

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5500074

Чернівці – 2023

кишки в ділянці гепатікоєюноанастомоз заведено відеохоледохоскоп і проведено у внутрішньопечінкові протоки через зону гепатікоєюноанастомозу. В дольових та сегментарних протоках лівої долі печінки виявлено множинні конкременти, які видалено корзинкою Дорміа та промиванням протоків. Загалом видалено 8 конкрементів неправильної форми розміром 4-8 мм. Ентеротомний розріз ушито дворядним швом. Лапаротомна рана пошарово ушита. В післяопераційному періоді проводилася антибактеріальна терапія для ліквідації холангіту. Післяопераційних ускладнень не спостерігалось, явища холангіту та механічної жовтяниці ліквідовані. Пацієнт в задовільному стані виписаний додому.

Висновок. Відеохолангіоскопія через відвідну петлю біліоентероанастомозу у пацієнтів з внутрішньопечінковим холангіолітіазом може бути альтернативою реконструктивних операційних втручань.

Білокий В.В.

ВИДОВИЙ СКЛАД ПОРОЖНИНОЇ МІКРОФЛОРИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ІНФІКОВАНОГО ТА НЕІНФІКОВАНОГО ЖОВЧНОГО ПЕРИТОНІТУ

Кафедра хірургії № 1

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Неінфікований жовчний перитоніт має легкий чи середньої тяжкості перебіг з наявністю місцевого, розповсюдженого серозного перитоніту чи наявності витікання жовчі в очеревинну порожнину, супроводжується явищами ендотоксикозу із компенсованим порушенням функції внутрішніх органів. Інфікований жовчний перитоніт характеризується важким перебігом (при гнійному, жовчному, фібринозному, змішаному перитоніті); вираженим ендотоксикозом, порушенням функції внутрішніх органів на рівні субкомпенсації.

У патогенезі неінфікованого та інфікованого жовчного перитоніту істотну роль може відігравати аеробна, анаеробна мікрофлора товстого кишечника та гриби роду.

Мета дослідження. Нашого дослідження було проведення аналізу популяційного рівня аеробної, анаеробної порожнинної мікрофлори товстого кишечника та грибів роду *Candida* за неінфікованого та інфікованого жовчного перитоніту.

Матеріал і методи дослідження. Дослідну групу склали 14 хворих з неінфікованим жовчним перитонітом та 41 з інфікованим. Порівняльну групу становили 12 практично здорових пацієнтів. Визначали популяційні рівні аеробної (*S.aureus*, *E.fecalis*, *E.coli*, *P.vulgaris*, *K.pneumoniae*,), анаеробної (*B.Bifidum*, *B.lactis*.) та грибів роду *Candida* в Іg KYO/г. Статистичну обробку даних проводили за допомогою комп'ютерних програм "Statgrafics" та "Excel 7.0".

Результати дослідження. Результати дослідження показали, що у хворих на неінфікований жовчний перитоніт зростав тільки рівень *E.coli* в порожнині товстого кишечника. У хворих на інфікований жовчний перитоніт відбувалось наростання *E.coli* в порожнині товстого кишечника та збільшувався рівень *P.vulgaris*, *K.pneumoniae*, *E.faecalis*, *S.aureus*, які вірогідно зростали не тільки порівняно до контролю, але і по відношенню до неінфікованого жовчного перитоніту. *B.Bifidum*, *B.Lactis* знижувалися за неінфікованого жовчного перитоніту та зазнавали подальшого гальмування за інфікованого патологічного процесу як по відношенню до контролю так і в порівнянні з неінфікованим жовчним перитонітом. Гриби роду *Candida* не зазнавали істотних змін. Механізм розвитку неінфікованого жовчного перитоніту зумовлений розвитком холециститу, просяканням у черевну порожнину серозного ексудату чи жовчевитіканням. Сприяє розвитку первинної імунної відповіді наростання вмісту в порожнині товстого кишечника *E.coli*. Розвиток інфікованого жовчного перитоніту пояснюється інфікуванням жовчі з формуванням флегмонозного холециститу із просяканням у черевну порожнину жовчного чи гнійного ексудату. Надходження жовчі в очеревинну порожнину призводило до ушкодження стінки кишечника з його паралітичним розширенням. Це сприяло розвитку дисбактеріозу в просвіті товстої кишки та надмірному надходженню жовчних кислот, ендотоксину в ворітну вену. Ці

зміни сприяли подальшому наростанню в порожнині товстого кишечника вмісту *E.coli*, *P.vulgaris*, *K.pneumoniae*, *E.faecalis*, *S.aureus* та зниженню *B.Bifidum*, *B.Lactis*.

Висновки. При інфікованому жовчному перитоніті наростання вмісту в порожнині товстого кишечника *E.coli*, *P.vulgaris*, *K.pneumoniae*, *E.faecalis*, *S.aureus* сприяють розвитку вторинної імунної відповіді та прогресуванню дисбактеріозу зі зниженням рівня *B.Bifidum*, *B.Lactis*, що в подальшому супроводжується виснаженням резервних можливостей імунної системи з початком формування імунодефіциту. Гриби роду *Candida* не відіграють суттєвого клінічного значення у патогенезі неінфікованого та інфікованого жовчного перитоніту.

Білоокій О.В.

МОРФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РЕЦИДИВНОГО ЗОБУ ПЕРВИННІ ТА ПОВТОРНІ ОПЕРАЦІЇ НА ЩИТОПОДІБНІЙ ЗАЛОЗІ

Кафедра хірургії № 1

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Післяопераційний рецидивний зоб є однією із найбільш актуальних проблем ендокринної хірургії, оскільки ріст числа захворювань щитоподібної залози, обумовлює збільшення кількості виконаних первинних оперативних втручань, що безсумнівно буде підтримувати стабільно високу частоту рецидивів. За літературними даними від 0,3 до 80 % хворих на вузлові форми зоба, оперуються повторно у зв'язку із рецидивом захворювання.

Рецидивний зоб – один із можливих варіантів несприятливого результату після проведення операції на щитовидній залозі (ЩЗ). У зв'язку з цим лікарю доводиться частіше зустрічатися у своїй практиці з рецидивами зоба після оперативного лікування, частота яких коливається від 2,1 до 39% що призводить до виконання повторних операцій із високим ризиком післяопераційних ускладнень. Ряд хірургів класифікують рецидиви захворювань ЩЗ виходячи з термінів їх виникнення. Інші лікарі виділяють «хибні» та «справжні» рецидиви зоба, закладаючи в основу час виникнення рецидиву після первинної операції на ЩЗ. «Помилковими» вважаються рецидиви, що виникли протягом року після операції, пов'язані з нерадикальністю первинної операції. «Справжні» рецидиви виникають через рік і зумовлені впливом різних патогенетичних факторів на залишки збереженої «незміненої» тканини (ЩЗ)

Мета дослідження. Нашого дослідження було порівняти морфологічну структуру рецидивного зоба при первинних та повторних операціях на щитоподібній залозі а також аналіз віддалених результатів оперативного лікування пацієнтів із вузловим зобом.

Матеріал і методи дослідження. Матеріалом дослідження стали 60 видалених під час операції препаратів рецидивного зоба після стандартного приготування та фарбування парафінових зрізів гематоксилін-еозином або нітрофуксином за Ван-Гізеном.

Результати дослідження. Досліджували препарати з допомогою світлової мікроскопії. Верифікацію гістологічних діагнозів проводили з допомогою патогістологічних методів, які базувались на критеріях загальноприйнятої класифікації Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я пухлин щитоподібної залози. Інтервал між першою операцією і повторним втручанням з приводу рецидиву вузлового еутиреоїдного зоба склав від 1 до 34 років ($M \pm m = 16,7 \pm 3,19$). Усі хворі були жіночої статі і на момент реоперації їх вік становив від 33 до 60 років ($M \pm m = 48,7 \pm 2,53$). Рецидив захворювання в одній частці після резекції щитоподібної залози виник у 10 хворих, в обох – у 32. Після гемітиреоїдектомії відмічались рецидиви в не оперованій частці – 16 пацієнтів. В оперованій частці рецидив виник у 2 осіб. В тиреоїдному залишку 46 пацієнтів як при первинній, так і при повторних операціях було знайдено: середньо-дрібноклітинну аденому та аденоматозний зоб з макрофолікулярною структурою; у 14 при першій операції було знайдено макро-мікрофолікулярний колоїдний зоб, а при наступній виявлено нову тиреоїдну патологію: у 6 пацієнтів – аденоматозний зоб; у 8 хворих – аденоматозний зоб з фіброзними змінами стромальних компонентів. За нашими даними, 76,66% випадків рецидив захворювання розвивався частіше після операцій із приводу багатовузлового зоба і залежав не від доопераційної та інтраопераційної