

**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 задалися 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 посилюється 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



12000 оперативних втручань з приводу хірургічної патології щитоподібної залози, однак, у значній частині хворих у післяопераційному періоді виникають функціональні порушення щитоподібної залози, тривалі виділення ексудату з післяопераційної рани, що подовжує строки перебування хворих у стаціонарі та знижує ефективність лікування. Однією з причин цього є те, що до цього часу багато аспектів патогенезу хірургічних захворювань щитоподібної залози і, особливо, розвитку післяопераційних ускладнень вивчені недостатньо повно.

За останній час велика увага приділяється активності молекулярного кисню та імунної системи у хворих на аутоімунний тиреоїдит. Однак у хворих на вузлові форми зоба з ознаками субклінічного гіпотиреозу та у хворих з гіпертиреозом ці процеси вивчені недостатньо повно. У зв'язку з цим, нами проведено комплексне обстеження 50 хворих, оперованих із приводу вузлових форм зоба з проявами субклінічного гіпотиреозу та 30 хворих із гіпертиреозом середнього ступеня. Діагноз підтверджений клінічно, за допомогою ультразвукового дослідження, за даними тонкогोलкової аспіраційної експрес-біопсії, підтверджений гістологічно після операції.

У всіх хворих досліджували в крові рівень тиреоїдних гормонів і зміст тиреотропного гормону. До операції, на I, III, V доба після операції у всіх хворих оцінювали активність процесів перекисного окислювання та антиоксидантного захисту. Вивчали ці ж показники в крові у 30 практично здорових донорів. Визначали про- та антиоксидантну активність в 5% гомогенатах нормальної (не враженої патологічним процесом) та зобно зміненої тиреоїдної тканини. У всіх хворих був виконаний однаковий об'єм оперативного втручання. Також проведено дослідження кількісних та якісних змін у системі клітинного та гуморального імунітету у хворих на вузловий евтиреоїдний зоб та у хворих з ознаками субклінічного гіпотиреозу в до- та післяопераційному періоді.

Встановлено, що у цих хворих в до- та післяопераційному періоді відмічається значний дисбаланс між про- та антиоксидантними системами як в крові, так і у видаленій тканині щитовидної залози. У хворих на вузлові форми зоба із явищами субклінічного гіпотиреозу та у хворих з гіпертиреозом має місце активація неспецифічних факторів імунного захисту, В – лімфоцитів, зростання концентрації IgA та IgG в до- та післяопераційному періоді та пригнічення Т – системи імунітету як до операції так і впродовж всього післяопераційного періоду. Це свідчить про необхідність включення в до- та післяопераційному періоді препаратів із цілеспрямованою антиоксидантною та імунотропною активністю.

СЕКЦІЯ 8

ГІГІЄНА СЕРЕДОВИЩА І ВИВЧЕННЯ НОВИХ АНТИМІКРОБНИХ РЕЧОВИН В ЕКСПЕРИМЕНТІ І КЛІНІЦІ

Андрійчук Н.Й., Власик Л.І.

ГІГІЄНИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСТРОГО ВПЛИВУ НАНОЧАСТИНОК СРІБЛА НА МИШЕЙ

Кафедра гігієни та екології

Буковинський державний медичний університет

Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І.Медведя

Незважаючи на широке застосування наносрібла в побуті, медицині та багатьох сферах промисловості, дослідження їх безпечності відстає в часі, бракує інформації щодо шкідливого впливу наночастинок срібла (НЧС). Дослідження параметрів гострої токсичності НЧС сферичної форми різних розмірів при пероральному та інгаляційному шляхах введення лабораторним тваринам описані в роботах вітчизняних та закордонних вчених. Надзвичайно складно визначити DL_{50} наносрібла, оскільки наночастинок утворюють конгломерати при збільшенні концентрацій срібла в максимально можливому разовому об'ємі розчинів. Російські науковці встановили DL_{50} НЧС сферичної форми розміром 9 нм при внутрішньоочеревинному введенні мишам – 3,67 мг/кг. Стовно токсичності наносрібла декаедричної форми дані в доступній нам літературі відсутні.

Попередньо проведені нами дослідження індексу токсичності НЧС сферичної та декаедричної форм розмірами 45 та 75 нм на тест-культури сперматозоїдів бика вказують на токсичність нанодакадрів.

Саме тому, метою нашого дослідження було провести гігієнічну оцінку гострого впливу *in vivo* наночастинок срібла декаедричної форми, отриманих методом фотостимульованого синтезу.

НЧС отримували шляхом хімічного відновлення іонів Ag^+ натрій боргидридом у присутності натрію цитрату та поліакрилової кислоти з подальшим фотохімічним впливом матрицею світлодіодів.

Досліди проводили на 18 статевозрілих (віком 2,5 міс.) лабораторних мишах з дотриманням вимог біоетики відповідно до положень Європейської Конвенції щодо захисту хребетних тварин, які використовуються з дослідницькими та іншими цілями (Страсбург, 1986). Двома групами тварин внутрішньоочеревинно вводили розчин НЧС в наступних концентраціях: 5,42 та 1,08 мг/кг. Третя група – біологічний контроль. Спостереження за фізичним станом тварин показало, що в перші години після ін'єкції у мишей першої групи (5,42 мг/кг) наступало зниження рухової активності та загальмованість. У мишей другої групи зовнішні ознаки проявів токсикозу не були виявлені, їх стан практично не відрізнявся від контролю. Протягом 14 діб після введення досліджуваних речовин жодна тварина не загинула, стан



мишей усіх груп залишався задовільним, особливих змін з боку маси тіла не відмічалось. На 14 день тварин було виведено з експерименту шляхом декапітації під легким ефірним наркозом. При розтині видимих порушень в тканинах чи крововиливів у внутрішніх органах не спостерігалось.

Отримані результати свідчать, що при одноразовому внутрішньоочеревинному введенні розчин НЧС розміром 45 нм не володіє вираженою токсичною дією. Максимально досяжна концентрація НЧС викликає загибелі мишей при внутрішньоочеревинному введенні.

Бендас В.В.

Етіологічний спектр та властивості збудників гнійно – запальних процесів у військовослужбовців строкової служби Чернівецького гарнізону

Кафедра мікробіології та вірусології

Буковинський державний медичний університет

На сьогодні гнійно-запальні захворювання, що мають інфекційну природу, спричиняються різними збудниками – грампозитивними і грамнегативними, аеробними і анаеробними, споруутворюючими і неспоруутворюючими бактеріями та іншими мікроорганізмами, у т.ч. патогенними грибами. За певних сприятливих умов запальний процес може бути викликаний умовно-патогенними мікробами, а також групою мікроорганізмів (мікробною асоціацією). Мікроорганізми можуть проникати в рану як екзогенним шляхом із зовнішнього середовища, так і ендогенним шляхом із осередків скупчення мікрофлори в самого хворого. Стафілококи – найбільш частий збудник гнійно-запальних захворювань, а основний шлях інфікування – контактний. Найчастіше вони викликають локалізовані гнійно-запальні захворювання шкіри (фурункул, карбункул, гідраденіт та ін.), а також остеомієліт, абсцеси легень, флегмони та ін., можлива загальна гнійна інфекція – сепсис. Стрептококи нині зустрічаються набагато рідше і особливістю стрептококкової інфекції є важка інтоксикація.

Метою дослідження було вивчення мікрофлори та властивостей збудників гнійно-запальних процесів шкіри та підшкірної клітковини у хворих військовослужбовців.

З метою визначення мікробної флори і вивчення властивостей збудників було обстежено 203 хворих віком від 18 до 21 року з хірургічною патологією, у патогенезі якої лежать гнійно-запальні процеси: пароніхії, панариції, фурункул, карбункул, флегмона, абсцес, гідраденіт, нагноєна куприкова кіста, вялогранулюючі рани різної локалізації, гнійні бурсити.

Патологічний матеріал (гній, пунктат суглобів) забирався в стерильну пробірку. Мікробіологічне дослідження проводилося до початку антибактеріальної терапії. Чисті культури кожного штаму отримували шляхом розсіву на живильні середовища. Морфологію мікроорганізмів вивчали шляхом мікроскопії мазків, які були зафарбовані за Грамом. Для ідентифікації стафілококів використовували наступні властивості: продукцію плазмокоагулази, лецитинази, фосфатази; наявність пігменту, гемолітичні властивості; здатність розщеплювати маніт в аеробних та анаеробних умовах, ферментувати глюкозу, мальтозу, лактозу. Для диференціації стрептококів застосовували наступні тести: гемолітичні властивості, здатність ферментувати лактозу, глюкозу, сахарозу, аргінін. Для ентеробактерій враховували здатність виділених штамів продукувати індол, сірководень, фосфатазу, гемолізувати еритроцити на 5% кров'яному агарі, засвоювати цитрат, розщеплювати сечовину, ферментувати цукри. Чутливість до антибіотиків вивчали методом дифузії з використанням стандартних паперових дисків.

При бактеріологічному дослідженні бактерії роду *Staphylococcus* були виділені у 101 хворого, що становило 49,8% від загальної кількості обстежених, бактерії роду *Streptococcus* – у 98 хворих (48,3%, ентеробактерії – у 2 хворих (0,95%), у 2 хворих (0,95%) виявлено відсутність будь-якого росту на поживному середовищі. Видовий склад стафілококів розподілився наступним чином: *S. aureus* виділено у 78 хворих (77,23%), *S. epidermidis* – у 18 хворих (17,82%), *S. saprofiticus* – у 3 хворих (2,97%), *S. albus* – у 2 хворих (1,98%). Монокультура одного роду стафілококів отримана в 76 випадках (75,3%), у 25 випадках (24,7%) отримана асоціація стафілококів з представниками роду стрептококів. Клінічним еквівалентом такого роду поєднання були глибокі ураження шкіри з розвитком виразково – некротичних процесів.

Усі виділені штами *S. aureus* коагулювали плазму, продукували лецитиназу, фосфатазу і мали фактор розповсюдження – гіалуронідазу. Разом з реакцією коагуляції спостерігали розчинення згустка плазми, що вказує на фібринолітичну властивість стафілококів.

Штами *S. epidermidis*, навпаки, не продукували плазмокоагулазу, фібринолізин, лецитиназу, не окислювали і не ферментували глюкозу, що відрізняло їх від штамів *S. aureus* і *S. saprofiticus*, які крім цього продукували кислоту в середовищі з манітом. Епідермальні стафілококи, на відміну від останніх, синтезували фосфатазу, альфа-бетта гемолізину, продукували гіалуронідазу.

Серед інших мікроорганізмів у хворих з гнійно-запальними процесами були ідентифіковані бактерії роду *Streptococcus* – у 98 хворих (48,3%). Видовий склад стрептококів розподілився наступним чином: *Str. pyogenes* – у 97 хворих (98,9%), *Str. faecalis* – в 1 хворого (1,1%). *Str. pyogenes* від *Str. faecalis* ідентифікували за ознакою відновлювання метиленової синьки в молоці і чутливості до пеніциліну. *E. coli* була виділена в 1 хворого (0,475%), *Proteus vulgaris* – також у 1 хворого (0,475%). Відсутність будь-якого росту на поживних середовищах спостерігали у 2 хворих (0,95%).

Таким чином встановлено, що в розвитку гнійно-запальних захворювань головна роль належить плазмокоагулюючим стафілококам (*S. aureus*) та бета-гемолітичному стрептококу групи А (*Streptococcus*