

**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

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.

Гресько М. М.

СУЧАСНІ ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГІГАНТСЬКИХ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Кафедра хірургії № 1

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Грижі живота належать до найбільш поширених захворювань, становлячи одну з основних оперативних патологій будь – якого загального хірургічного відділення. Серед усіх хірургічних втручань операції з приводу черевних гриж займають друге місце після апендектомії. З іншого боку частота гриж та кількість операцій суттєво не змінюються з роками у різних країнах. Рецидивні грижі є основною невдачею хірурга, що робить незадовільними віддалені результати лікування і вимагає виконання повторної операції, після якої ризик рецидиву на порядок зростає. Як емоційно висловився у 1965 році один з основоположників сучасної герніології Stora, у період початку розробки нових хірургічних алопластичних методів лікування гриж «рецидиви гриж стали нашестям для хворих, ганьбою та приниженням для хірургів». Сучасні дані медичної статистики свідчать про підвищення частоти формування післяопераційних вентральних гриж до 10 % у плановій хірургії і до 32–35 % в ургентній хірургії, а також про високу частоту рецидиву цієї патології – 30–60%. Такі результати зумовлені збільшенням кількості операційних втручань у сучасній хірургічній практиці, розширенням їх об'єму, зростанням кількості оперованих пацієнтів літнього і старечого віку, а також патологічними змінами в тканинах передньої черевної стінки та їх надмірним натягненням внаслідок хірургічного втручання. Лікування післяопераційних вентральних гриж є достатньо важким завданням герніології.

Мета дослідження. Вивчити питання покращення фізичної та соціальної реабілітації після операції, зменшення кількості післяопераційних лікування гриж передньої черевної стінки.

Матеріали і методи дослідження. Лапароскопічна герніопластика з інтраперитонеальним розміщенням алотрансплантата є перспективним та відносно новим “tension free” методом, при якому грижовий дефект передньої черевної стінки закривається з боку черевної порожнини. Але ендовідеохірургічні технології, які забезпечують мінімальну травматичність оперативного втручання та високу ефективність лікування, на жаль, не отримали досі широкого розповсюдження в хірургії післяопераційних вентральних гриж.

Результати дослідження. Нами у 2021 році започатковано упровадження даної методики на базі хірургічного підрозділу ОКЛ « Чернівецька обласна клінічна лікарня», а саме виконали лапароскопічну інтраперитонеальну IPOM+ операцію з приводу діастазу прямих м'язів живота III ступеню та невправимої пупкової грижі середніх розмірів. Суть методики наступна: виконується з декількох невеликих проколів і закінчується встановленням спеціального композитного сітчастого імпланта в черевній порожнині. Окрім цього лапароскопічна плікація діастазу є найбільш оптимальним варіантом з точки зору фізіології. Але слід зауважити, що таке оперативне втручання для світової хірургічної спільноти є золотим стандартом при лікуванні цієї патології при умові, що у хворого раніше не було проведено оперативне втручання. Якщо у анамнезі хворого є ціла низка оперативних втручань де неможливо зробити лапароскопію, тоді ми запропонували та виконали наступну методику: лапаротомну інтраперитонеальну IPOM+ операцію з приводу діастазу прямих м'язів живота III ступеню та невправимої післяопераційної грижі гігантських розмірів (33см на

19см). Отримані результати показали, що це є вирішення надзвичайно важких та складних проблем хворого.

Висновки. Оперативне втручання з приводу післяопераційних венціальних гриж повинен виконувати фахівець, який володіє різноманітними методиками реконструктивних операцій післяопераційних венціальних гриж. Вибір методики операції підбирається індивідуально під кожного пацієнта, в залежності від величини діастазу, наявності супутньої грижі та її розмірів, наявності чи відсутності супутньої патології.

Козарійчук Н.Я.

СУЧАСНИЙ АНАЛІЗ ПАТОГЕНЕЗУ ПЕРВИННОЇ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ

Кафедра офтальмології ім.Б.Л.Радзіховського

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Глаукома займає одне з перших місць серед причин сліпоти та втрати працездатності в усьому світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), глаукома стоїть на другому місці серед захворювань, що призводять до сліпоти. Глаукома призводить до незворотньої сліпоти в 14-20 % випадків

Найпоширенішою формою глаукоми є первинна відкритокутова (ПВКГ), за даними багатьох досліджень це від 72 до 96 %. Проблема вивчення розвитку та прогресування первинної відкритокутової глаукоми з року в рік стає все більш актуальнішою. В Україні розроблена концепція Національної стратегії боротьби зі сліпотою до 2030 року, основними завданнями якої є покращення лікування та діагностики офтальмологічної патології, зниження кількості випадків слабкозорості та сліпоти, підвищення якості життя пацієнтів з інвалідністю по зору та зменшення економічних витрат держави за рахунок втрати працездатності та соціальної допомог В Україні показник числа хворих на 100 тисяч становить 0.56% (за даними ВООЗ у світі цей показник становить 0.5%). Щорічно публікується велика кількість наукових досліджень, які суттєво розширюють і поглиблюють наші знання, але складається враження, що нові знання і можливості в лікуванні глаукоми не роблять позитивного впливу на результат захворювання.

Мета дослідження. Розглянути основні теорії етіопатогенезу ПВКГ.

Матеріал та методи дослідження. Проаналізувати дані наукової літератури, щодо основних чинників виникнення ПВКГ.

Результати дослідження. В даний час ПВКГ прийнято відносити до мультифакторного захворювання. У сучасному патогенезі розвитку глаукоми розглядають багато теорій. Однією з них є біомеханічна теорія, пов'язана з внутрішньоочним тиском та деформацією решітчастої пластинки. Інша концепція говорить про стиснення передньої частини зорового нерва, що також впливає на внутрішньочерепний тиск, який може змінюватися залежно або незалежно від коливань внутрішньочного тиску (Sung K.R., 2011). Роль генетичних факторів - за даними Shields M.B. (1987) значна доля випадків ПВКГ генетично зумовлена та складає від 21 до 50%. Наявність обтяженого сімейного анамнезу збільшує вірогідність розвитку захворювання у нащадків у десять разів у порівнянні із середнім у популяції рівнем. В основі прогресування глаукомної оптичної нейропатії лежить загибель гангліонарних клітин сітківки, яка відбувається в більшості шляхом апоптозу (Schwartz M., Yoles E., 2000). На даний час активно розвивається метаболічна теорія розвитку глаукомної оптичної нейропатії, яка надає особливе значення порушенням перекисного окиснення, окисному стресу та процесу ексайтотоксичності (Sterg A.M., 2014). Нейрохімічна теорія, яка включає роль реактивних видів кисню (ROS) та оксиду азоту (NO), які викликають пошкодження шляхом антиген-специфічної імунної реакції, внаслідок чого в сітківці відбувається активація клітинних протеаз, які врешті-решт викликають програмовану нейрональну загибель клітин (Mozaffari M., 2008). Під час обговорення теорій етіопатогенезу слід зупинитися ще й на інфекційній теорії, яка не виключає, що певну