

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



МАТЕРІАЛИ

97 – й

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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 Кравченко О.В.
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.
доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.
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.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



Досягти стійкого приживлення алоплатів практично неможливо. Лише існує можливість дешо пролонгувати їх перебування на рановій поверхні, тобто відтермінувати їх лізис. Із огляду на це, важливим є підбір донора шкіри. Він повинен мати ту ж групову належність, що й реципієнт. З іншого боку відомо, що чим вище в біологічному ряду знаходиться організм і чим він старше, тим складнішими є його імунні реакції. Чим молодше донор і реципієнт, тим слабшими антигенними властивостями володіють їх тканини. Отже, більш успішною алодермопластика може бути у дітей і осіб молодого віку, особливо, якщо вони перебувають у тяжкому стані внаслідок поширеного глибокого ураження. У таких потерпілих імунітет знаходиться у пригніченому стані. Бажано, щоб і донор шкіри був особою молодого віку, але не молодше 18 років, як і донор крові. Отже, у випадку поширеніх глибоких термічних опіків, коли немає реальної можливості ліквідувати уражені ділянки аутотрансплантатами, алодермопластика може стати операцією порятунку для опеченого. Як показують наші спостереження, її ефективність є вищою, порівняно з ксенопластикою ліофілізованими клаптями шкіри свині. При значній площині глибокого ураження може бути ефективною і доцільною комбінована атоалодермопластика за Моулем-Джексоном. Дане оперативне втручання дозволяє одномоментно закрити значну площину опікових ран, а це означає зменшення втрат організмом потерпілого води, білку, мікроелементів і солей.

Щоб уникнути травматизації здорових осіб (донорів шкіри), варіантом алопластики могло б бути використання трупної свіжої або консервованої шкіри. Однак такий підхід є практично неможливим через певні юридичні аспекти. Окрім того, консервована алошкіра може спричинити сенсибілізацію організму потерпілого. Відомо, чим довше зберігається шкіра, тим гірше її приживлення. З іншого боку, чим довше вона зберігається, тим інтенсивніше втрачає свої антигенні властивості. Тому, якщо такі трансплантації все ж приживають, тривалість їх існування буде вищою.

Оптимальним (простим і дешевим) способом зберігання шкірних клаптів є заморожування, але поступове. У випадку швидкого заморожування кристали льоду можуть пошкоджувати трансплантації. Термін зберігання клаптів у замороженому стані залежно від температури зберігання може становити 2-6 міс. Додаткове висушування шкіри дає можливість її зберігати впродовж кількох років.

Таким чином, основною задачею досліджень у питаннях алопластики шкіри є пошук способів подолання тканинної несумісності. Вирішити цю проблему можна двома шляхами: знизити імунологічну реактивність реципієнта або зменшити антигенну активність транспланта. Більш виправданим є саме другий шлях подолання тканинної несумісності.

Петрюк Б.В., Попович О.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ МІСЦЕВОГО ЛІКУВАННЯ ПОГРАНИЧНИХ І ГЛИБОКИХ ОПІКІВ

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Раніше місцеве лікування термічних опіків зводилося до висушування уражених ділянок (відкритий метод) або використання пов'язок із антисептиками (закритий метод) чи їх комбінації. Після цього переходили на мазеві пов'язки, добиваючись поступового очищення ран від некрозу. Поверхневі опіки загоювалися самостійно, а глибокі ліквідовували шляхом вільної шкірної пластики на гранулюючі рани. Таким чином процес лікування при поширеніх глибоких ураженнях затягувався на кілька місяців.

Проведено аналіз результатів лікування термічних опіків різної глибини. Встановлено, що у випадку епідермальних опіків методом вибору слід вважати використання ліофілізованих клаптів шкіри свині після попередньо проведеного туалету опікової поверхні. Вказаний метод дозволяє значно зменшити бальові відчуття, уникнути тривалого висушування уражених ділянок чи щоденних болючих перев'язок. Застосування ліофілізованих ксенотрансплантацій шкіри свині дозволяє прискорити епітелізацію опікової поверхні на 2-3 доби навіть у випадку часткової мацерації клаптів чи їх незначного зміщення.

Поверхневі дермальні опіки потребують більш активної хірургічної тактики – проведення тангенційної некректомії. Утворену ранову поверхню також закривають ксеноклаптями шкіри свині, під якими відбувається епітелізація. Однак така лікувальна тактика неминуче супроводжується використанням наркозу та певною крововтратою. Відповідно у деяких потерпілих можуть бути протипокази до її застосування.

У випадку глибоких дермальних і субфасціальних опіків показана рання некректомія з одномоментною або відтермінованою АДП. На 2-4 добу після пошкодження за допомогою дерматома (при поверхневих дермальних опіках) чи скальпеля (у випадку глибокого ураження) видаляють некроз до життезадатних тканин. Утворені рани закривають ліофілізованими клаптями шкіри свині (при поверхневих дермальних опіках) або проводять вільну АДП (при глибоких опіках). В останньому випадку утворені ранові дефекти тимчасово закривають ліофілізованими ксенотрансплантаціями. Така лікувальна тактика дозволяє швидко позбутися основного джерела інтоксикації – опікового некрозу. Таким чином абортується перебіг опікової хвороби, якщо вона має місце, адже практично відсутня гостра опікова токсемія та значно скорочується тривалість опікової септикотоксемії, тому що суттєво прискорюється ліквідація опікових ран.

Недоліком даної тактики є також необхідність використання загального знеболювання, власне операційна травма та досить значна крововтрата, що потребує адекватної компенсації компонентами чи препаратами крові. Окрім того, нерадикальне видалення некротизованих тканин погіршує приживлення трансплантацій. З огляду на це, можливі протипокази до проведення ранньої некректомії.

Таким чином, у вирішенні питання щодо місцевого лікування дермальних і субфасціальних опіків, повинен бути індивідуальний підхід.

Плегуца І.М., Сидорчук Р.І., Плегуца О.М.*, Хомко О.Й.*

ДЕЯКІ ЗМІНИ ЕНДОКРИННОЇ ГУМОРАЛЬНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ МЕТАБОЛІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ТА РІЗНИХ ЛАНКОК ГОМЕОСТАЗУ ПРИ ТРАВМАТИЧНІЙ ХВОРобІ

Кафедра загальної хірургії,

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти*

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

За травматичної хвороби (TX) змінюються різні ланки регуляції та метаболізму, однак чітких комплексних даних по даному аспекту розвитку TX немає. Це призводить до недооцінки тяжкості стану хворих, невірному вибору лікувально-діагностичної тактики і, відповідно, незадовільним результатам лікування.

Метою дослідження є вивчення окремих змін ендокринної гуморальної регуляції метаболічних процесів та різних ланок гомеостазу постраждалих з травмами скелетно-м'язової системи різного ступеня тяжкості.

Дослідження охоплює 87 хворих на різні форми травматичної хвороби, віком 18-76 років (45,03±5,37). Контрольну групу склали 23 пацієнтів, яким виконувались планові оперативні втручання, не пов'язані з патологією скелетно-м'язової системи. Усі хворі основної групи були розподілені на 3 групи відповідно тяжкості стану. Для вивчення порушень гормонально-месенджерної регуляції гомеостазу використовували визначення в плазмі крові трийодтироніну (T-3), тироксину (T-4), імунореактивного інсулу і кортизолу методом радіоіммунного аналізу.

Встановлено, що травма будь-якої тяжкості супроводжується вірогідним зростанням концентрації кортизолу в плазмі крові в усіх постраждалих. Збільшення концентрації кортизолу певною мірою відповідало ступеню тяжкості перебігу TX, однак достатньо вірогідної залежності між рівнем кортизолу і ступенем тяжкості TX, що дало б змогу рекомендувати цей параметр для діагностики та прогнозу, виявлено не було. Тільки у хворих з тяжким перебігом TX відмічали вірогідне зниження концентрації тироксину у плазмі крові. Найнижча концентрація спостерігалась на початковому етапі розвитку TX. Для контрольної групи хворих характерним було вірогідне зниження концентрації адреналіну на 3-тю добу післяопераційного періоду, яке у подальшому змінювалось тенденцією до нормалізації цього показника через 5-7 днів спостереження. Загалом, у групах спостереження, за виключенням групи хворих з тяжким перебігом TX, спостерігали тенденцію до зростання рівня адреналіну у плазмі крові.

Зниження концентрації адреналіну у хворих з тяжким перебігом TX і, певною мірою, хворих з TX середнього ступеня тяжкості можна розрізняти, як ознаку виснаження катехоламіндепонуючої функції еритроцитів. У таких хворих, на відміну від пацієнтів з помірною тяжкістю перебігу TX (субклінічна форма), доцільно застосовувати катехоламіни для компенсації зниження артеріального тиску та розвитку циркуляторних розладів. Нестабільна динаміка змін концентрації адреналіну при TX не дозволяє рекомендувати визначення цього показника з діагностичною або прогностичною метою.

Як засвідчують отримані дані, травматизація тканин та зумовлені цим патофізіологічні ефекти, призводять до активізації найбільш важливих ланок систем організму, включаючи систему гормональної регуляції, призводять до широкої гами змін гомеостазу та функціонального стану практично усіх органів та систем організму.

Плегуца О.М., Сидорчук Р.І.*, Хомко О.Й., Плегуца І.М.

ЗМІНИ СИСТЕМНОГО ПРОТЕОЛІЗУ-ФІБРИНОЛІЗУ ЗА АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти,

Кафедра загальної хірургії*

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Одним з найважливіших різновидів хірургічного сепсису є абдомінальний сепсис (AC). Водночас, окремі питання етіології, патогенезу, морфогенезу AC, розробки методів профілактики, лікувальної тактики при цій важливій патології залишаються поза увагою дослідників.

Метою дослідження є встановлення динаміки змін системи протеолізу-фібринолізу в умовах абдомінального сепсису.

Об'єктом дослідження були 47 дорослих щурів, середньою масою 253,19±12,68 г. AC моделювали за власною методикою (патент України №39686 A). Через 6-24-48-72 год. проводили евтаназію з дотриманням вимог біоетики і забирали матеріал для дослідження. Стан фібринолітичної активності (ФА) визначали на основі реакції з азофібрином. При цьому визначали сумарну (СФА), ферментативну (ФФА) та неферментативну фібринолітичну активність (НФА). Стан протеолітичної активності (ПА) щодо різних білкових фракцій оцінювали за реакцією з азоальбуміном, азоказейном та азоколагеном.

У продовж доби спостерігали суттєве зниження протеолітичної активності плазми крові щодо основних білкових фракцій. Через 48 год. спостерігали незначне зростання ПА плазми відносно альбуміну та подальше зниження цієї активності у 3,38 рази відносно колагену. Зміни ПА високомолекулярних білків були



невірогідними. У подальшому спостерігалось зниження ПА за реакцією з азоальбуміном та азоказеїном на 19,1% та 15,2% відповідно, різке зростання ПА колагену більше, ніж у 8 разів. СФА плазми крові поступово підвищується протягом 24 та 48 год. і дещо знижується на 72 год. з моменту розвитку АС.

Таким чином, розвиток та перебіг абдомінального сепсису супроводжується суттевими змінами протеолітичної активності плазми по відношенню до всіх білкових фракцій; динаміку змін фібринолітичної активності плазми необхідно враховувати при виборі лікувальної тактики у хворих на абдомінальний сепсис.

Полянський І.Ю. ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ Кафедра хірургії

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Аналіз результатів лікування пацієнтів з хірургічною патологією свідчить, що навіть комплексне, патогенетично обґрунтоване лікування з використанням сучасних препаратів не завжди забезпечує позитивний результат, не виключає виникнення різних ускладнень. Це свідчить про необхідність нового підходу до вивчення цих проблем.

Одним з таких напрямків є дослідження генетичної детермінації виникнення, розвитку та характеру перебігу різних хірургічних захворювань. Так, відомо, що розвиток запального процесу в організмі залежить від активності факторів неспецифічної резистентності, які детермінуються генетично.

При наявності неблагоприємних варіантів генів, що кодують функціональну спроможність механізмів неспецифічної резистентності, навіть незначні концентрації мікроорганізмів можуть викликати запальний процес і забезпечувати його підтримку. Вираженість запальної реакції визначається співвідношеннями про – та протизапальних цитокінів, синтез яких також генетично детермінований.

Проведені нами дослідження свідчать, що при певних варіантах гену, що кодує синтез інтерлейкіну 1- β , його концентрація в крові вища і при виникненні запального процесу різко зростає, що призводить до швидкого прогресування запального процесу, неспинного його прогресування, запуску інших механізмів активації деструктивних змін, які сприяють виникненню різних ускладнень. Такий же ефект можливий при наявності певних варіантів генів, що кодують синтез проти запальних цитокінів, які зумовлюють пригнічення їх активності. Найнеблагоприємніший варіант перебігу запальної реакції, з нашого погляду, може бути при поєднанні генотипів, що зумовлюють високу активність прозапальних і недостатній синтез протизапальних цитокінів.

Генетичну детермінованість можна прослідкувати і у розвитку паретичної кишкової непрохідності. Проведені нами дослідження свідчать про чітку залежність між її виникненням у післяопераційному періоді та концентрацією в крові серотоніну, яка визначається певним варіантом гену, що регулює активність білку зворотнього захоплення серотоніну в синаптичній щілині. Порушення скоротливої здатності кишечнику після лапаротомії створює умови для виникнення злукової хвороби та злукової кишкової непрохідності. Це тільки один з прикладів тісного зв'язку функціональних порушень з морфологічними змінами, які складають основу різних ускладнень.

Виникнення гострого панкреатиту, за нашими даними, прямо залежить від варіантів генів, що регулюють внутрішньоклітинну активацію/інактивацію панкреатичних ферментів. Від певного їх поєднання слід очікувати не тільки вираженість аутолізу паренхіми підшлункової залози, а й виникнення різних парапанкреатичних ускладнень та генералізованих проявів ферментемії.

Таким чином, генетичні дослідження дають змогу не тільки глибше зрозуміти причини та механізми різних варіантів перебігу хірургічних захворювань. Оцінка варіантів генотипу дає змогу розробити вірогідний прогноз характеру захворювання, ймовірність виникнення різних ускладнень. Це докорінно змінює лікувальну тактику – у хворих з генетично обґрунтованим неблагоприємним прогнозом перебігу хірургічних захворювань лікування повинно носити превентивний характер, направлений на попередження прогнозованих ускладнень шляхом медикаментозної чи хірургічної корекції.

Важливо, що таке лікування слід проводити на початкових, доклінічних стадіях розвитку захворювання та його ускладнень, попереджуючи таким чином негативні їх прояви. Такий підхід дасть змогу значно покращити результати лікування хворих на різні хірургічні захворювання.

Польовий В.П., Кулачек Ф.Г., Кулачек Я.В.

ПРОФІЛАКТИКА ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ УШКОДЖЕНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

*Кафедра загальної хірургії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

За даними світової літератури інтраабдомінальна інфекція розвивається у 10,8% потерпілих із закритою травмою живота, а саме: перitonіт – у 51,9%, внутрішньочеревні абсцеси – у 42% тощо. Мікрофлора, яка визначається у 77,8% постраждалих, представлена аеробами. Найбільш частими збудниками посттравматичного перitonіту є *Esherichia coli* (43,3%), *Staphylococcus aureus* (18,9%), *Klebsiella pneumoniae* (14,4%) та *Enterococcus faecalis* (56%).

Постулатами комплексного лікування таких хворих є рання діагностика ушкоджень органів черевної порожнини, обов'язкове усунення джерела внутрішньочеревнії інфекції, ефективна санация очеревинній порожнині та її дренування, цілеспрямована антибактеріальна терапія, інтенсивна детоксикація та симптоматична терапія в післяопераційному періоді.

Клінічна частина роботи передбачала обстеження і лікування потерпілих на госпітальному етапі лікування. Усі пацієнти розподілені на дві групи: основну - 30 хворих (8 з травмою селезінки, 9 – печінки, 8 – тонкої кишки, 5 брижі тонкої кишки) та контрольну - 27 пацієнтів. Групи потерпілих за всіма критеріями були репрезентативними. Усі потерпілі прооперовані: ліквідація наслідків травмування органів черевної порожнини, санация і дренування очеревинній порожнини за традиційними методами. Хворим контрольної групи лікування проводилось за загальноприйнятими методиками.

Лікування хворих основної групи проводили з використанням власних напрацювань. Виконувалось хірургічне лікування з проведеним активного дренування очеревинній порожнини з використанням авторського проточно-аспіраційного апарату з використанням нового вітчизняного антисептика октенісепту, який забезпечує баґатоцільове і широке функціональне лікування післяопераційних ранових порожнин, а також дає можливість широкого застосування в медичній практиці при виконанні лікувальних маніпуляцій.

Октенісепт за фізико-хімічними властивостями є прозорою рідиною в 100 мл якої міститься октенідину дигідрохлориду 0,1 г, 2-феноксіетанолу 2 г, допоміжні речовини: (3-кокос-жирної кислоти амідопропіл)-диметил-амонію ацетат, D-глюконат-натрію, гліцерин, натрію гідроксид, вода очищена. Препарат розводиться дистильованою водою 1:3 і з кратністю двічі на добу застосували через апарат для зрошення очеревинній порожнини. В обох групах хворих використовували з метою антибактеріальної терапії лораксон.

Проведення інтенсивної терапії хворим, що зазнали абдомінальної травми в післяопераційному періоді включало сольові кристалоїди, гелофузин, амінокислоти для парентерального харчування, жирові емульсії. Її призначали залежно від наявності в потерпілих супутньої патології і складала 35–40 мл/кг маси тіла хворого.

Результати вивчення основних клінічних аспектів абдомінальної травми з урахуванням біомеханіки первинних ушкоджень та їх локалізації показали, що питома вага посттравматичних гнійних ускладнень при ушкодженнях органів черевної порожнини в контрольній групі склала 27,8%.

Використання запропонованої санації очеревинній порожнини за допомогою аспіраційно-проточного дренажу та антисептика нового покоління октенісепта при травмі травматичних ушкоджень органів черевної порожнини під час виконання хірургічних втручань та в післяопераційному періоді дозволило отримати позитивні результати і знизити кількість післяопераційних ускладнень з 27,0% до 18,7%, тобто в 1,2 рази ($P<0,05$), а рівень післяопераційної летальності з 35,0% до 27,8%, тобто в 1,3 рази ($P<0,05$).

Rotar O.V., Rotar V.I., Konyk O.

BIOCHEMICAL CHANGES IN SMALL INTESTINE DURING EARLY STAGES OF EXPERIMENTAL ACUTE PANCREATITIS

Department of General Surgery

Higher state educational establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University»

Infection of pancreatic necrosis by gut bacteria is a major cause of morbidity and mortality in patients with acute pancreatitis (AP). Bacterial translocation occurs due to increase of intestinal permeability as a result of disorders of intestinal metabolism. Aim of our study was to investigate the biochemical changes in small intestine (SI) during early stages of experimental AP. In 70 Wistar rats AP was induced by intraperitoneal injection of 300 mg/100 g of 20% L-arginine solution. Changes of pro- and antioxydative status, connective tissue markers, proteolytic activity and nitric oxide metabolites concentration in SI have been investigated during first 48 hours of AP. AP was accompanied by activation of oxidant stress. Concentration of diene conjugates, malone dialdehyde and nitric oxide metabolites increased since 12 hours after AP initiation and reached maximum in 24 hours: levels exceeded values of intact rats on 22%, 10% and 18% accordingly ($p <0,05$). Their neutralization occurred after 48 hours as a result of activation of antioxidant defense: superoxide dismutase and the catalase concentrations has been raised in 1,6 and 1,7 times ($p <0,05$). Under influence of oxidant stress collagenolytic activity raised in 1,5 times after 12 hours and remained high until the end of experiment. Simultaneously changes in proteoglycans and glycoproteins structure appeared: concentration of sialic and hexuronic acids, hexosamine and fucose enlarged in 35-75% ($p <0,05$). So, in early terms of AP oxidant and nitrosative stress activate collagenolytic activity and destroy structure of proteoglycans and glycoproteins in small bowel tissues, what directly influence on the rate of a bacterial translocation from the gut.

Rotar O.V., Rotar V.I., Pilat M.Y.

DIAGNOSING OF ACUTE INTESTINAL FAILURE IN PATIENTS WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Department of General Surgery

Higher state educational establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University»

Acute intestinal failure in patients with severe acute pancreatitis (SAP) is common and associated with a poor prognosis. However, a validated it's definition is lacking. Plasma citrulline, an amino acid produced exclusively by enterocytes, might be a candidate.