж перших чотирьох діб з моменту операції фіксація алотрансплантата є недостатньо ефективною, що може спричинити його зміщення або скручування та призвести до виникнення рецидиву грижі, в зв'язку з чим, доцільним є застосування хірургічних клеїв (зокрема, фібринового та альбумінового) для його фіксації та попередження виникнення ускладнень післяопераційного періоду.

Ковальчук П.Є., Гасько М.В., Тулюлюк С.В.

ПЕРЕЛОМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ, ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ В УМОВАХ ЙОД-СЕЛЕНОДИФИЦИТНОГО РЕГІОНУ

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії

Буковинський державний медичний університет

Селен, як найбільш суперечливий мікроелемент має дуже вузький діапазон між есенціальною дозою і токсичною. Незамінність елементу було встановлено лише 1957 року. У 1973 р. було відкрито глутатіонпероксидазу — специфічний селенопротеїн, і лише через тридцять років — інші селенпротеїни. Тоді прийшло розуміння ролі селену у харчуванні та здоров'ї. Це можна вважати справжньою селеновою революцією, яка породила безліч гіпотез і стимулювала нові дослідження й практичне застосування його у медицині. Фізіологічна потреба у селені становить 70 мкг для дорослих чоловіків та 55 мкг для жінок. Під час вагітності та лактації потрібен більш високий рівень до 200 мкг.

На теперішній час заслуговує на увагу припущення стосовно того, що дефіцит селену є одним з чинників розвитку та прогресування тиреопатій. Практично усі континентальні держави, до яких належить і Україна, є селенодефіцитними. Особливо мало Se в ґрунтах і рослинах Вінницької, Волинської, Київської, Луганської, Одеської, Полтавської, Тернопільської, Хмельницької, Чернівецької, Харківської, Чернігівської, Сумської областей і в Криму. ЩЗ має особливо високу потребу в селені і належить до органів із найвищим рівнем цього елементу на 1 г тканини. Селен, як і йод, є необхідним для нормальної тиреоїдної функції, тиреоїдного гомеостазу. Встановлено, що всі три дейодинази, які конвертують T4 у T3, вміщують селеноцистеїн. Це демонструє, що наскільки продукції активного тиреоїдного гормону залежать від селен-статусу. Селеномісні йодтироксиндейодинази (Ds) присутні у більшості тканин і забезпечують механізм регуляції активації тиреоїдних гормонів. Гормони щитовидної залози стимулюють як формування КТ, так і її резорбцію.

Проблема загоєння переломів кісток є однією з актуальних в травматології. Одним з підходів до її вирішення є вивчення факторів, що впливають на остеогенез.

В основу даного дослідження покладено аналіз результатів хірургічного лікування 28 пацієнтів у віці від 40 до 75 років із закритими переломами шийки стегнової кістки (ПШСК), що знаходилися на лікуванні з 2011 по 2012 рік в травматологічному відділенні для дорослих ЛШМД м. Чернівці, де їм був проведений остеосинтез шийки стегнової кістки. 28 (100%) пацієнтів з верифікованим у анамнезі гіпотиреозом та ймовірним вторинним остеопорозом. З метою діагностики вторинного остеопорозу, всім пацієнтам була проведена рентгенівська денситометрія (DEXA). На підставі даних денситометрії у 27



(96,4%) хворих мінеральна щільність кісткової тканини в шийці стегнової кістки і поперекових хребців (L1-L4) відповідала остеопорозу, а у 1 (3,6%) - остеопенії. Нормальна пікова кісткова маса (Т-критерій) в одиницях стандартних відхилень (SD) у пацієнтів з остеопорозом була <-2,5 SD, у пацієнтів з остеопенією в межах від -1 до -2,5 SD.

Відповідно до класифікації Garden переломів I типу відзначено 3 (10,7%), II типу - 2 (7,1%), III типу - 16 (57,1%), IV типу - 7 (24,9%). Таким чином, більшість (82%) склали пацієнти з переломами III і IV типів, що супроводжуються розладами кровообігу в голівці стегнової кістки і які є прогностично несприятливими.

Остеосинтез виконувався фіксаторами: трьома канюльованими спонгіозний гвинтами діаметром 6,5 мм – 16 (57,1%) пацієнтів, динамічним стегновим гвинтом (DHS) - 5 (17,8%) пацієнтів; трьома неканюльованими спонгіозними гвинтами діаметром 6,5 мм – 2 (7,1%); трилопатеvim цв'яхом з діафізарною накладкою – 4 (14,2%) і без діафізарної накладки – 1 (3,5%) пацієнт. У групі досліджуваних хворих 3 (10,7%) осіб були прооперовані в термін до 24 годин після отримання травми, 13 (46,4%) осіб прооперовані на 2-5 добу, 11 (39,2%) пацієнтам операція проведена на 6-12 добу і 1 (3,5%) хворим операція зроблена в термін більше 12 діб. Мінімальний час з моменту отримання травми до операції склало 21 годину, максимальне - 16 діб, середній ліжко-день до операції склав $5,86 \pm 1,63$ днів.

Результати остеосинтезу в терміни від 1 до 1,5 років нами вивчені у 28 (100%) пацієнтів. Зрощення перелому без ускладнень відмічено у 16 (57,1%) оперованих хворих. У 12 прооперованих остеосинтез був проведений трьома спонгіозними канюльованими гвинтами - 75% від числа пацієнтів, у яких застосовувався даний фіксатор, при використанні DHS переломи зрослися у 2 осіб (40%), великими спонгіозними гвинтами - консолидація наступила у 2 (100%) пацієнтів. У пацієнтів, яким остеосинтез був зроблений трилопатеvim цв'яхом з діафізарною накладкою і без неї, зрощення не спостерігалось. Середні строки зрощення у пацієнтів до 50 років були 24,6 \pm 1,8 тижнів, у віці 51-60 років - 25,3 \pm 1,8 тижнів, 60-77 років - 25,1 \pm 2,5 тижнів. Ускладнення виявлено у 12 хворих (42,9%). Незрощення з остеолізом головки відзначені у 4 (25%) пацієнтів, з них у 1 остеосинтез був виконаний канюльованими гвинтами, у 2 - трилопатеvim цв'яхом з діафізарною накладкою, у 1 - трилопатеvim цв'яхом. Асептичні некрози з розвитком важкого посттравматичного артрозу - у 4 (14,2%) пацієнтів, з них у 3 пацієнтів остеосинтез був виконаний DHS, а у 1 (67,5%) - канюльованими гвинтами.

Отже одною з основних причин ПШСК у пацієнтів в умовах йод-селенодефіцитного регіону є вторинний остеопороз. Без адекватної медикаментозної терапії остеопорозу він може погіршити результати хірургічного лікування та сповільнювати терміни консолидації.

Козловська І.М., Іфтодій А.Г., Білик О.В.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ТРІЩИН ПРЯМОЇ КИШКИ

Кафедра хірургії та урології

Буковинський державний медичний університет

Лікування хронічних анальних тріщин має багатовікову історію й досі залишається актуальною та складною проблемою сучасної проктології. Хворі з хронічними тріщинами прямої кишки складають 5–10% пацієнтів стаціонарів спеціалізованих проктологічних відділень. Хронічна анальна тріщина проявляється вираженим больовим синдромом, затяжним перебігом з частими рецидивами і найчастіше зустрічається у людей працездатного віку, що має вагоме соціальне значення.

Широка розповсюдженість даної патології та актуальність проблеми привели до появи великої кількості різноманітних методів лікування. Так W.P. Mazier нарахував більше 30 комбінацій хірургічного лікування анальних тріщин. Однак далеко не в усіх випадках ці методи мали патогенетичне підґрунтя, чим і пояснюється висока частота незадовільних наслідків лікування (від 15 до 48%).

Необхідно відмітити, що віддалених позитивних результатів можна добитися тільки при комплексному патогенетично обґрунтованому лікуванні. У даний час провідною патогенетичною ланкою виникнення хронічних анальних тріщин прийнято вважати дисфункцію анального каналу, що проявляється підвищенням тону внутрішнього анального сфінктера, а також наявність больового синдрому та ішемії анодерми. Вище зазначене вказує на недостатню вивченість проблеми, пов'язаної як з хірургічним, так і з медикаментозним лікуванням пацієнтів з хронічними анальними тріщинами.

Мета - удосконалення хірургічного лікування хворих із хронічними тріщинами прямої кишки та їх наслідками, зменшення ризику виникнення як ранніх, так і пізніх післяопераційних ускладнень; покращити результати консервативного та операційного лікування хронічних анальних тріщин шляхом розробки та впровадження в практичне використання техніки етіопатогенетично обґрунтованого внутрішньотканинного електрофорезу.

Проведено обстеження та анкетування 54 пацієнтів, що лікувалися з приводу хронічних ускладнених анальних тріщин. Усі пацієнти були поділені на 2 групи. До I групи увійшли 26 чоловік, оперованих за методикою кафедри, у комплексне лікування яких було включено поєднане застосування електричного поля постійного струму та етіопатогенетично обґрунтованих лікарських засобів. У II групі, яка була контрольною і становила 28 чоловік, застосовували загальноприйняті методи лікування хронічних ускладнених анальних тріщин. Групи були однотипними за віком та статтю, тривалістю захворювання. Середній вік обстежених хворих становив $42,07 \pm 1,80$ року.