

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

100 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
Вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
11, 13, 18 лютого 2019 року**

(присвячена 75 - річчю БДМУ)

Чернівці – 2019

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:
професор Братенко М.К.
професор Булик Р.Є.
професор Гринчук Ф.В.
професор Давиденко І.С.
професор Дейнека С.Є.
професор Денисенко О.І.
професор Заморський І.І.
професор Колоскова О.К.
професор Коновчук В.М.
професор Пенішкевич Я.І.
професор Сидорчук Л.П.
професор Слободян О.М.
професор Ткачук С.С.
професор Тодоріко Л.Д.
професор Юзько О.М.
д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний
університет, 2019



втручання, яке повинно виконуватися якомога раніше і бути направленим на вирішення трьох основних завдань: ліквідацію причини перитоніту, ефективну санацію очеревинної порожнини, забезпечення умов для тривалого локального впливу на перебіг запального процесу в очеревинній порожнині та контролю за ним, динамічної оцінки за життєздатністю тканин, спроможністю лінії швів та анастомозів.

Найбільш варіабельними є міроприємства по ліквідації причини перитоніту. В залежності від конкретних ситуацій, можливе виконання резекції уражених ділянок, при її неможливості - додаткове закріплення лінії швів та анастомозів. Ефективним для цього є розроблені методики з використанням консервованих ембріональних тканин з наведеними антибактеріальними властивостями.

Для вирішення третього завдання важливим є визначення ступеня важкості перебігу перитоніту. Слід підкреслити, що ПОП в більшості випадків діагностується при наявності III-A, III-B чи навіть IV ступеня важкості перебігу.

Оперативна тактика у хворих з III-A та III-B ступенями важкості принципово відрізняється. Так, при III-A ступені важкості перебігу, усунення причини перитоніту, ефективна санація очеревинної порожнини, адекватне її дренивання та комплексна післяопераційна терапія є, в більшості випадків, достатнім за об'ємом комплексом, який в подальшому забезпечує сприятливий наслідок.

У хворих з III-B та IV ступенями важкості перебігу перитоніту одномоментною санацією очеревинної порожнини не вдається досягти такого зниження бактеріальної забрудненості, яка б виключала можливість подальшого прогресування запального процесу. В зв'язку з цим виникає потреба в повторних санаціях очеревинної порожнини, кількість яких буде залежати від характеру запального процесу, глибини деструктивних змін в парієтальній та вісцеральній очеревинах, реактивності та резистентності організму. Окрім того, у таких хворих виникає потреба в динамічному спостереженні за спроможністю накладених швів та анастомозів, життєздатністю тканин і органів.

В зв'язку з цим вважаємо, що у таких хворих необхідно використовувати запрограмовану лапароскопію - повторні розкриття очеревинної порожнини (Б.О. Мільков та співавт., 1987), які дають змогу не тільки повторно провести санацію очеревинної порожнини, знижуючи її бактеріальну забрудненість, а й в динаміці оцінити спроможність накладених швів, при необхідності - вжити заходи по додатковому їх закріпленні.

При проведенні порівняльної оцінки ефективності такої лікувальної тактики встановлені відмінності в перебізі післяопераційного періоду у хворих з післяопераційним перитонітом в порівнянні з вторинним не післяопераційним перитонітом. Більш важкий перебіг післяопераційного періоду у таких хворих потребує комплексного консервативного лікування, яке повинно враховувати всі основні ланки і особливості патогенезу післяопераційного перитоніту.

Отже, поглиблене дослідження патогенезу ПОП та оцінка ефективності його лікування дає змогу стверджувати, що вирішення цієї проблеми можливе не в площині вдосконалення існуючих чи розробки нових методів його ранньої діагностики та лікування, а в площині розробки ефективних заходів по профілактиці виникнення післяопераційного перитоніту.

Білокий О.В.

ПОРОЖНИННА МІКРОФЛОРА ТОВСТОЇ КИШКИ ЗА НЕІНФІКОВАНОГО ТА ІНФІКОВАНОГО ЖОВЧНОГО ПЕРИТОНІТ

Кафедра хірургії № 1

*Вищий державний навчальний заклад України
«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 Ig 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 зростає 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.

Бродовський С.П. **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГЕМОРОЮ**

Кафедра хірургії № 1
Вищий державний навчальний заклад України
«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.