

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



МАТЕРІАЛИ

**105-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
присвяченої 80-річчю БДМУ
05, 07, 12 лютого 2024 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2024 році № 3700679

Чернівці – 2024

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали підсумкової 105-ї науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2024. – 477 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 105-ї підсумкової науково-практичної конференції з міжнародною участю професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету, присвяченої 80-річчю БДМУ (м. Чернівці, 05, 07, 12 лютого 2024 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Геруш І.В., професорка Грицюк М.І., професор 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.

професорка Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професорка Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професорка Хухліна О.С.

професор Слободян О.М.

професорка Ткачук С.С.

професорка Годоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професорка Годованець О.І.

ISBN 978-617-519-077-7

© Буковинський державний медичний
університет, 2024

підвищує ризики 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 ГСОД, виконаного однією операційною бригадою в Центрі малоінвазивної хірургії та гінекології на базі хірургічного підрозділу ОКНП «Чернівецька обласна клінічна лікарня».

Матеріал і методи дослідження. За період з 2021 по 2023 роки нами прооперовано лапароскопічно 19 пацієнтів з ГСОД. 2 пацієнти у 2021 році, 7 – у 2022 році та 9 у 2023 році. За статтю - 9 чоловіків та 10 жінок. Вік пацієнтів коливався від 31 року до 74 років, середній вік склав 56,0 років. 66% пацієнтів були старшими 50 років.

Результати дослідження. Серед оперованих пацієнтів I тип ГСОД (ковзні) діагностовано у 12 пацієнтів, II тип (параезофагеальні) – у 3 пацієнтів та III тип (комбіновані) - у 4 пацієнтів. У всіх пацієнтів наявність ГСОД підтверджено даними езофагогастроуденоскопії та рентгеноскопії. У 18 випадках операційні втручання виконані лапароскопічно, в одному випадку для зупинки кровотечі з судини межистіння виконано мінілапаротомію для заведення в очеревинну порожнину руки хірурга. Розміри стравохідного отвору діафрагми коливалися від 4 до 5 см при I типі гриж та 6-8 см при II та III типах гриж. У всіх випадках ковзних гриж виконана задня крурорафія, для якої було достатньо накладання 2 швів на ніжки діафрагми у 9 випадках, та 3 швів у 3 випадках. При II та III типі гриж для виконання задньої крурорафії використано від 3 до 4 швів. У всіх випадках II типу гриж та у двох випадках комбінованої грижі задня крурорафія доповнена передньою. У 16 випадках у якості антирефлюксної операції виконана фундоплікація за Nissen, в одному випадку у пацієнта з супутнім кардіоспазмом – кардіоміотомія з фундоплікацією за Дором. В двох випадках молодими чоловікам з грижою I типу виконана фундоплікація за Тупе. Ще в трьох випадках пацієнтам виконані симультанні операції: лапароскопічна холецистектомія, лапароскопічна пластика пахової грижі та пластика пупкової грижі. Час операції склав від 80 хв до 240 хв, в середньому 135 хв. Термін перебування в стаціонарі склав від 5 до 16 днів, в середньому 8,9. Доопераційний ліжкодень від 1 до 6, в середньому 2,8. Післяопераційний ліжко-день - від 2 до 11, в середньому 6. Післяопераційних ускладнень в стаціонарі не спостерігалось. У віддаленому післяопераційному періоді у одного пацієнта через 6 міс розвинувся синдром «манжети» після фундоплікації за Ніссеном з помірними симптомами дисфагії. Одна пацієнтка біля року скаржилася на періодичні спастичні болі за грудиною під час їжі, які куповано седативними препаратами – рентенологічна та ендоскопічна картина органічних змін не виявляла. У одній пацієнтки через рік виникла грижа в місці постановки 10 мм троакара в ділянці білої лінії живота, якій виконана герніопластика. З 2023 року вважаємо за обов'язкове ушивання апоневрозу в зоні постановки 10 мм троакара по серединній лінії.

Висновки. Лапароскопічна корекція ГСОД є ефективним, безпечним та малотравматичним методом лікування. Значні дефекти стравохідного отвору потребують змішаної крурорафії. Вибір методу фундоплікації залежить від характерологічних особливостей пацієнта та супутніх змін в езофагокардіальній зоні. Злагоджена робота операційної бригади скорочує час операції та зменшує ризики інтраопераційних та післяопераційних ускладнень.

Білокий В.В.

НЕІНФІКОВАНИЙ ТА ІНФІКОВАНИЙ ЖОВЧНИЙ ПЕРИТОНІТ. ПОРОЖНИННА МІКРОФЛОРА ТОВСТОЇ КИШКИ

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. Метою 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 Ig 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 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*.

Висновки. 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.

Боднар О.Б.

ДО 80-РІЧЧЯ БДМУ: РОЗВИТОК КАФЕДРИ ДИТЯЧОЇ ХІРУРГІЇ

Кафедра дитячої хірургії, отоларингології та офтальмології

Буковинський державний медичний університет

Курс дитячої хірургії в Чернівецькому медичному інституті організований при кафедрі госпітальної хірургії в 1969 році, який очолив доцент В.І. Бережний.

Під його керівництвом розпочинається організація методичного забезпечення навчального процесу, розробка актуальних питань абдомінальної хірургії, гнійно-септичних захворювань шкіри у новонароджених, травматології, ортопедії та торокальної хірургії дитячого віку.