**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**
**БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

# М А Т Е Р І А Л И
## 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 – ї 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 – ї 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. Іващук 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 Тащук 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

черевній порожнині. Критерієм тяжкості АС була наявність чотирьох симптомів SIRS (systemic inflammatory response syndrome). Усі хворі отримували уніфіковане лікування, що полягало в передопераційній підготовці, обов'язковому оперативному втручанні, та комплексі післяопераційного лікування. Визначення розчинних комплексівфібрин-мономіру (РКФМ) у сироватці крові здійснювалося за допомогою наборів реактивів фірми SimkoLtd (Україна).

Аналіз отриманих даних підтвердив припущення про зміни в системі гемостазу при АС. У хворих дослідної та контрольної груп на першу добу після операції рівні РКФМ були вищими, ніж у доопераційному періоді групи контролю.

При цьому у пацієнтів контрольної групи концентрація РКФМ у крові підвищувалась в 2,53 рази, у пацієнтів з АС – у 24,67 рази відповідно. Також спостерігалась тенденція до зниження показників у динаміці, у формі гіперболічної кривої. Так, у контролі вірогідне зниження цього показника відносно першої післяопераційної доби спостерігалося вже на третю добу після операції і зберігалося аж до виписки пацієнтів із стаціонару. Для дослідної групи характерна динаміка зниження показників у часі не настільки значна, крива графіку має менш вигнуті обриси.

В усі дні спостережень показники дослідної групи значно перевищували аналогічний групи контролю. Перевірка наукової гіпотези про порушення системи гемостазу за АС потребує подальших досліджень.

**Sydorchuk R.I., Sydorchuk L.P.***

## PRE-PLANNED PREOPERATIVE ADAPTATION MECHANISM

*Department of General Surgery,*
*Family Medicine Department**
*Bucovinian State Medical University*

The understanding of operation as classical stress factor is evenly coming from early 60th. Operational injury comes in so many variegated forms that it is no small wonder that response to injury may also be quite variable. There are, however, several non-specific immune, endocrine, metabolic and neural changes that are common to many kinds of injuries. Actually, there is no hesitation of the central and intrinsic nervous systems role in development of various stress reactions during and after operation. Many methods are currently used in order to stimulate patients preoperative adaptation, including medications, psycho- and physiotherapy.

The aim of our study was to define the influence of the special controlled breathing exercises (SCBE) on the human adaptation mechanisms.

While main stress adaptation mechanisms are common and non-specific it was possible to use the Physical Working Capacity test ($PWC_{170}$) as a stress model. 48 healthy and practically healthy persons (mean age 23.15 ± 1.23 yrs) underwent submaximal $PWC_{170}$ on the background of the SCBE. SCBE were administered individually, depending on the basic sympathetic and parasympathetic nervous systems balance and basic functional state of the main organisms systems (pulmonary, cardiovascular, nervous). The acquired adaptation reactions were determined by means of analyzing the blood cells formula before and after the stress underwention ($PWC_{170}$). Optionally certain adaptation reactions were defined. After the stress factor ($PWC_{170}$) underwention on the background of the SCBE following changes occurred: erythrocytes level grew from 4.11 ± 0.08 $10^{12}$/l to 4.47 ± 0.06 $10^{12}$/l. Hemoglobin level raised from 133.4 ± 1.6 g/l to 142.54 ± 1.36 g/l. Leukocytes, eosinophils and lymphocytes respectively grew from 6.24 ± 0.48 $10^9$/l to 7.46 ± 0.30 $10^9$/l, from 2.15 ± 0.09% to 3.04 ± 0.45%, from 40.28 ± 1.46% to 49.16 ± 1.85%. Lymphocytes/segmentedneutrophils index increased from 0.76 ± 0.08 to 1.08 ± 0.90, whilst monocytes grew from 2.20 ± 0.29% to 2.87 ± 0.38%. Segmented and stab neutrophils levels decreased from 56.33 ± 1.05% to 43.33 ± 1.84% and from 2.48 ± 0.20% to 1.42 ± 0.19% respectively.

After the submaximal load ($pwc_{170}$) combined with scbe in 91.66% of research group reaction of increased adaptation was observed (12.49% more than in control). In 4.17% – reaction of calm activation (12.49% lower than in control) and in 4.17% training reaction was found.

SCBE reliably improve adaptive abilities of the organism and the level of the anaerobic energy producing. This may result in significant increase of non-specific resistance of the pre-surgery patients.

**Сикирицька Т.Б., Тітова Г.К.**

## ВИКОРИСТАННЯ АПАРАТНОГО ЛІКУВАННЯ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ГОСТРОТИ ЗОРУ

*Кафедра офтальмології ім..Б.Л. Радзіховського*
*Буковинський державний медичний університет*

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 когнитивної 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 85 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 виявлені міопічної рефракції та змішаного астигматизму використовували режим «релаксація», а при гіперметропічній рефракції та гіперметропічному астигматизмі – 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.

Одержані та наведені результати є науковим підгрунтям для подальшого вивчення впливу когнітивної модуляції для покращення гостроти зору у дітей, які піддають орган зору інтенсивним навантаженням.

**Соловей Ю.М.**

## СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЕНДОТОКСИКОЗУ ПРИ ПЕРИТОНІТІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти*
*Буковинський державний медичний університет*

Проблема ранньої діагностики ендогенної інтоксикації при перитоніті залишається на сьогоднішній день актуальною, оскільки саме вона визначає перебіг, прогноз та результати його лікування. Тому метою нашої роботи було розробка нового способу ранньої діагностики рівня ендотоксикозу при перитоніті в експерименті. Експериментальні дослідження проведенні на білих нелінійних статевозрілих щурах. Тварин рандомізовано на три дослідні та контрольну групи. Дослідним тваринам перитоніт моделювали за власним методом. Через 12, 24 та 48 год експерименту проводили забір крові. Оцінку ендогенної інтоксикації проводили наступним чином:1-м етапом був - забір крові. 2-й етап полягав у сумісній інкубації в імунологічному планшеті заданих об'ємів клітинної суспензії *Dunaliella viridis* та досліджуваної сироватки крові. На 3-му етапі проводили визначення оптичної густини за допомогою аналізатора імуноферментних реакцій при λ=492 нм. Отриманий показник порівнювали з показником контролю.

Збільшення досліджуваного показника більше ніж на 0,05 свідчило про появу та наростання рівня ендотоксикозу. Внесення до тест- системи *Dunaliella viridis* сироватки крові дослідних тварин призводило до зміни форми, втрати рухливості клітин та утворення їх агрегатів. При визначені оптичної густини досліджуваної сироватки крові встановлено, що розвиток та перебіг експериментального перитоніту супроводжується зростанням показника оптичної густини на 0,05, 0,1 та 0.2 відповідно рівню ендотоксикозу та важкості перебігу перитоніту.

**Степанченко М.С., Федорук О.С.**

## СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ ГОСТРОГО ВТОРИННОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ЩУРІВ

*Кафедра хірургії та урології*
*Буковинський державний медичний університет*

Серед усіх захворювань людини по частоті пієлонефрит займає друге місце після гострих респіраторних захворювань та перше місце серед захворювань нирок Захворюваність на пієлонефрит, особливо гострий, помітно виросла, що зв'язано не тільки з покращенням діагностики цього захворювання, але і зі збільшенням вірулентності мікробів, підвищенням їх стійкості до антибіотиків та інших протимікробних засобів

Не зважаючи на численні дані в літературі, багато аспектів розвитку пієлонефриту залишаються маловідомими та ускладнюють верифікацію діагнозу. Зокрема, маловивченим є функціональний стан ураженої та контрлатеральної нирки у динаміці однобічного запального процесу. Більше того, пошук літератури не виявив жодних методів роздільної реєстрації функціональної здатності кожної нирки в експерименті. Отримання такої інформації допомогло б зрозуміти ключові моменти у діагностиці та лікуванні. Виходячи з цього, ми поставили мету удосконалити вже розроблений нами спосіб моделювання гострого вторинного пієлонефриту у щурів з метою подальшого дослідження функціонального стану кожної нирки окремо.

Дослідження проводилось експериментально на 40 білих щурах Rattus Norwegicus. Для роботи над способом моделювання вторинного пієлонефриту було відібрано щурів середнього віку, обох статей, середня маса – 173,87±14,13г, без ознак присутності хронічної чи гострої патології.

Для індукції пієлонефриту обрано культуру *E.Coli O9* , так як остання займає перше місце по висіванню (у хворих) та спостерігається при обструктивних формах урогенітальної інфекції. Таким чином, використання кишкової палички серовару О9 є найбільш обгрунтованим.

Моделювання пієлонефриту здійснювали наступним чином: тварині внутрішньоочеревинно вводився каліпсол із розрахунку 0,3-0,5мл/100г маси тварини. Через 10-15 хв після повного засинання щура проводилась обробка шкіри розчином йоду. Далі проводився косий розріз шкіри в нижній частині живота під кутом 45° до серединної лінії, від проекції сечового міхура косо вверх, довжиною 2,5-3 см. Виводились петлі кишок в рану, оголювалась нижня третина сечоводу та сечовий міхур. В ділянці розгалуження сечоводів в один із них за допомогою інсулінового шприця вводили рідку культуру E.Coli штаму О9 із розрахунку 0,1мл/100г маси тварини, здійснюючи косий прокол та занурюючи в порожнину знизу вверх. Таким чином скорочення м'язових волокон стінки сечоводу реалізовувало локально додатковий компонент стенозу просвіту. Далі з використанням шовного матеріалу ETHICON® Vicryl® розміру 2-0 на атравматичній голці проводилось прошивання стінки однобічної сторони порожнього сечового міхура та лігувався сечовід на відповідному відрізку, при цьому між сечоводом та сечовим міхуром вставлявся валик діаметром 3-4мм на момент перев'язки, що потім виймався.

Удосконалення способу моделювання гострого вторинного пієлонефриту у щурів полягало у наступному: після проведення вищеописаного операційного прийому, на один із сечоводів накладалася лігатура у його верхній третині, таким чином щоб не перекрити його просвіту; з останньої формували простий вузол (напіввузол), не затягуючи його; вільні кінці ниток, надягнувши на колючу голку, виводили крізь очеревину та м'язовий шар під шкіру з відповідного боку; виведені два вільні кінці нитки зав'язували у вузол, затягуючи на затискачі, таким чином, щоб залишити нитку у черевній порожнині не натягнутою; вільні кінці зрізалися на відстані 3 см від вузла та залишалися під шкірою; рану ушивали пошарово.

Лігатура сечоводу, що залишається незатягнутою в черевній порожнині, проте фіксованою під шкірою, не становить перешкоди вільному відтоку сечі. Виведення та фіксація такої лігатури на шкірі створює ризик впливу на неї з боку щура, та порушує чистоту експерименту. З іншого боку, ця лігатура може бути затягнутою в будь-який потрібний дослідникові час із перекриттям відтоку сечі з відповідної нирки, уможливлюючи отримання сечі ізольовано із протилежного органу. Затягування лігатури здійснювалось наступним чином: місце проекції затягнутого вузла на шкіру місцево інфільтрувалось лідокаїном; виконували розріз шкіри, довжиною до 1 см; виявлений лігатурний вузол підтягували до повного натягу; петлю розрізали та зав'язували вільні кінці із тугим натягом; рану ушивали.

Таким чином, з метою дослідження функціонального стану кожної нирки окремо, половині щурів накладали вищеописану не натягнуту лігатуру сечоводу з ураженого боку, іншій – із здорового. Сечу отримували після 5% водного навантаження за рутинною методикою. Дані, отримані із обох груп, оброблялися статистично і порівнювалися.

Ми рекомендуємо даний спосіб до використання з метою подальшого дослідження функціонального стану окремо кожної нирки.

### Тарабанчук В.В., Максим'юк В.В.
### НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

*Кафедра хірургії*
*Буковинський державний медичний університет*

Загальновідомо, що запорукою успішного лікування будь-якого захворювання є своєчасно встановлений, правильний діагноз. Важливого значення питання високовірогідної діагностики набувають у невідкладній абдомінальній хірургії, коли виникає необхідність визначення не тільки певної нозологічної форми, але й оцінки можливого характеру морфологічних змін ураженого органу. Особливо актуальним є швидке вирішення вказаного завдання у хворих на гострий панкреатит, вибір лікувальної тактики при якому напряму залежить від характеру патоморфологічних змін у тканинах підшлункової залози. Разом з тим, різноманітність варіантів можливого клінічного перебігу гострого панкреатиту, різний рівень устаткування та лікувального потенціалу медичних закладів створюють ситуацію, при якій інтерпретація одержаних результатів діагностичних досліджень може бути досить варіабельною та неоднозначною. Це робить актуальним пошук нових, інформативних діагностичних параметрів.

У зв'язку з цим, ми задались метою вивчити особливості змін оптичної густини плазми венозної крові у хворих на гострий набряковий панкреатит, на основі чого розробити нові інформативні методи його діагностики.

На клінічній базі кафедри хірургії Буковинського державного медичного університету обстежено 30 здорових донорів та 73 хворих на різні хірургічні захворювання органів черевної порожнини, яких розділяли на 4 групи. Першу групу склали практично здорові донори. До другої та третьої груп увійшли хворі на недеструктивні форми гострого апендициту (19 хворих) та гострого холециститу (17 хворих). Четверту групу склали 37 пацієнтів на гострий набряковий панкреатит.

Окрім обов'язкового комплексу обстежень, у всіх хворих проводили визначення спектрів поглинання плазми венозної крові.

На підставі даних, отриманих при дослідженні спектрів поглинання плазми венозної крові встановлено, що як у донорів, так і у хворих на гострий апендицит, гострий холецистит та гострий панкреатит, максимальне значення оптичної густини плазми (ОГП) має місце на довжині хвилі λ=280 нм. Враховуючи виявлену загальну закономірність характеру змін спектрів поглинання на різних довжинах хвиль у різних групах нами зроблено висновок, що з діагностичною метою найбільш доцільним є





визначення огп саме на довжині хвилі λ=280 нм, оскільки зміни цього показника на вказаній довжині хвилі є найбільш чутливими.

При оцінці кількісних показників встановлено, що у здорових донорів ОГП складала 0,57±0,004 ОД і була вірогідно нижчою (P<0,05) ніж у хворих 2-ої, 3-ьої та 4-ої груп - 0,59±0,006, 0,61±0,004 та 0,64±0,005 ОД відповідно. Враховуючи наведені результати нами зроблено висновок, що характерною зміною кількісного показника ОГП при наявності недеструктивного запального процесу в черевній порожнині є його зростання понад 0,57 од.

У результаті проведення порівняльного аналізу кількісних величин огп між хворими другої, третьої та четвертої груп встановлено, що величина спектру поглинання плазми венозної крові у хворих на гострий панкреатит у середньому складала 0,64±0,005 ОД і була вірогідно вищою (p<0,05), ніж у хворих на гострий апендицит та гострий холецистит – 0,59±0,006 та 0,61±0,004 ОД відповідно. це свідчить про можливість використання оцінки огп для діагностики гострого набрякового панкреатиту.

При визначенні інформативності запропонованого методу діагностики гострого набрякового панкреатиту встановлено, що його діагностична чутливість складає 84,6%, діагностична специфічність – 71,4%, діагностична точність – 81,8%, діагностична ефективність – 78,0%.

Таким чином, проведені дослідження свідчать, що визначення ОГП на довжині хвилі λ=280 нм є інформативним методом діагностики гострого набрякового панкреатиту, який характеризується простотою виконання і може бути рекомендований до широкого клінічного застосування у хірургічних стаціонарах різного рівня.

### Хомко О.Й., Хомко Л.П., Сидорчук Р.І.*, Каратєєва С.Ю.
### КВАНТОВА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОСТТРОМБОФЛЕБІТИЧНИХ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти*
*Кафедра загальної хірургії**
*Буковинський державний медичний університет*

Лікування хворих із посттромбофлебітичними трофічними виразками нижніх кінцівок повинно бути комплексним (медикаментозна терапія, дієто- та фітотерапія, місцеве медикаментозне лікування), але квантовій терапії належить провідна роль. 1-й курс квантової терапії направлений на відновлення кровопостачання ураженої кінцівки, нормалізацію загального стану пацієнта; 2-й курс сприяє нормалізації мікроциркуляції та метаболізму в тканинах у ділянці виразки та трофічних порушень, стимуляції регенерації та епітелізації у виразковому дефекті шкіри. 3-й та наступні курси квантової терапії закріплюють отримані ефекти.

Перед нами постало завдання покращити результати комплексного лікування посттромбофлебітичних трофічних виразок нижніх кінцівок.

Квантову терапію застосовано у комплексному лікуванні 28 хворих з посттромбофлебітичними трофічними виразками нижніх кінцівок. Групу порівняння склали 22 пацієнти із аналогічними трофічними порушеннями.

Методика квантової терапії. 1-й курс - магнітолазеротапія: ПМП 75 мТл, довжина хвилі 0,89 мкм, ІП 4-8 Вт, 41-80 Гц. Поля впливу: підколінна ямка (експозиція 64 с.), пахвинна ділянка (експозиція 128 с.), зона проекції печінки на передній поверхні грудної клітини (128 с.), зона зліва від пупка (64 с.). Починаючи з 5-ї процедури, додають вплив на ділянку трофічних порушень та виразок - сканування протягом 64 с. З 10-ї процедури вплив на ділянку виразки припиняють, а вплив на решту зон продовжується до 12-13 процедур. Після 3-4 тижневої перерви квантову терапію продовжують.

2-й курс проводиться щоденно по тих самих полях, що й у першому курсі, але без магнітотерапії. На зону трофічних порушень та виразок вплив проводиться червоним світлом з довжиною хвилі 0,65 мкм, протягом 128 с. (сканування) впродовж всього курсу лікування (12 процедур). Параметри випромінювання: ІП 4-6 Вт, 41-150 Гц (довжина хвиль 0,89 та 0,65 мкм).

3-й курс квантової терапії проводиться через 4 тижні після закінчення 2-го курсу; проведений аналогічно першому курсу.

Терапевтичний ефект квантової терапії підсилюється при проведенні лазерної рефлексотерапії по зонах базового рецепта (14 випромінювання з довжиною хвилі 1,3 мкм, потужністю 0,35 мВт, модульоване частотою 2 Гц) відразу після лазерної або магнітолазерної терапії. Повторення комплексу терапії доцільно через 6 міс.

Позитивний перебіг хвороби клінічної симптоматики досягнуто у 72% хворих, поліпшення - у 18 %, рецидиви протягом року відмічені у 10% хворих.

### Шеремет М.І.
### ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ХВОРИХ НА ВУЗЛОВІ ФОРМИ ЗОБА

*Кафедра хірургії*
*Буковинський державний медичний університет*

Незважаючи на чисельні дослідження, направлені на діагностику та лікування вузлового зобу, багато принципових питань залишаються без одностайної відповіді. В Україні за рік виконується близько