

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



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**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 – її 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 – її 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. Івашук 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



гомеостаз та репродуктивні процеси. У дослідженнях встановлено, що механізм їх дії набагато ширший, ніж спочатку передбачалося. Зокрема, ксеноестрогени крім взаємодії з естрогеновими рецепторами можуть зв'язувати неядерні рецептори стероїдних гормонів (наприклад, мембранні естрогенові рецептори), нестероїдні рецептори (наприклад, рецептори серотоніну, дофаміну та норадреналіну) і впливати на ферментативні шляхи, що беруть участь у біосинтезі стероїдних гормонів.

З ксеноестрогенами людиною доводиться контактувати постійно – це пластикова посуда та пляшки, поліетиленові пакети та упаковки, пластмасові дитячі іграшки та засоби догляду за дітьми, синтетичні будівельні матеріали, пестициди, пальне, фарби, розчинники, засоби гігієни та догляду, засоби для прибирання, одяг, медичні системи та шприці, деякі лікарські препарати і навіть їжа. Ксеноестрогени містяться в м'ясних та молочних продуктах, овочах та фруктах, які були оброблені фунгіцидами та пестицидами. Небезпека ксеноестрогенів полягає у поступовому накопиченні їх в організмі, що згодом стає причиною ураження чоловічих статевих клітин, виникненні мутацій, пороків та дисплазій, у дитячому віці порушення формування та розвитку статевих органів та мозку, призводить до розвитку репродуктивної патології, безпліддя.

Максимальний рівень тестостерону у чоловіків припадає на 30-річний вік. Далі, залежно від індивідуальних та конституційних особливостей, його показники поступово знижуються. У результаті постійного контакту з різноманітними ксеноестрогенами зниження тестостерону різко прискорюється. Це призводить до «фемінізації» ендокринної системи: зміни рівня гонадотропіну (безпосереднім наслідком якого є зміни сперматогенезу), порушення утворення тестостерону та розвитку андрогенного дефіциту, різкого зростання синтезу жіночих статевих гормонів – пролактину та естрадіолу, виникнення порушень сперматогенезу, розвитку ожиріння, гінекомастії, порушення розвитку статевої системи (крипторхізм, зменшення розмірів сім'яників), виникнення супутніх ендокринологічних та органічних порушень. Можливе також виникнення значної затримки статевого розвитку та безпліддя.

Одним із найнебезпечніших ксеноестрогенів вважається діоксин. Небезпечним для життя він виявляється навіть у мінімальній кількості. Його пов'язують з такими захворюваннями, як рак передміхурової залози та яєчок, репродуктивна дисфункція, атрофія яєчок, вроджені аномалії розвитку статевої системи, нейротоксичність. Особливо небезпечний для осіб чоловічої статі. Накопичена протягом життя доза діоксину в організмі чоловіка в 34 рази вища, ніж у жінок, а період його напіввиведення у них складає 24 роки (у жінок – 12 років). Одним із пояснень цього факту є те, що особливо легко вражається саме Y-хромосома.

Таким чином, якщо чоловік піклується про своє репродуктивне здоров'я, він повинен змінити спосіб життя, зменшити використання синтетичних засобів – пластику та хімікатів. Слід споживати в їжу якісні та очищені продукти, при виготовленні або вирощуванні яких не застосовуються хімічні речовини та намагатися вести здоровий спосіб життя.

Тарабанчук В.В.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАНКРЕАТОГЕННИХ АБСЦЕСІВ САЛЬНИКОВОЇ СУМКИ

Кафедра хірургії

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

Не зважаючи на вагомий процес у вивченні різних аспектів гострого панкреатиту, питання його діагностики, лікування та профілактики розвитку ускладнень не втрачають медичного та соціального значення. Високі показники летальності, яка при панкреонекрозі складає 24-92%, зважаючи на значну частоту його розвитку, ставлять некротичний панкреатит у ряд найбільш актуальних проблем сучасної медицини.

Проведено аналіз результатів лікування 48 хворих на гострий інфікований некротичний панкреатит, перебіг якого ускладнився формуванням абсцесів сальникової сумки.

При зверненні за медичною допомогою у хворих відмічались характерні клінічні ознаками гострого деструктивного панкреатиту, серед яких найвище прогностичне значення щодо подальшого формування панкреатогенного абсцесу чепцевої сумки згідно частоти виявлення мали: об'єктивні ознаки парапанкреатичного інфільтрату – 37 хворих (77,1%) та виражені прояви ендогенної інтоксикації 44 (93,8%) хворих.

За даними КТ з 3D-площинною реконструкцією у 40 (83,3%) хворих на момент госпіталізації виявлено субтотальне некротичне ураження підшлункової залози, а у 8 (16,7 %) – тотальне. При цьому відмічались інфільтрація парапанкреатичних тканин, набряк підшлункової залози та ознаки її некротичного ураження, об'єм якого складав від 60 до 90 %. У 31 (83,8%) хворого на момент госпіталізації в чепцевій сумці у проекції головки тіла чи хвоста підшлункової залози виявлено рідинні утворення, що можна вважати ймовірною ранньою ознакою розвитку панкреатогенного абсцесу чепцевої сумки. Разом з тим, на УЗД рідинні утворення чепцевої сумки на момент госпіталізації виявлено тільки у 28 (58,3%) пацієнтів. Така розбіжність діагностичної цінності КТ та УЗД, ймовірно зумовлена, обмеженою ультразвуковою візуалізацією тканин чепцевої сумки.

Діагноз панкреатогенного абсцесу чепцевої сумки встановлювався у процесі динамічного клініко-лабораторно-інструментального спостереження. При цьому, у 38 (79,2%) ознаки абсцедування виявлені у проміжку від 16 до 30 доби з часу виникнення захворювання, у 6 (12,5%) – на 10-12 добу, у 4-ох (8,3%) – на 3-ю добу. Найбільш інформативними діагностичними критеріями наявності панкреатогенного абсцесу чепцевої сумки служили: тривалість захворювання понад 10 днів (91,6%), гіпертермія гектичного характеру (81,3%);



анемія (72,9,9%), лейкоцитоз з вираженим зсувом лейкоцитарної формули вліво (85,4%), підвищення рівня креатиніну та сечовини (89,5%); наявність на КТ та УЗД ознак деструктивного ураження підшлункової залози, відмежованого рідинного утворення чепцевої сумки, з підвищеною ехохілністю; етіологічно значима концентрація мікроорганізмів у пункційній рідині.

Усім хворим при встановленні діагнозу панкреатогенного абсцесу чепцевої сумки проводились оперативні втручання. При цьому слід зазначити, що за умов наявності поширеного некротичного ураження тканин підшлункової залози на фоні наявності абсцесу чепцевої сумки великих розмірів перевагу, на нашу думку, слід надавати відкритим оперативним втручанням. При цьому доцільним є застосування мінітравматичних проекційних оперативних доступів до чепцевої сумки з урахуванням топографо-анатомічних особливостей локалізації абсцесу згідно даних КТ та УЗД.

Використання такої хірургічної тактики створює оптимальні можливості повноцінного розкриття абсцесу, адекватної санації його порожнини з візуально контрольованим видаленням некротичних тканин, а також забезпечує умови для ефективного дренивання чепцевої сумки та пролонгованого місцевого антибактеріального та антиферментного впливу на її тканини після у післяопераційному періоді.

З метою підвищення ефективності лікування хворих на панкреатогенні абсцеси чепцевої сумки нами розроблено нові підходи до її дренивання та пролонгованої санації, шляхом використання спеціальних дренажних пристроїв та методів місцевого сорбційного антибактеріального та антиферментного впливу впливу: пристрій для антибактеріального та детоксикаційного лікування гнійно-деструктивних процесів в очеревинній порожнині (деклараційний патент на винахід № 52878 А), спосіб лікування деструктивних форм гострого панкреатиту (патент на корисну модель № 30930 UA), спосіб марсупіалізації чепцевої сумки при деструктивних формах гострого панкреатиту (патент на корисну модель № 28280 UA), спосіб дренивання чепцевої сумки при гострому панкреатиті (патент на корисну модель № 38002 UA). Використання такого комплексу дає змогу не тільки активно елімінувати мікроорганізми, токсини та некротичні тканини, а й нейтралізувати пошкоджувальну дію панкреатичних ферментів, що призводить до більш швидкої ліквідації запального процесу у чепцевій сумці.

Клінічне застосування розроблених методів лікування панкреатогенних абсцесів чепцевої сумки дало змогу прискорити терміни нормалізації температури тіла та лейкоцитарної формули на $6,07 \pm 0,34$ та $7,35 \pm 0,51$ днів відповідно ($P < 0,05$), скоротити тривалість стаціонарного лікування на $8,85 \pm 0,71$ ліжко-днів ($P < 0,05$).

При аналізі величини показників летальності виявлено залежність вказаного показника від термінів проведення оперативного втручання, який визначався у кожного конкретного хворого індивідуально. Летальність у групі хворих, яким оперативне втручання проводилось з 16-ої по 30-у з часу виникнення захворювання, склала 16,7%, на 10-12-у добу – 17,0%, на 3-ю добу – 54,2%. Останню групу склали пацієнти з тотальним панкреонекрозом, ускладненим формуванням абсцесу чепцевої сумки та прогресуючим розповсюдженим панкреатогенним перитонітом.

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

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЗМІН ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти,
Кафедра загальної хірургії**

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

Абдомінальний сепсис (АС), як правило процес гострий і супроводжується шоковим чи передшоковим станом хворого, одними із ознак якого є тахіпное та органна чи поліорганна дисфункція. Водночас, враховуючи тяжкість стану таких хворих поглиблених досліджень функціонального стану дихальної системи при АС недостатньо.

Мета дослідження – встановити порушення функціонального стану дихальної системи у хворих на абдомінальний сепсис.

Обстеженню підлягали 7 хворих на АС (I група), 9 хворих після планових оперативних втручань з приводу неускладнених кил передньої стінки живота та вариконо розширених вен нижніх кінцівок (II група). Контрольну групу (III група) формували 12 здоровий та практично здоровий волонтер. Дослідження та оцінка функції зовнішнього дихання (ФЗД) проводились при виконанні стандартних дихальних маневрів на портативному комп'ютерному спірографі та отриманні інтегральних показників за якими характеризували анатомо-фізіологічні властивості апарату вентиляції, виявляли порушення механіки дихання, диференціювали рестриктивні та обструктивні синдроми.

Належні розрахункові показники в усіх групах відрізняються невірогідно ($p > 0,05$) та відповідають віковим та статевим нормам. Показник фактичної життєвої ємності легень був різко зниженим у хворих II-ї дослідної групи, але у хворих на АС він був знижений майже втричі у порівнянні з контролем, ледве досягаючи 38,2% від розрахованого нормативного показника.

Форсована ЖЄЛ була також найнижчою у I-й групі, більш ніж удвічі менше показника II-ї групи. Різко знизилась сила м'язового апарату, що приймає участь в акті дихання, зменшилась екскурсія легень, погіршилась прохідність бронхіального дерева на усіх рівнях. Практично всі показники функціонального стану