

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



**МАТЕРІАЛИ**

**106-ї підсумкової науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
професорсько-викладацького колективу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
03, 05, 10 лютого 2025 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2025 році №1005249

**Чернівці – 2025**

УДК 61(063)  
М 34

Матеріали підсумкової 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2025. – 450 с. іл.

У збірнику представлені матеріали 106-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького колективу Буковинського державного медичного університету (м. Чернівці, 03, 05, 10 лютого 2025 р.) зі стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Годованець О.І., професор Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Батіг В.М.  
професор Білоокій В.В.  
професор Булик Р.Є.  
професор Давиденко І.С.  
професор Дейнека С.Є.  
професорка Денисенко О.І.  
професор Заморський І.І.  
професорка Колоскова О.К.  
професорка Кравченко О.В.  
професорка Пашковська Н.В.  
професорка Ткачук С.С.  
професорка Тодоріко Л.Д.  
професорка Хухліна О.С.  
професор Черноус В.О.

ISBN 978-617-519-135-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2025

classic and modern diagnostic technologies into clinical practice should become a standard for diagnosing fungal diseases not only of the upper respiratory tract and ear, but also of other biotopes of the human macroorganism.

**Андрієць В.В.**

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АХАЛАЗІЄЮ СТРАВОХОДУ**

*Кафедра хірургії № 1*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Ахалазія стравоходу (АС) або кардіоспазм – проблема, яка знижує якість життя та може бути причиною важких ускладнень – дисфагії, значного схуднення, підвищує ризику розвитку раку стравоходу. Основним методом радикального лікування є операція. Лапароскопічна корекція признана сучасним та ефективним методом лікування у всьому світі.

**Мета дослідження.** Проаналізувати результати операційного лікування пацієнтів з АС, виконаного однією операційною бригадою в Центрі малоінвазивної хірургії та гінекології на базі хірургічного відділення ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня».

**Матеріал і методи дослідження.** За період з 2021 по 2024 роки нами прооперовано лапароскопічно 9 пацієнтів з ахалазією. 2 пацієнти у 2021 році, 4 – у 2022 році, 1 у 2023 році та 2 у 2024 році. За статтю - 4 чоловіки та 5 жінок. Вік пацієнтів коливався від 36 років до 68 років, середній вік склав 54,0 роки.

**Результати дослідження.** Серед оперованих пацієнтів II ступінь АС діагностовано у 3 пацієнтів, III у 5 та IV у одної. У двох пацієнтів АС поєднувалася з аксіальною грижею стравохідного отвору діафрагми (ГСОД). У всіх пацієнтів наявність та ступінь АС підтверджено даними езофагогастродуоденоскопії та рентгеноскопії стравоходу. Тривалість захворювання коливалася від декількох місяців до 15 років. У двох випадках виражені запальні та виразкові зміни слизової стравоходу потребували тривалої доопераційної терапії. У всіх випадках операційні втручання виконані лапароскопічно. Стандартно використовувалося 5 троакарів, два 10 мм та три 5 мм, у трьох випадках достатньо було використання 4 точок доступу. Створення пневмоперитонеуму та постановку першого 10 мм троакара проводили зліва параректально на 3-4 см нижче реберної дуги. Другий 10 мм троакар розміщувався по серединній лінії на 6-8 см нижче мечовидного відростка, що залежало від статури пацієнта. Таке високе розміщення 10 мм троакарів дає оптимальний огляд зони стравохідного отвору діафрагми. 5 мм троакари розміщували біля мечовидного відростка для утримання печінки, зліва під реберною дугою по передньоаксілярній лінії та справа параректально на 4-5 см нижче реберної дуги. У випадках ізольованої АС проводилося виділення тільки передньої поверхні стравоходу з збереженням печінкової гілки переднього блукаючого нерва. При наявності ГСОД проводили повне циркулярне виділення стравоходу та ніжок стравохідного отвору для проведення задньої крурорафії. Міотомію проводили по передній стінці стравоходу лівіше переднього блукаючого нерва з переходом на кардіальний відділ шлунку. Довжина міотомії на стравоході була від 6 до 8 см з захватом на 2-3 см зони розширеного стравоходу та 3-4 см на кардіальній частині шлунку. У всіх випадках для закриття зони міотомії нами використано фундоплікацію за Дором. Зазвичай стінку шлунку фіксували до країв м'язів окремими вузловими швами. В трьох випадках, коли під час міотомії відбувалася перфорація слизової шлунку чи стравоходу, після ушивання зони перфорації стінку шлунку фіксували до країв міотомії неперервним обвивним швом. В цих випадках обов'язково операцію завершували дренажуванням зони операції і дренаж видаляли на 3-4 добу після операції. Пити воду пацієнти розпочинали в день операції через 3-4 години після втручання, з наступного дня вживали рідку їжу. Вставати з ліжка дозволялося через 5-7 годин. Час операції склав від 90 хв до 180 хв, в середньому 130 хв. Термін перебування в стаціонарі склав від 4 до 10 днів, в середньому 6,8.

Доопераційний ліжко-день від 1 до 3, в середньому 1,8. Післяопераційний ліжко-день - від 3 до 7, в середньому 6. Післяопераційних ускладнень в стаціонарі не спостерігалось.

**Висновки.** Лапароскопічна корекція АС стравоходу є ефективним, безпечним та малотравматичним методом лікування. Вибір методики фундоплікації залежить від змін в езофагокардіальній зоні. Злагоджена робота оперуючих хірургів та відповідне оснащення скорочує час операції та зменшує ризики інтраопераційних та післяопераційних ускладнень.

**Білоокій В.В.**

## **ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ РЕЦИДИВНИЙ ЗОБ. МОРФОЛОГІЧНА СТРУКТУРА. 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.** 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-еозинном 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 Всесвітньої 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 ( $M \pm m = 16,7 \pm 3,19$ ). Усі хворі були жіночої статі і на момент реоперації їх вік становив від 33 до 60 років ( $M \pm m = 48,7 \pm 2,53$ ).

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: середньодрібноклітинну 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