

Міністерство охорони здоров'я України
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»
Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації
ГО «Асоціація хірургів Чернівецької області»

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої
75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

«ІІ БУКОВИНСЬКИЙ ХІРУРГІЧНИЙ ФОРУМ»

3-4 жовтня 2019 року

Чернівці – 2019

УДК: 617(063)

Б 90

Матеріали науково-практичної конференції «II Буковинський хірургічний форум», присвяченої 75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 3-4 жовтня 2019 року). – Чернівці: Видавництво БДМУ, 2019. – 72 с.

У збірнику представлені тези наукових робіт і доповідей учасників науково-практичної конференції «II Буковинський хірургічний форум», присвяченої 75-річчю ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет».

гарний результат.

Висновки. Дітям з ПЯ, що звертаються за кваліфікованою медичною допомогою у терміні пізніше, ніж 24 години, недоцільно виконувати органозберігаючу операцію. Проте, у складних діагностичних випадках, потрібно виконувати термінове інтраопераційне гістологічне дослідження біоптату ураженої гонади. Усім дітям, в яких було діагностовано ПЯ, доцільно виконувати фіксацію яєчка з контрлатерального боку для запобігання виникнення перекруту контрлатерального яєчка.

С.В. Веселий, Є.О. Галінський

Донецький національний медичний університет, Лиман

ГОСТРИЙ ТА ХРОНІЧНИЙ ПАРАПРОКТИТ У ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО ХІРУРГА

Вступ. Парапроктит у дітей – гостре або хронічне запалення параректальної клітковини, що виникає досить нечасто. Частота випадків гострого парапроктиту серед гнійно-запальних захворювань у дітей становить 0,5%-1,7%. До теперішнього часу відсутні єдині уявлення про етіологію та патогенез парапроктиту у дітей. Більшість дослідників вважає провокуючою причиною виникнення парапроктиту у дітей аномалію розвитку анальних залоз та морганієвих крипт, певне значення мають мікротравми та запальні процеси з боку промежини й ануса. Значний відсоток рецидивів гострого парапроктиту та хронізації процесу (формування параректальних норниць), відсутність єдиної думки щодо лікувальної та реабілітаційної тактики визначають актуальність цієї проблеми.

Матеріали і методи. За період з 2014 року по 2018 рік у клініці дитячої хірургії ДНМУ (Лиман) проходили лікування 36 дітей з гострим (30 спостережень – 83,3%) і хронічним (6 спостережень -16,6%) парапроктитом. Переважна більшість пацієнтів з гострим парапроктитом надійшла в періоді новонародженості або в грудному віці. У віці від 9 діб до 1 місяця спостерігали 6 хворих (16,6%), від 1,1 місяця до 3 місяців-7 хворих (19,4%), від 3,1 місяця до 6 місяців -12 хворих (33,3%), від 6,1 місяця до 9 місяців – 11 хворих (30,5%). Практично

всі хворі були чоловічої статі (94,4%). Гострий інфільтративний парапроктит виник у 2 дітей (5,5%), по одному випадку спостерігали у вікових групах від 3,1 місяця до 6 місяців і від 6,1 місяця до 9 місяців відповідно. Гострий гнійний підшкірний парапроктит зустрівся найбільш часто – у 19 випадках (52,7%). Більшість пацієнтів з підшкірною формою захворювання перебували у віковому діапазоні 3,1-6 місяців (8 дітей – 22,2%). Гострий гнійний ішіоректальний парапроктит виник у однієї двомісячної дитини (2,7%) та у 4 дітей (11,1%) у віці від 6,1 місяця до 9 місяців життя. Гострий гнійний пельвіоректальний парапроктит спостерігали у 1 хлопчика (2,7%) восьми років та однієї дівчинки (2,7%) дев'яти років. Гострий гнійний інтрасфінктерний (підковоподібний) парапроктит спостерігали у 3 хворих (8,3%) у віці від 1,1 місяця до 3 місяців життя.

Хронічний парапроктит спостерігали у 6 пацієнтів, в тому числі у однієї дівчинки (2,7%). З них 4 дитини були грудного віку (11,0%), і двоє дітей у віці 3 років (2,7%) і 5 років (2,7%) відповідно. В однієї дитини 9 місяців (2,7%) були дві параректальні нориці, які функціонували окремо.

Результати дослідження та їх обговорення. У двох хворих (5,5%) з інфільтративною формою гострого парапроктиту настало одужання на тлі протизапальної та антибактеріальної терапії. Всі діти з гострим гнійним парапроктитом були прооперовані. У хворих з гострим гнійним парапроктитом розтин гнійника здійснювали радіарним або хрестоподібним розрізом за допомогою електричного ножа. Рани дренивали тільки в разі пельвіоректального, ішіоректального або інтрасфінктерного парапроктиту. У двох пацієнтів з хронічним парапроктитом (5,5%) вдалося досягти одужання на тлі консервативної терапії (місцеві аплікаційні та фізіотерапевтичні процедури на місце хвороби, а також внутрішньопросвітна абляція нориці). У решти 4 дітей (11,1%) були проведені оперативні втручання. В одному випадку (2,7%) виник рецидив захворювання після висічення черезсфінктерної параректальної нориці, що стало причиною для повторного оперативного втручання з позитивним результатом.

Отже, найчастішою формою захворювання був гострий гнійний підшкірний парапроктит, який спостерігався у 19 випадках (52,7%). Переважна більшість пацієнтів були неонатального або грудного віку (86,1%). Практично всі хворі були особами чоловічої статі (94,4%). У дітей жіночої статі парапроктит спостерігали всього у 2 випадках (5,5%) – з гострим і хронічним процесом відповідно.

Висновки. Гострий і хронічний парапроктит – відносно рідкісна патологія у дітей, виникає частіше у осіб чоловічої статі неонатального або грудного віку. Перехід процесу в хронічну форму спостерігається у 16,6% випадків. Своєчасна діагностика, лікування та реабілітація парапроктиту у дітей сприяє одужанню практично у всіх випадках.

М.М. Гресько

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», Чернівці,

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИИ

Вступ. Лапароскопічна діагностика – це достовірний і малотравматичний метод, який в останні десятиріччя набуває все більшого застосування. В той же час узагальнюючих робіт, де були б визначені покази до використання малоінвазивних методів а також оцінка критеріїв що спричиняють конверсію, в літературі явно недостатньо.

Матеріали і методи. З цією метою узагальнено досвід використання лапароскопічних втручань у хворих з ургентною хірургічною, гінекологічною патологією та у хворих з торакальною патологією і встановити критерії, які спричиняють конверсію. У відділенні хірургії ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня» Чернівці у період з 2009 по 2019 роки прооперовано 6848 хворих на калькульозний холецистит віком від 18 до 84 (жінок – 5803 (84,74%), чоловіків – 1045 (13,26%). Хронічний калькульозний холецистит(ХКХ) спостерігався у 3121 (45,58%) хворих; гострий калькульозний холецистит (ГКХ) – у 3727 (54,42%). ЛХЕ були виконані 5166 хворим (75,44%). У 16 хворих лапароскопічні втручання використані для видалення кістозних утворень печінки