

**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



Моделювання пієлонефриту здійснювали наступним чином: тварині внутрішньоочередово 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 O9 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 однієї сторони порожнього сечового міхура та лігувався сечовід на відповідному відрізьку, 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 досліднику час із перекриттям відтоку сечі з відповідної нирки, уможливаючи 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, половинні 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 неструктурні 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 $\lambda=280$ 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 $\lambda=280$ нм, оскільки зміни цього показника на вказаній довжині хвилі є найбільш чутливими.

При оцінці кількісних показників встановлено, що у здорових донорів ОГП складала $0,57\pm 0,004$ ОД і була вірогідно нижчою ($P<0,05$) ніж у хворих 2-ої, 3-ої та 4-ої груп - $0,59\pm 0,006$, $0,61\pm 0,004$ та $0,64\pm 0,005$ ОД відповідно. Враховуючи наведені результати нами зроблено висновок, що характерною зміною кількісного показника ОГП при наявності неструктурного 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 $0,64\pm 0,005$ ОД і була вірогідно вищою ($p<0,05$), ніж у хворих на гострий апендицит та гострий холецистит – $0,59\pm 0,006$ та $0,61\pm 0,004$ 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 $\lambda=280$ 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 - магнітолазеротерапія: 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.

Шермет 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 зоба, багато принципів питань залишаються без одностайної відповіді. В Україні за рік виконується близько