



Отже, 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*, *V.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.

**Бродовський С.П.**  
**НОВІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГЕМОРОЮ**

*Кафедра хірургії № 1*

*Буковинський державний медичний університет*

Геморой в структурі колопроктологічних захворювань посідає перше місце, питома вага якого складає від 33 до 42%. Його захворюваність досить висока і становить 118-120 випадків на 1000 дорослого населення й основна маса хворих працездатного віку. Все більшого поширення при лікуванні геморою набувають малоінвазивні хірургічні методи, до яких відноситься застосування радіохвильового скальпеля.

Мета дослідження: удосконалення хірургічного лікування хворих із комбінованим гемороєм, зменшення ризику виникнення як ранніх, так і пізніх післяопераційних ускладнень.

В проктологічному відділенні обласної клінічної лікарні виконано 24 гемороїдектомії з використанням радіохвильового скальпеля «Surgitron™» у хворих з комбінованим гемороєм. Серед них - 14 хворих чоловіки і 10 жінок. Вік хворих коливався від 23 до 62 років. Всім хворим в обов'язковому порядку проводили огляд перианальної ділянки, пальцеве дослідження прямої кишки, ректороманоскопію, УЗД внутрішніх органів, ФОГК, загальноклінічні аналізи. Оперативні втручання виконували під спинно – мозковою анестезією розчином меркаїну чи бупівікаїну.

Після обробки операційного поля та прямої кишки під пальцевим контролем верхівку внутрішнього гемороїдального вузла захоплювали затискачем Люера з тракцією вузла до низу. При цьому судинна ніжка і основа вузла чітко визначалися. Окремим вікриловим вузловим швом на атравматичній голці відступивши до 0,8-1 см проксимальніше прошивали та двічі перевязували слизову анального каналу з судинною ніжкою, попередньо зробивши насічку слизової радіохвильовим скальпелем в режимі «різання та коагуляція». Сам вузол прошивали в основі під зажимом обвивним швом, послаблюючи бранші затискача та одночасно зав'язуючи шов. Гемороїдальний вузол відсікали в режимі «різання». В усіх випадках спостерігали надійний гемостаз. У випадках коли внутрішній вузол відповідав IV стадії перевагу надавали окремим вузловим швам при прошиванні основи вузла. Затискачем Аліса захвачували верхівку зовнішнього гемороїдального вузла, підтягуючи проксимальніше, що давало можливість кращій візуалізації судинної ніжки та основи останнього. Окаймляючим розрізом в режимі «різання та коагуляція» розсікали слизову в основі та поздовжнім – по ходу судинної ніжки. За допомогою, в переважній більшості, тупфера або радіохвильового скальпеля в режимі «коагуляція» відсепарували основу вузла та судинну ніжку від оточуючих тканин. Судинну ніжку прошивали вузловим вікриловим швом на атравматичній голці, зтягуючи проксимальніше та відсікаючи в режимі «різання». Дефект слизової анального каналу поновлювали вузловими швами, підтягуючи анодерму проксимальніше та формуючи заплату. Завершували операцію контролем гемостазу та мазевим тампоном в прямій кишці.

Оцінку результатів лікування ми провели по наступних параметрах: больові відчуття пацієнта в післяопераційному періоді, реакцію тканин на проведену маніпуляцію (кровотеча, запалення, інфільтрація, коагуляційний некроз), частота післяопераційних ускладнень, тривалість заживання післяопераційної рани, зручність роботи з апаратом. В ранньому післяопераційному періоді ні в одному випадку не було зареєстровано кровотечі, значно менше турбував больовий синдром, реактивні явища в ділянці операції були помірнішими.



Тривалість ліжко-дня в середньому була 8-9 днів. Хворі були під наглядом в термін від 1 до 6 місяців.

Таким чином, гемороїдектомія з використанням радіохвильового скальпеля проходила в умовах значно меншої кровоточивості тканин, порівняно з типовою гемороїдектомією. Ні в одному випадку після гемороїдектомії з використанням радіохвильового скальпеля не виявлено ускладнень і рецидивів захворювання.

**Гресько М.М.**  
**ЛАПАРОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ**  
**ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИИ**

*Кафедра хірургії № 1*

*Буковинський державний медичний університет*

Лапароскопічна діагностика – це достовірний і малотравматичний метод, який в останні десятиріччя набуває все більшого застосування. В той же час узагальнюючих робіт, де були б визначені покази до використання малоінвазивних методів а також оцінка критеріїв що спричиняють конверсію, в літературі явно недостатньо.

З цією метою узагальнено досвід лікування 6848 хворих на калькульозний холецистит віком від 18 до 84 (жінок – 5803 (84,74%), чоловіків – 1045 (13,26%).

Встановлено, що ускладнення при виконанні ЛХЕ мали місце у 136 хворих і вимагали конверсії. Причини конверсії наступні: виникнення масивної кровотечі (0,46%) - 24 хворих (23 хворих з гострим та у 1 хворого з хронічним калькульозним холециститом); деструкція стінки жовчного міхура (0,08%) - 4 хворих з гострим калькульозним холециститом; самоампутація міхурової протоки (0,06%) - 3 хворих з гострим калькульозним холециститом; запальний інфільтрат (1,53%) - 79 хворих (75 хворих з гострим та у 4 хворих з хронічним калькульозним холециститом); пошкодження жовчних протоків (0,12%) - 6 хворих (5 хворих з гострим та у 1 хворого з хронічним калькульозним холециститом); злуковий процес (0,21%) - 11 хворих (11 хворих з хронічним калькульозним холециститом); холецисто – ДПК нориця (0,02%) 1 хворий (1 хворий з хронічним калькульозним холециститом); холецисто – гастральна нориця (0,02%) 1 хвора (1 хвора з хронічним калькульозним холециститом); холецисто – товстокишкова нориця (0,02%) 1 хвора (1 хвора з хронічним калькульозним холециститом); вивлення супутньої патології (С-г ободової кишки) – (0,02%) 1 хвора (1 хвора з хронічним калькульозним холециститом); пошкодження тонкої кишки або її брижі (0,06%) - 3 хворих (2 хворих з гострим та у 1 хворої з хронічним калькульозним холециститом); інші (0,06%) - 3 хворих з гострим калькульозним холециститом (порушення серцевого ритму мало місце 2 хворих, ожиріння мало місце у 1 хворої). Причини конверсії при торакокопії були кісти легень великих розмірів – 47 хворих.

Ми вважаємо за необхідне ширше ставити покази до використання малоінвазивних оперативних втручань у хворих в ургентному порядку. Це дозволило діагностувати хірургічну патологію в очеревинній порожнині у 76 хворих; виконати біопсію печінки та оментогепатотоксію у 15 хворих з цирозом печінки; ліквідувати пневмоторакс у 19 та кісти у 46 хворих.

Отже, у хірургічних хворих з важкою супутньою серцево - легеновою патологією лапароскопічні технології дозволяють встановити правильний діагноз і є запорукою успішного лікування.

**Зуб Л.С.**  
**МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕРИТРОЦИТІВ**  
**У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ РЕТИНОПАТІЮ**

*Кафедра офтальмології ім. ім.Б.Л.Радзіховського*

*Буковинський державний медичний університет*

У перебігу та прогресуванні діабетичної ретинопатії (ДР) важливу роль відводять патології мікроциркуляторного кровообігу, що проявляється порушенням руху крові в судинах