

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».

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

та серповидної зв'язки а у 64 хворих при гінекологічній патології (23 випадки кіст яєчників, 41 випадків – неплідність різного генезу. Як метод діагностики у 83 хворих застосовувалась лапароскопія, а у 56 хворих – торакоскопія.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що ускладнення при виконанні ЛХЕ були у 136 хворих і вимагали конверсії. Причини конверсії наступні: виникнення масивної кровотечі (0,46%) – 24 хворих (23 хворих з гострим та у 1 хворого з хронічним калькульозним холециститом); деструкція стінки жовчного міхура (0,08%) – 4 хворих з гострим калькульозним холециститом; самоампутація міхурової протоки (0,06%) – 3 хворих з гострим калькульозним холециститом; запальний інфільтрат (1,53%) – 79 хворих (75 хворих з гострим та у 4 хворих з хронічним калькульозним холециститом); пошкодження жовчних протоків (0,12%) – 6 хворих (5 хворих з гострим та у 1 хворого з хронічним калькульозним холециститом); злуковий процес (0,21%) – 11 хворих (11 хворих з хронічним калькульозним холециститом); холецисто-дуоденальна нориця (0,02%) 1 хворий (1 хворий з хронічним калькульозним холециститом); холецисто-гастральна нориця (0,02%) 1 хвора (1 хвора з хронічним калькульозним холециститом); холецисто-товстокишкова нориця (0,02%) 1 хвора (1 хвора з хронічним калькульозним холециститом); вивлення супутньої патології (С-г ободової кишки) – (0,02%) 1 хвора (1 хвора з хронічним калькульозним холециститом); пошкодження тонкої кишки або її брижі (0,06%) – 3 хворих (2 хворих з гострим та у 1 хворої з хронічним калькульозним холециститом); інші (0,06%) – 3 хворих з гострим калькульозним холециститом (порушення серцевого ритму мало місце 2 хворих, ожиріння мало місце у 1 хворої). Причини конверсії при торакоскопії були кісти легень великих розмірів – 47 хворих.

Ми вважаємо за необхідне ширше ставити покази до використання малоінвазивних оперативних втручань у хворих в ургентному порядку. Це дозволило діагностувати хірургічну патологію в очеревинній порожнині у 76 хворих; виконати біопсію печінки та оментогепатотоксію у 15 хворих з цирозом печінки; ліквідувати пневмоторакс у 19 та кісти у 46 хворих.

Висновки. 1. У хірургічних хворих з важкою супутньою серцево-легеновою патологією лапароскопічні технології дозволяють встановити правильний діагноз і є запорукою успішного лікування. 2. Враховувати вказані критерії, які спричиняють конверсію. Це дозволить більш раціонально обирати метод оперативного втручання та знаходити компроміс між бажаннями пацієнтів і можливостями вітчизняної ургентної хірургії.

І.М. Дейкало, Д.В. Осадчук, О.І. Карел, В.В. Букача

Тернопільський національний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського
МОЗ України, Тернопіль

НЕСТАНДАРТНІ СИТУАЦІЇ В ХІРУРГІЇ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

Вступ. Жовчевокам'яна хвороба – одне з найбільш поширених захворювань цивілізованих країн. Зростання захворюваності на ЖКХ призводить до збільшення частоти її небезпечних ускладнень, зокрема таких, як внутрішні білідигестивні нориці і жовчнокам'яна непрохідність або біліарний ілеус.

Мета дослідження. Проаналізувати особливості перебігу та лікування кишкової непрохідності, яка викликана обтурацією тонкої кишки жовчним каменем, визначити критерії доопераційної діагностики.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 40 хворих на внутрішні жовчеві нориці за період із 1975 до 2019 року. Із них 12 пацієнтів оперовані ургентно з приводу гострої кишкової непрохідності та 2 хворих з приводу синдрому Бувере.

Результати дослідження та їх обговорення. Всі хворі оперовані. Кишкова непрохідність ліквідована шляхом ентеротомії, тільки в одному випадку ентеротомія доповнена холецистолітотомією та холецистостомією.

Водному випадку наступив рецидив кишкової непрохідності на 6 день, причиною рецидиву був ще один конкремент який поступив із жовчного міхура.

У 6 (50%) випадків діагноз біліарного ілеуса був виставлений до операції завдяки УЗД та КТ ОЧП.

Синдром Бувере діагностований під час фіброгастроуденоскопії та