



складних проблем в подальшому. Тому своєчасний перехід на конверсію – надзвичайно важливий момент упередження поранення жовчно-вивідних шляхів. А якщо це вже сталося, тоді відновлення відтоку жовчі може бути досягнуто тільки у тому випадку, коли в оперативне втручання виконуватиме фахівець, який володіє різноманітними методиками реконструктивних операцій.

Таким чином, доцільно враховувати вказані критерії, які спричиняють конверсію. Це дозволить більш раціонально обирати метод оперативного втручання та знаходити компроміс між бажанням пацієнта і можливостями бригади оперуючих хірургів.

Гринчук Ф.В.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ДИСЕМІНАЦІЇ КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ ЗА ГОСТРОЇ ТОНКОКИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Кафедра хірургії № 1

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

Частота розвитку септичних ускладнень за гострої кишкової непрохідності є серед найвищих поміж гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Це пов'язано зі зміни кишкового мікробіоценозу, дисемінацією кишкової мікрофлори. Водночас питання визначення шляхів її розповсюдження залишається відкритим.

Нами в експерименті досліджені дані мікробіологічних досліджень в динаміці гострої тонкокишкової непрохідності. Об'єктом дослідження були 50 нелінійних білих щурів. 10 з них слугували групою контролю. У 40 тварин моделювали гостру кишкову непрохідність на рівні середньої частини тонкої кишки шляхом перев'язування її петлі разом з брижею. До моделювання непрохідності, через 2, 4, 6 і 12 годин після, забирали вміст різних ділянок кишки, лімфатичні вузли брижі, ексудат з очеревинної порожнини. У вмісті кишок, брижових лімфовузлах, ексудаті визначали вид і кількість мікроорганізмів.

Через 2 год. після виклику ГКН у різних ділянках кишки виявлений ріст кишкової палички і бактерій роду *Bacteroides*, концентрація яких відрізнялася незначно. У защемленій ділянці переважали бактероїди. У відповідній ділянці вміст мікроорганізмів був найнижчий. У лімфовузлах росту не виявлено. Ексудат у очеревинній порожнині не виявлений. Через 4 год. суттєвих змін у спектрі мікрофлори, а також росту її в лімфовузлах не виявлено. Кількість мікроорганізмів у привідній і защемленій ділянках дещо зросла. Ексудат у очеревинній порожнині не виявлений. Через 6 год. кількість мікроорганізмів у всіх ділянках збільшилася, а у привідній - вірогідно зріс вміст бактероїдів. Виявлений ріст кишкової палички у лімфовузлах кореня брижі у невеликій концентрації. В ексудаті перитонеальному виявлена кишкова паличка, концентрація якої наближалась до етіологічно значимої. Через 12 год. в защемленій петлі вірогідно знизився вміст кишкової палички і зріс - бактероїдів. В значних кількостях висівались пептострептококи. В привідній частині значно зменшилася кількість кишкової палички, а бактероїдів - зростала. У відповідній ділянці також збільшився вміст бактероїдів. Кількість мікрофлори в ексудаті досягла етіологічно значимої.

Отже, виявлені зміни свідчать про розвиток синдрому надмірної бактеріальної колонізації тонкої кишки з перевагою анаеробів, виникнення дисбактеріозу з появою у просвіті защемленої ділянки пептострептококів, які в нормі спостерігаються лише у товстій кишці. Такі зміни мікрофлори є наслідком порушень регуляційної функції кишкової стінки внаслідок пошкоджень, спричинених непрохідністю. Це призводить, зокрема, до зростання токсичності кишкового вмісту, всмоктування якого веде до пошкодження печінки. Прогресування непрохідності призводить через 6 год. до прориву лімфатичного бар'єру і порушення проникності стінки кишки, наслідком чого є поява мікроорганізмів у лімфовузлах і ексудаті, що, в свою чергу, веде до генералізації мікрофлори і виникнення перитоніту, який є окремими потужним джерелом інтоксикації.

Дутка І.І.

ЗМІНИ АКТИВНОСТІ ОКИСНО-ВІДНОВНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВІ КРОВОТЕЧІ

Кафедра хірургії № 1

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

Дослідження механізмів розвитку рецидивних виразкових кровотеч залишаються серед пріоритетів сучасної медичної науки. Це зумовлено досить значною частотою їх виникнення, відсутністю чітких підходів до вибору лікувальної тактики, незадовільними наслідками лікування. Переважна більшість дослідників проблеми зосереджується на питаннях змін згортальної системи. Водночас вивченню активності окисно-відновних процесів, які, зокрема, відіграють значну роль у механізмах гемостазу і регенерації, приділяється недостатньо уваги.

Нами обстежено 17 хворих віком від 21 до 76 р. Серед них було 19 (52,94%) чоловіків, 8 (47,06%) жінок. Усім хворим виконана фіброгастрооденоскопія. У 11 (64,71%) хворих виявлена виразка шлунка, у решти – дванадцятипалої кишки. У 10 (58,82%) пацієнтів діагностований клас Forest ІІС, у решти – ІІВ. Усім хворим призначалося стандартне лабораторне обстеження і однотипне лікування. У 4 хворих, які утворили І групу, виник рецидив кровотечі (у всіх – клас Forest ІІВ). Решта хворих віднесені до 2 групи. Активність перекисного окиснення ліпідів оцінювали за вмістом у плазмі ізолюваних подвійних зв'язків, дієнових кон'югат, кетадієнів і спряжених трієнів, малонового альдегіду (також в еритроцитах). Визначали рівень