хірургічного доступу - тому лапароскопічні операції супроводжуються меншим больовим синдромом, більш швидким, у порівнянні з традиційними відкритими операціями, відновленням функції органів травлення і фізичної активності хворого в цілому.

Лапароскопічні втручання при патології ободової кишки в останнє десятиліття стали «золотим стандартом». Лапароскопічні резекції ободової та прямої кишки, геміколектомії показали значні переваги не тільки за рахунок малотравматичності ран черевної стінки, скорочення термінів лікування та медикаментозного навантаження. Вони дозволили покращити техніку оперативних втручань. Завдяки кращій візуалізації судин, нервів, тканин та сполучнотканинних шарів покращується можливість анатомічного їх виділення від навколишніх структур, надійність обробки кровоносних та лімфатичних судини, видалення розміщених поруч лімфатичних вузлів, запобігаючи розповсюдженню злоякісних клітин. Це сприяє покращенню віддалених результатів лікування хворих з онкопатологією. Принципи операцій, розроблених для лапароскопічних резекцій товстої кишки, почали використовувати і у відкритій хірургії.

На жаль, у Чернівецькій області тривалий час такі операції не виконувались, що було пов'язано як і із відсутністю необхідного обладнання, так і з консерватизмом лікарів, які займаються даною патологією. Пацієнти, які були обізнані з сучасними методами лікування, в кращому випадку на лапароскопічні операції направлялися в лікувальні заклади прилеглих областей, або їх переконували, що лапароскопічні втручання небезпечні та вкрай затратні, а лапаротомні операції недорогі і тому їх виконують в нашій області.

В Центрі малоінвазивної хірургії та гінекології Буковинського державного медичного університету, який працює на базі кафедри хірургії № 1 та хірургічного підрозділу ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня» під керівництвом проф. Полянського І.Ю. з 2020 року розпочато проведення лапароскопічних втручань при патології товстої кишки: виконано правобічну геміколонектомію у хворого з пухлиною висхідної ободової кишки, передню резекцію прямої кишки з мезоректетомією при пухлині ампулярного відділу прямої кишки, резекцію сигмовидної кишки при пухдинному ураженні.

Виконати це стало можливим завдяки придбанню обласною адміністрацією за сприяння Департаменту охорони здоров'я у 2018-2019 роках для хірургічного відділення сучасних лапароскопічних стійок та електрохірургічних апаратів для роз'єднання тканин, в тому числі і ультразвукового скальпеля Harmonica. Попередньо співробітники Центру пройшли відповідну спеціалізацію, у тому числі і з онкохірургії, відвідали численні майстеркласи та конференції з лапароскопічної хірургії.

Операції пройшли успішно. Ретельна доопераційна діагностика, прецензійна техніка хірургів та їх великий досвід дозволив без якихось ускладнень видалити уражений орган без жодних ускладнень, відновити прохідність кишечнику. Після операції пацієнти не підлягали переводу у відділення інтенсивної терапії, а знаходився у звичайній палаті, не потребував знеболення наркотичними анальгетиками. Наступної доби починли ходити та харчуватися, отримували значно менше медикаментів для відновлення функції органів та систем. На 6-7 добу після зняття швів з ран пацієнти виписані на подальше амбулаторне спостереження.

Виконання лапароскопічних операцій при патології правих відділів ободової кишки та поперечнооободової кишки не потребує використання дороговартісних прошивних апаратів, як операції при патології лівих відділів та прямої кишки, тому можуть і повинні виконуватись в умовах нашого недофінансування.

Білоокий В.В.

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

Кафедра хірургії № 1

Буковинський державний медичний університет

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.

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

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 lg KYO/г. Статистичну обробку даних проводили за допомогою комп‘ютерних програм "Statgrafics" та "Exel 7.0".

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.

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, 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.

Білоокий О.В.

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

Кафедра хірургії № 1

Буковинський державний медичний університет

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