

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».

При синдромі Хілаїдіті у дитини порівняльної групи через 2 роки після операції спостерігалось відновлення хронічних запорів та болю в животі, що важко піддавалось консервативній терапії. Стан пацієнта II групи задовільний.

Висновки. Метою хірургічного лікування аномалій фіксації ОК у дітей є усунення ембріологічної причини хронічного колостазу та її наслідку у поєднанні з колофіксацією лівого вигину або правого вигину ОК у фізіологічному положенні. Для хірургічного лікування хвороби Пайра у дітей може бути використана операція: пересічення лівої діафрагмово-ободовокишкової зв'язки, резекція ПОК та колофіксація лівого вигину ОК. З метою хірургічного лікування синдрому Хілаїдіті у дітей доцільно застосувати: резекцію правого вигину ОК з асцендотрансверзоанастомозом “кінець у кінець”, колофіксацію правого вигину ОК. Наявність недостатності ілеоцекального замикального апарата при аномаліях фіксації ОК у дітей повинна супроводжуватися операцією баугінеопластики.

А.О. Бондаревський, В.М. Rogovський**, Б.М. Коваль****

Українська військово-медична академія*, Національний військовий медичний клінічний центр “Головний військовий клінічний госпіталь”**,

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця***, Київ

ТИМЧАСОВЕ ШУНТУВАННЯ ПОШКОДЖЕНИХ МАГІСТРАЛЬНИХ СУДИН ЯК ЕЛЕМЕНТ ТАКТИКИ “DAMAGE CONTROL SURGERY” НА II РІВНІ ДОПОМОГИ

Вступ. Для запобігання розвитку незворотної ішемії кінцівки та її ампутації при травмі магістральних судин в умовах реалізації хірургічної тактики Damage Control Surgery заслуговує на увагу метод тимчасового шунтування магістральних судин кінцівки, який дає змогу відновити кровообіг по пошкоджених магістральних артеріях у короткий термін та врятувати кінцівку. Тимчасове шунтування має бути початковим етапом реконструктивної операції на пошкодженій магістральній артерії або великій вені кінцівки. Перев'язка магістральної артерії кінцівки як метод зупинки кровотечі спричиняє прогресування ішемії та може призвести до ампутації. Відновлення кровообігу в

кінцівці через 6 — 8 год після травми на тлі шоку і крововтрати становить великий ризик через небезпеку виникнення реваскуляризаційного синдрому. Тривала відновна операція на ушкоджених судинах збільшує вірогідність незворотних змін у кінцівці. Неможливість виконання реваскуляризації кінцівки з технічних причин або через недостатню організацію спеціалізованої допомоги призводить до незадовільних результатів.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний та проспективний аналіз результатів хірургічного лікування 201 пораненого з пошкодженням магістральних судин у лікувальних закладах у зоні антитерористичної операції (операції об'єднаних сил) у 2014-2019 рр, із них пошкодження магістральних судин верхніх кінцівок зустрічалось у 24, 6%, нижніх кінцівок у 68,4%. Із них тимчасове шунтування застосовували у 25,6% поранених.

Результати дослідження та їх обговорення. Показання до тимчасового шунтування: гемодинамічна нестабільність та множинні поранення; анатомічна локалізація великої рани м'яких тканин, що утруднює висічення рани через особливості розташування судинно-нервового пучка; рана з великим кістковим перелом; ситуація, коли хірург не впевнений, що зможе завершити відновлення під час первинної операції. Можливість застосування судинних шунтів слід розглянути при лікуванні поранень судин кінцівок практично всіх типів, зокрема проксимальних вен. Основною перевагою таких шунтів є забезпечення раннього відновлення кровоплину і зменшення негативних ефектів артеріальної ішемії та венозної гіпертензії. На відміну від накладання лігатури тимчасове шунтування, яке є елементом багатоетапного хірургічного лікування або Damage Control Surgery, також може бути корисним у разі пошкодження магістральних вен. У критичний період шунт забезпечує адекватний венозний відтік від пошкодженої кінцівки. Прохідність шунта на 3-4 год довша у разі його застосування при пораненнях судин більшого калібру та проксимальних судин (пахвова/плечова і стегнова/підколінна), такі шунти також ефективно застосовують припораненні менших судин (дистальний відділ плечової/судини передпліччя і великогомілкової судини). Доцільне застосування тимчасового шунта в усіх випадках, коли

потрібна пересадка венозного трансплантата.

Висновки. Лікування поранень судин у зоні бойових дій здійснювалось як судинними хірургами, так і загальними хірургами, які працюють у госпіталях II рівня. Хірурги, які надають допомогу в медичних закладах II та III рівнів повинні досконало володіти технікою застосування тимчасових судинних шунтів з метою стабілізації пораненого та підготовки його до подальшої евакуації на вищі рівні лікування. Тимчасове шунтування дає змогу негайно забезпечити перфузію кінцівки (до завершення судинного відновлення), та під час взяття і підготовки венозного трансплантата. Потребує удосконалення система підготовки загальних та судинних хірургів, зокрема у підготовчий період, перед вибуттям у лікувальні заклади зони бойових дій. Слід акцентувати увагу на відпрацюванні технічних прийомів ангіохірургії (доступи, судинний шов, використання тимчасових шунтів, забір венозного трансплантата).

С.В. Веселий, М.Ю. Веселий

Донецький національний медичний університет, Лиман

ПЕРЕКРУТ ЯЄЧКА У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Вступ. Перекрут яєчка (ПЯ) – невідкладний стан, який виникає через патологічну рухомість яєчка, та характеризується здавленням судин, які живлять його. У дітей перших 10 років життя ПЯ діагностується приблизно в 20% усіх випадків гострих захворювань яєчка, а у дітей від 10 років життя до 18 років – у 50%. Це захворювання характеризується швидким погіршенням стану хворого, та призводить до незворотних морфологічних змін у яєчку. Одним з найбільш важливих факторів ризику ПЯ є подовжена зв'язка Гунтера, що формує так звану "точку опору", навколо якої можливий перекрут яєчка. Попередні дослідження виявили, що у разі подовженої зв'язки Гунтера у перекрученому яєчку, ця зв'язка також подовжена на контрлатеральному боці, що підвищує ризик ПЯ з контрлатерального боку.

Матеріали і методи. За період з 2010 р. по 2018 р. в дитячому хірургічному відділенні (КЛПУ "Міський онкологічний диспансер Краматорськ") знаходилися на лікуванні 42 дитини з діагнозом ПЯ. Вік дітей становив від 4 місяців життя до