

**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

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-еозином або нітрофуксином за Ван-Гізеном.

**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

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.

**Боднар О.Б.**

## **ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНАХ СЕЛЕЗІНКИ У ДІТЕЙ**

*Кафедра дитячої хірургії, отоларингології та офтальмології*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Хірургія селезінки до цього часу, залишається досить актуальною проблемою дитячої хірургії. Є захворювання, при яких тільки спленектомія дозволяє дитині жити повноцінним життям. До таких відносять: серповидно-клітинну анемію, ідіопатичну тромбоцитопенічну пурпуру, спадковий мікросфероцитоз, таласемію, аутоімунну гемолітичну анемію, а також селезінка в 25% – 30% страждає при тупих травмах живота. Питання хірургічного лікування і збереження селезінки при ушкодженнях є життєво необхідними.

**Мета дослідження.** Вивчити можливості хірургічного лікування патологічних станів та травм селезінки у дітей.

**Матеріал і методи дослідження.** Проведено аналіз оперативних втручань з приводу захворювань та травм селезінки у дітей, віком від 2 до 17 років з 2019 по 2024 роки. Дослідження проведені на базі хірургічних відділень КНП ЛОР «Клінічний центр дитячої медицини» м. Львів та КНМ «Міська дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці. Захворювання селезінки - 27 дітей (серповидно-клітинна анемія (9 дітей), ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (4 дитини), спадковий мікросфероцитоз (6 дітей), таласемія (1 дитина), аутоімунна гемолітична анемія (1 дитина), кісти селезінки 6 дітей), травма - 43 дитини (20 оперовані).

**Результати дослідження.** Консервативне лікування травм селезінки різного ступеня, проводили згідно рекомендацій Американської асоціації хірургії травми (AAST) 23 дітям. Резорбція гемоперитонеуму проводили на 11-14 добу після початку консервативного лікування.

Оперативні втручання за різними методиками були виконані 20 (46,51%) дітям. 17 пацієнтам була проведена лапароскопія. 2 дітям виконана лапароскопічна спленектомія при IV ступені за AAST та нестабільній гемодинаміці.

При огортанні селезінки сальником, остатній не відділяли від селезінки. Оперативне втручання завжди закінчували встановленням дренажної трубки в параселезінковому просторі. У 2 дітей з IV ступенем за AAST перейшли на конверсію, при якій вдалося ушити селезінку та зупинити кровотечу. У 3 дітей з V ступенем ушкодження за AAST, було виконано лівобічну підреберну лапаротомію та видалення селезінки.

При захворюваннях селезінки, лапароскопічна спленектомія була успішна у 12 (44,44%) дітей, проявила високу ефективність при хворобі Мінковського-Шоффара у поєднанні з калькульозним холециститом (3 дітей), одночасно проведена симультанна холецистектомія. Лапароскопічне видалення кіст селезінки також було виправданим у 3 (11,11%) дітей. Однак, видалення паразитарних кіст потребували відкритої спленектомії у 3 пацієнтів. Відкрита спленектомія проведена у 9 дітей при хворобах селезінки. У 5 дітей лапароскопічна спленектомія виявилась недоцільною, обумовлена вираженим периспленітом, великою вагою селезінки та малим віком дітей.

**Висновки.** Морфологічна структура селезінки сприяє спонтанному гемостазу, що є підставою до забезпечення консервативного лікування при травмах селезінки у 53,49% дітей. Обрання методики хірургічного втручання при захворюваннях селезінки у дітей має бути