МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

М А Т Е Р І А Л И

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

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.

Білоокий 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-Гізоном.

Результати дослідження. Досліджували препарати з допомогою світлової мікроскопії. Верифікацію гістологічних діагнозів проводили з допомогою патогістологічних методів, які базувались на критеріях загальноприйнятої класифікації Всесвітнбої 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±m = 16,7±3,19). Усі хворі були жіночої статі і на момент реоперації їх вік становив від 33 до 60 років (M±m = 48,7±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

діагностики багатовузлових форм зобу, а від обсягу операції. Таким чином, рецидив вузлового зоба пов'язаний з обсягом виконаної операції, що виникає в основному у хворих з субклінічними формами післяопераційного гіпотиреозу.

Висновки. Ймовірною причиною рецидиву первинного захворювання можна вважати недостатній обсяг операційного втручання, тоді як рецидив нового захворювання вказує на наявність змін макроскопічно не зміненої тканини тиреоїдного залишку, які не були помічені під час первинного втручання.

Гресько М. М.

СУЧАСНІ ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГІГАНТСЬКИХ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Кафедра хірургії № 1

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Грижі живота належать до найбільш поширених захворювань, становлячи одну з основних оперативних патологій будь – якого загального хірургічного відділення. Серед усіх хірургічних втручань операції з приводу черевних гриж займають друге місце після апендектомії. З іншого боку частота гриж та кількість операцій суттєво не змінюються з роками у різних країнах. Рецидивні грижі є основною невдачею хірурга, що робить незадовільними віддалені результати лікування і вимагає виконання повторної операції, після якої ризик рецидиву на порядок зростає. Як емоційно висловився у 1965 році один з основоположників сучасної герніології Stopa, у період початку розробки нових хірургічних алопластичних методів лікування гриж «рецидиви гриж стали нашестям для хворих, ганьбою та приниженням для хірургів». Сучасні дані медичної статистики свідчать про підвищення частоти формування післяопераційних вентральних гриж до 10 % у плановій хірургії і до 32–35 % в ургентній хірургії, а також про високу частоту рецидиву цієї патології – 30–60%. Такі результати зумовлені збільшенням кількості операційних втручань у сучасній хірургічній практиці, розширенням їх об’єму, зростанням кількості оперованих пацієнтів літнього і старечого віку, а також патологічними змінами в тканинах передньої черевної стінки та їх надмірним натягненням внаслідок хірургічного втручання. Лікування післяопераційних вентральних гриж є достатньо важким завданням герніології.

Мета дослідження. Вивчити питання покращення фізичної та соціальної реабілітації після операції, зменшення кількості післяопераційних лікування гриж передньої черевної стінки.

Матеріали і методи дослідження. Лапароскопічна герніопластика з інтраперитонеальним розміщенням алотрансплантата є перспективним та відносно новим “tension free” методом, при якому грижовий дефект передньої черевної стінки закривається з боку черевної порожнини. Але ендовідеохірургічні технології, які забезпечують мінімальну травматичність оперативного втручання та високу ефективність лікування, на жаль, не отримали досі широкого розповсюдження в хірургії післяопераційних вентральних гриж.

Результати дослідження. Нами у 2021 році започатковано упровадження даної методики на базі хірургічного підрозділу ОКЛ « Чернівецька обласна клінічна лікарня», а саме виконали лапароскопічну інтраперитонеальну IPOM+ операцію з приводу діастазу прямих м’язів живота III ступеню та невправимої пупкової грижі середніх розмірів. Суть методики наступна: виконується з декількох невеликих проколів і закінчується встановленням спеціального композитного сітчастого імланта в черевній порожнині. Окрім цього лапароскопічна плікація діастазу є найбільш оптимальним варіантом з точки зору фізіології. Але слід зауважити, що таке оперативне втручання для світової хірургічної спільноти є золотим стандартом при лікуванні цієї патології при умові, що у хворого раніше не було проведено оперативне втручання. Якщо у анамнезі хворого є ціла низка оперативних втручань де неможливо зробити лапароскопію, тоді ми запропонували та виконали наступну методику: лапаротомну інтраперитонеальну IPOM+ операцію з приводу діастазу прямих м’язів живота III ступеню та невправимої піляопераційної грижі гіганських розмірів (33см на