

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

**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

Results. It was established that luminescence of human blood plasma was in the wavelength $\lambda = 460 - 800$ nm. Thus, in the fluorescence spectra of healthy people the characteristic maximum of intensity at wavelength $\lambda = 474-475$ nm was observed. In patients maximum indicators of fluorescence capacity in this area displaced to the short-range, starting from the wavelength $\lambda = 471$ nm, and their absolute parameters were much lower. As a result of comparative analysis in patients of the second, the third and the fourth groups characteristic differences of the spectral distribution of peak values fluorescence intensity were found. In particular, acute destructive cholecystitis maximum parameters are observed at a wavelength $\lambda = 470$ nm, with perforations of gastroduodenal ulcers - at a wavelength $\lambda = 468$ nm, and in acute destructive pancreatitis - at a wavelength $\lambda = 466$ nm. That is, in the fourth group of patients, the largest fluorescence intensity shifted to shorter range, when comparing with another groups. Obtained results were the basis for working out of a new method of fluorescent diagnostics of acute destructive pancreatitis (invention application № u 2011 01328). Diagnostic sensitivity in our study was 90.1%, diagnostic specificity - 83.3%, diagnostic accuracy - 88.2%, diagnostic efficiency - 86.7%.

Conclusions. Thus, studies testify that at conditions of acute destructive pancreatitis the specific changes of photoluminescent parameters of venous blood plasma appear. This points to promising carrying out further in-depth research in this direction. Peak values of fluorescence intensity blood plasma of healthy donors are marked at wavelengths $\lambda = 474-475$ nm. The patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity maximal values fluorescence intensity of the plasma shift to the short range. At acute destructive pancreatitis the characteristic peak of fluorescence intensity at wavelength $\lambda = 466$ nm is determined.

Андрієць В.В.

ВІДЕОХОЛАНГІОСКОПІЯ З ЛІТОЕКСТРАКЦІЄЮ У ПАЦІЄНТА З РЕЦИДИВНИМ ВНУТРІШНЬОПЕЧІНКОВИМ ХОЛАНГІОЛІТІАЗОМ ПІСЛЯ ГЕПАТІКОЄЮНОСТОМІЇ

Кафедра хірургії № 1

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Найбільш частими ускладненнями після гепатікоєюностомії є холангіт, рецидивний холангіолітіаз, стриктура анастомозу, які призводять до розвитку обтураційної жовтяниці, холестатичних гепатитів та цирозів. Найбільш часто такі пацієнти піддаються повторним травматичним реконструктивним втручанням з підняттям рівня анастомозу до внутрішньопечінкових жовчних шляхів. Альтернативою є високотехнологічні ендоскопічні втручання – поєднання черезшкірної черезпечінкової холангіоскопії з контактною літотрипсією, балонною дилатацією зони анастомозу та літоекстракцією за допомогою ентероскопа, якщо змінена анатомія шлунково-кишкового тракту дозволяє його провести до рівня анастомозу.

Мета. Вивчити можливість виконання відеохолангіолітоекстракції через петлю кишки гепатікоєюноанастомозу.

Матеріали і методи. Пацієнт Я., 48 р., з діагностованим рецидивуючим холангіолітіазом. В анамнезі у пацієнта у 2011 році виконана резекція 2/3 шлунка з гастроентероанастомозом на довгій петлі та ентеро-ентероанастомозом, у 2015 році - холецистектомія з холедоходуоденоанастомозом. У 2018 році із-за рецидиву холедохолітіазу та частими загостреннями калькульозного холангіту виконана реконструктивна гепатікоєюностомія за типом Ру. В післяопераційному періоді спостерігалися періодичні загострення холангіту та ознаки холелітіазу. Чергове загострення холангіту та розвиток механічної жовтяниці у даного пацієнта слугувало показом до чергової госпіталізації у грудні 2021 р.

Отримані результати. Враховуючи досвід виконання лапароскопічних відеохоледохоскопій з літоекстракцією нами було вирішено за допомогою наявного оснащення виконати холангіоскопію через петлю кишки в ділянці гепатікоєюноанастомозу. Виконана правобічна бокова підреберна мінілапаротомія. Через виділену з злук петлю тонкої

кишки в ділянці гепатікоєюноанастомоз заведено відеохоледохоскоп і проведено у внутрішньопечінкові протоки через зону гепатікоєюноанастомозу. В дольових та сегментарних протоках лівої долі печінки виявлено множинні конкременти, які видалено корзинкою Дорміа та промиванням протоків. Загалом видалено 8 конкрементів неправильної форми розміром 4-8 мм. Ентеротомний розріз ушито дворядним швом. Лапаротомна рана пошарово ушита. В післяопераційному періоді проводилася антибактеріальна терапія для ліквідації холангіту. Післяопераційних ускладнень не спостерігалось, явища холангіту та механічної жовтяниці ліквідовані. Пацієнт в задовільному стані виписаний додому.

Висновок. Відеохолангіоскопія через відвідну петлю біліоентероанастомозу у пацієнтів з внутрішньопечінковим холангіолітіазом може бути альтернативою реконструктивних операційних втручань.

Білокий В.В.

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

Кафедра хірургії № 1

Буковинський державний медичний університет

Вступ. 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

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

Матеріал і методи дослідження. 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 Іg KYO/г. Статистичну обробку даних проводили за допомогою комп'ютерних програм "Statgrafics" та "Excel 7.0".

Результати дослідження. 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