

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**100 – ї**

**підсумкової наукової конференції**

**професорсько-викладацького персоналу**

**Вищого державного навчального закладу України**

**«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**11, 13, 18 лютого 2019 року**

**(присвячена 75 - річчю БДМУ)**

**Чернівці – 2019**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний  
університет, 2019



подружніх пар мають проблеми з природним настанням вагітності. Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації урологів (Dohle G. Мужское бесплодие), лабораторне обстеження пацієнта повинно проводитися за методологічними рекомендаціями щодо сперміологічного обстеження від 2010 року. Аналіз еякуляту проводиться із дотриманням певних вимог (згідно з 5 методичними рекомендаціями ВОЗ щодо сперміологічного дослідження). На цей час в Україні відомі різні варіанти сперміологічного дослідження. Використовуються камери Горяєва, Маклера та сперманалізатори. Також оцінка результатів проводиться за різними методологічними рекомендаціями (1990 р., 2000 р. та 2010 р.). Внаслідок такого розмаїття, отримані результати дослідження не завжди легко інтерпретувати.

MAR-тест (Mixed Antiglobulin Reaction) – відсоток сперматозоїдів, які зв'язуються з кульками імуноблоту. За допомогою цього тесту діагностуються імунологічні форми безпліддя. При наявності змін у показниках спермограми рекомендується проведення повторного аналізу приблизно через 6 тижнів. Це роблять для виключення можливості помилки. Одним із сучасних методів дослідження еякуляту є визначення фрагментації ДНК сперматозоїдів. У провідних клініках репродукції людини цей тест виконують обов'язково при проведенні спермограми. Проведення тесту на кріосенсибілізацію сперми. Методика полягає у тому, що порівнюють параметри сперміологічного дослідження до кріоконсервації сперми та після розморозки зразка. Виконання цього тесту є обов'язковим при плануванні кріоконсервації сперми та слугує прогностичним орієнтиром для можливості використання цього зразка у майбутньому. Для виключення наявності інфекційних агентів у спермі можна проводити бактеріологічне дослідження сперми, ІФА та ПЛР на певних збудників. Концентрація бактерій більш, ніж  $10^3$ , є клінічно значимою, що потребує дообстеження та лікування. На цей час дослідження оксидативного стресу має більше теоретичний характер, але в провідних клініках його вже використовують рутинно. Проводиться визначення показників активних форм кисню, продуктів перекисного окиснення ліпідів і білків, а також ферментів антиоксидантної системи організму, які містяться в спермі. При дослідженнях виявляється кореляція між ступенем оксидативного стресу та рівнем фрагментації ДНК сперматозоїдів. Каріотипування – цитогенетичне дослідження з аналізом хромосом культивованих лімфоцитів периферичної крові, яке виявляє кількісні та структурні дефекти хромосом. Вагому роль у гормональній регуляції репродуктивної системи чоловіків відіграють рецептори до гормонів, які розташовані на мембрані клітин. В цей час при дослідженні чутливості андрогенних рецепторів виділяють 3 групи: А (висока чутливість), В (середня) та С (низька).

У тезах наведені основні лабораторні методи, які використовуються для оцінки репродуктивної системи чоловіків. Існує ще багато методик, але вони потребують більш високотехнологічних лабораторних умов і виконуються частіше в науково-дослідних установах.

**Воляннюк П.М.**

## **МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖОВЧНОГО ПЕРИТОНІТУ**

*Кафедра загальної хірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

У сучасній літературі висловлюються різні погляди на дію жовчі в черевній порожнині та на клінічні прояви розвитку патологічного процесу. Окремі автори відмічають повну нешкідливість дії жовчі, інші наголошують на смертельній небезпеці потрапляння жовчі в очеревинну порожнину. Жовчний перитоніт характеризується цілим рядом змін морфологічної структури багатьох органів в умовах гострого запалення очеревини, але наведені дані носять різноманітний характер.

Мета дослідження полягала в вивченні особливостей перебігу патогенезу жовчного перитоніту на макро- та мікроскопічному рівнях.



Досліджено морфологічні зміни органів та структур черевної порожнини та нирок отримані при оперативних втручаннях або *post mortem*.

Встановлено, що розвиток перитоніту біліарного генезу супроводжується гістологічними змінами в структурі товстої та тонкої кишки, печінки, нирок. На гістологічному рівні визначається набряк очеревини, особливо її глибоких шарів, спостерігаються вогнищеві крововиливи. Мезотеліоцити округлюються, більшість з них злуцується. Значно страждає мікроциркуляторне русло очеревини. В капілярах та венулах спостерігаються явища стазу, еритроцитарні агрегати та тромби, а також крайове стояння лейкоцитів, їх сміграція із судин та периваскулярне розташування в вигляді муфт. При гістологічному дослідженні тонкої кишки виявлявся набряк слизової оболонки і підслизової основи за рахунок вираженого повнокрів'я судин. В епітелії ворсинок щіткова кайма контурується не чітко. Зустрічається велика кількість ворсинок з руйнованою верхівкою. Бокаловидні клітини розширені, заповнені секретом. В прозорі кишки багато слизу і злуценого епітелію. Сполучнотканинні волокна всіх шарів кишкової стінки набрякли. На серозній оболонці відмічались нашарування фібрину, злуцнення мезотеліоцитів в вигляді вогнищового враження та масивна лейкоцитарна інфільтрація. Судини серозної оболонки повнокровні, венули розширені, капіляри і артеріоли звужені. В окремих судинах, переважно в венулах, визначались явища стазу з утворенням агрегатів еритроцитів. При мікроскопічному дослідженні тканини печінки, відмічено наявність стромального та паренхіматозного набряку, незначне розширення та повнокрів'я центральних вен та судин триад більшості печінкових дольок, явища дисконкомплексції, ознаки зернистої та вакуольної дистрофії гепатоцитів. Навколо судин триад відмічаються дрібні та середні лімфоїдно-гістіоцитарні інфільтрати. Паренхіма органу повнокровна, визначаються незначні крововиливи в проміжній зоні печінкових дольок та навколо судин триад.

Розвиток гострого жовчного перитоніту характеризується суттєвими змінами макро- та мікроскопічної структури багатьох органів, що, на нашу думку, є морфологічним проявом тих змін гомеостазу, які характеризують цю недугу. Більшість з них, однак, носять неспецифічний, загальний характер і є проявом системної запальної реакції організму.

**Гасько М.В.**

### **ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ**

*Кафедра травматології та ортопедії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Тактика лікування переломів довгих кісток нижніх кінцівок із поєднаною травмою є однією з актуальних проблем травматології і ортопедії. Важкий стан потерпілого при госпіталізації, наявність різномірних пошкоджень не дозволяють в повному обсязі надати спеціалізовану допомогу хворим в першу добу після госпіталізації. Зростання тяжкості пошкодження, високі показники смертності та інвалідності спонукає ортопедів-травматологів удосконалювати тактику лікування та оптимізацію термінів оперативного лікування переломів при поєднаній травмі.

Метою дослідження було удосконалити тактику лікування переломів довгих кісток нижніх кінцівок у хворих із поєднаною травмою.

В травматологічному відділенні для дорослих ЛШМД за період 2013-2017 рр. перебували на лікуванні 43 хворих з переломами довгих кісток нижніх кінцівок, які поєднувались з черепно-мозковою травмою або пошкодженнями внутрішніх органів.

У 20 (46,5%) хворих із пошкодженнями внутрішніх органів, які не потребували термінового оперативного втручання, після проведення протишокових заходів, проводили оперативне лікування переломів. У випадках діафізарних переломів остеосинтез проводили із застосуванням блокуючи інтрамедулярних фіксаторів ChM та Beznosko, внутрішньо суглобових та метадіафізарних переломів – пластинами з кутовою стабільністю.