



**Tarabanchuk V.V., Maksymyuk V.V.**  
**CLINICAL COURSE AND TREATMENT HABITS OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS OF  
PERSONS WITH GENETICALLY DETERMINED DISORDERS OF TRYPSIN INTRAACINAR CELLS  
INACTIVATION**

*Department of Surgery № 1  
Higher State Educational Establishment of Ukraine  
«Bukovinian State Medical University»*

Accumulated a new approaches to the treatment of acute destructive pancreatitis in patients with a genetic determined mechanisms disorder of trypsin intraacinar cells inactivation. Assessed the effectiveness of this therapeutic management.

In the study involved 92 people with various forms of acute destructive pancreatitis. Detection of pathological R122H- and H122H-genotypes of PRSS1 gene or mutational homozygous N34S-genotype of SPINK 1 gene in these patients had been indicated the presence of genetically determined disorders of trypsin intraacinar cells inactivation.

Patients divided on two groups: control and research. The control group consisted of 33 people. In these patients based on retrospective review of medical [in-patient] card studied features of acute destructive pancreatitis on the basis of genetically determined disorders of trypsin intraacinar cells inactivation. The findings of investigation were the basis for development of new method of treatment that were used in 59 patients of the test group. Genetic analysis conducted by setting the polymerase chain reaction using of specific primers and restriction endonucleases. Statistical relationship between the values of received parameters inspected by identifying Student's and Fisher's tests.

Revealed that the clinical course of acute destructive pancreatitis in people with genetically determined disorders of trypsin intraacinar cells inactivation, characterized by more intense activation of pancreatic enzymes with quick development of extensive destructive lesions of the pancreas and accelerated the formation of purulent-necrotic complications. Therefore, in treating of such patients we have developed and applied a new methods of local and systemic antienzyme effects, specific replacement augmentation therapy, and special approaches for the surgical procedures. This makes it possible to reduce the risk of widespread pancreatic necrosis per 14%, frequencies in elaboration of late purulent-necrotic complications and bleeding per 21% and 31%, respectively, reduce the number of reoperation per 34%, precipitate the normalization of clinical and laboratory parameters per 27%, reduce in-patient treatment per 23%, reduce mortality per 39%.

So, the course of acute destructive pancreatitis in a people with mutations R122H of PRSS1 gene and N34S of SPINK 1 gene are characterized by specific clinical features. This justifies necessity of application in a such patients a special therapeutic management.

**Tkachuk N.P.**  
**PREDICTION OF RELAPSE IN PATIENTS WITH NODULAR GOITER FORMS**

*Department of Surgery № 1  
Higher State Educational Establishment of Ukraine  
«Bukovinian State Medical University»*

Recurrent goitre - is a multifactorial disease and its development can be influenced by various factors. According to different authors, from 3 to 80% of patients suffering from nodal forms of goiter are operated in case of relapse.

The objective of the study is to investigate the possible factors of nodal goiter recurrence, determining of which in the preoperative period will allow isolating groups of patients with a potential risk of relapse.

The results of examination and surgical treatment of nodal forms of goiter during 2004-2016 were analysed. To achieve uniformity of groups the patients were selected on the criteria: women, histological confirmation of benign focal pathology. We isolated 40 patients who, in the period from 5 to 12 years after initial surgery, had the nodal goiter relapse - basic (I; n = 40) group, and 60 people with relapse-free course of the disease, were included in the comparison (II; n = 60) group. We took into account their medical history, ultrasound findings and studies of plasma by ELISA for level of thyroid stimulating hormone (TSH); free fractions of thyroxine (fT4) and triiodothyronine (fT3); thyroglobulin (TG); anti-thyroid peroxidase autoantibodies (ATPA), anti-thyroglobulin autoantibodies (ATGA) and thyroid antimicrosomal antibody (TAMA).

According to ultrasonography, 74% of patients of group I and 32% of patients in group II had lesions in both lobes of the thyroid gland; prevalence of nodules  $\geq 50\%$  of a lobe was observed in 61% of group I and in 48% of patients in the second group; perinodular changes in thyroid tissue as hypo- or hyperechogenicity were ascertained in 69% of patients of group I and in 33% of patients in the second group. While studying the thyroid status, euthyroidism was found in 63% of group I and in 80% of patients in the second group. By studying the activity of autoimmune processes we revealed: the average content of ATPA in patients of group I amounted  $64,52 \pm 11,3$  IU / ml, in the second group -  $28,11 \pm 5,94$  IU / ml;  $p < 0,001$ ; the average ATGA in patients of group I amounted  $121,44 \pm 28,16$  IU / ml, the second group -  $68,74 \pm 19,82$  IU / ml,  $p < 0,001$ . Equally important in assessing the degree of iodine deficiency is the content of thyroglobulin in blood serum:  $> 40$  ng / ml - severe,  $20-39$  ng / ml - moderate,  $< 20$  ng / ml - mild. In patients of group I TG content amounted  $49,52 \pm 4,49$  ng / ml; In the second group -  $24,12 \pm 2,97$  ng / ml,  $p < 0,001$ .

Based on the above data we have developed a scale to predict recurrence of nodular goiter forms that includes the parameters of the points assigned to them: accommodation in terms of iodine deficiency: Yes - 1 No - 0; Sex: female - 1 male - 0; age  $< 50$  years - 1  $> 50$  - 0; Ancestral history of goiter, aggravated - 1, not aggravated - 0; thyroid



status (clinical and laboratory): hypo, hyperthyroidism - 1 euthyroidism- 0; thyroid lobes lesion (by ultrasound): bilateral - 1, one-sided - 0; distribution of lesions in the thyroid lobe (by ultrasound):  $\geq 50\%$  of a lobe - 1  $< 50\%$  of a lobe - 0; perinodular tissue echogenicity (by ultrasound), hypo-; hyper echogenicity - 1 izoechogenicity - 0; echostructure (by ultrasound): heterogeneous - 1 homogeneous - 0. assessment is carried out by arithmetically adding the points. The maximum amount on this scale is 9, minimum - 0 points. Patients with more than 5 points belong to a risk group.

Thus, determining a risk of recurrence in patients with nodular goiter in the preoperative period will help to choose the appropriate volume of surgery, in patients who under the scale are at risk, in our view, it would be more appropriate to perform radical surgery: thyroidectomy or or hemithyroidectomy with subtotal resection of contralateral lobe ( from the side of smaller changes); in patients who do not belong to the risk group, lesser surgery should be planned depending on the location of nodular masses: unilateral hemithyroidectomy or subtotal resection of both lobes of the thyroid gland.

**Андрієць В.В.**

### **ЛАПАРОСКОПІЧНА ХОЛАНГІОГРАФІЯ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНЕ ДРЕНУВАННЯ ХОЛЕДОХА ЯК МЕТОДИ ПОПЕРЕДЖЕНЬ УСКЛАДНЕНЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ**

*Кафедра хірургії № 1*

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

Рідким, але небезпечним ускладненням лапароскопічної холецистектомії є неспроможність міхурової протоки з розвитком жовчного перитоніту. Найбільш частою причиною розвитку даного ускладнення є підвищення тиску в жовчних шляхах внаслідок не виявлених конкрементів жовчних шляхів, розвиток чи наявність гострого панкреатиту чи паліліту. Рутинне стандартне використання УЗД позапечінкових жовчних шляхів при відсутності їх розширення не завжди дозволяє передопераційно виявити безсимптомні мікроконкременти в жовчних шляхах. Прямі методи контрастування позапечінкових жовчних шляхів для доопераційної діагностики та лікування холедохолітіазу, враховуючи їх дороговизну та можливість різних ускладнень після втручань, використовуються строго по показам за наявності клінічної картини патології жовчних шляхів. Окрім того, інтраопераційні маніпуляції на жовчному міхурі до етапу виділення та кліпування міхурової протоки можуть сприяти виходу мілких конкрементів, замазкоподібних мас та інфікованої жовчі з жовчного міхура в загальну жовчну протоку.

На даний час не існує стандартного алгоритму використання інтраопераційної холангіографії при виконанні лапароскопічної холецистектомії. В окремих клініках вона є стандартним обов'язковим етапом виконання лапароскопічної холецистектомії з метою з'ясування анатомії позапечінкових жовчних шляхів та наявності в них конкрементів. В інших використовується по індивідуальних показах, виявлених інтраопераційно. За відсутності можливості виконання лапароскопічної холангіографії при виявленні інтраопераційно змін жовчних шляхів проводять конверсію.

В перші роки виконання лапароскопічних холецистектомій в Центрі малоінвазивної хірургії на гінекології БДМУ виявлені інтраопераційно розширення холедоха чи явна міграція конкрементів з міхурової протоки в холедох супроводжувалися переходом до відкритих операцій для ревізії позапечінкових жовчних шляхів. В багатьох випадках патології холедоха не виявляли, одак лапаротомія вже була виконана. В останні роки в таких ситуаціях почали виконувати лапароскопічну холангіографію.

Лапароскопічну холангіографію виконуємо за стандартною методикою: після ретельного виділення міхурової протоки від шийки жовчного міхура до холедоха біля шийки жовчного міхура накладаємо кліпсу. Для кращої мобільності виділяємо, кліпуємо та пересікаємо міхурову артерію. Міхурову протоку під кліпсою надсікаємо ножицями на 1/3. Спочатку оцінюємо інтенсивність поступлення жовчі з міхурової протоки, що може свідчити про наявність жовчної гіпертензії. В залежності від діаметру міхурової протоки вибираємо катетер максимальної товщини. При дуже тонкій міхуровій протоці виконуємо її бужування дисектором, яке також сприяє руйнуванню клапанів протоки. Катетер фіксуємо лігатурою, виводимо на черевну стінку через додатковий 5 мм троакар в правому підребр'ї, перевіряємо герметичність катетера в міхуровій протоці. Для виконання холангіографії використовуємо до 20 мл розведеного на 0,25% розчину новокаїну тріомбрасу. Після оцінки холангіограми вирішується подальша тактика операційного втручання. Виконання інтраопераційної лапароскопічної холангіографії дозволило уникнути переходу на лапаротомію у 4 хворих.

Таким чином, настороженість під час виконання лапароскопічної холецистектомії, інтраопераційна діагностика можливої патології позапечінкових жовчних шляхів шляхом використання лапароскопічної холангіографії та лапароскопічного зовнішнього дренивання жовчних шляхів дозволяють уникнути небажаних негативних наслідків та розвитку важких післяопераційних ускладнень.

**Білокий О.В.**

### **ВДОСКОНАЛЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЖОВЧНИЙ ПЕРИТОНІТ**

*Кафедра хірургії № 1*

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

Хірургічне втручання на позапечінкових жовчних шляхах залишаються серед найскладніших операцій у абдомінальній хірургії, не дивлячись на широке впровадження сучасних малоінвазивних методів втручання.