

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».

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

17 років. У віці від 4 місяців до 3 років спостерігали 3 дитини; у віці 3,1-6 років – 8 дітей; у віці 6,1-9 років – 8 дітей; 9,1-14 років – 13 дітей; 14,1-17 років – 10 дітей. У перші 6 годин від початку захворювання до стаціонару звернулися 6 хворих (14,3%), у термін 6,1-12 годин – 6 хворих (14,3%), у термін 12,1-16 годин – 9 дітей (21,4%), у термін 16,1-24 години – 12 дітей (28,6%), у термін 24,1 години та пізніше – 9 пацієнтів (21,4%). Усі хворі були прооперовані. Дітям з давністю захворювання до 12 годин була виконана спроба мануальної деторсії перекрученого яєчка, яка в жодному випадку не призвела до бажаного результату. У 19 пацієнтів (45,2%) після оперативної деторсії була виконана фіксація яєчка за Вермутено 18 дітям (42,9%) була виконана інтравагінальна фіксація яєчка з гофруванням зв'язки Гунтера за Весели. Орхектомію за умови явного некролізу виконали 4 хворим (9,5%). Дренування калитки виконано у 24 випадках (57,2%). Серед усіх дітей, що потрапили до стаціонару з даною патологією, звичний заворот яєчка з контрлатерального боку спостерігали у 14 пацієнтів (33,3%). Дітям, які були прооперовані за методикою інтравагінальної фіксації яєчка з гофруванням зв'язки Гунтера за Веселим, в терміні 3 місяці після виникнення ПЯ, була виконана аналогічна операція з контрлатерального боку, ускладнень у післяопераційному періоді не спостерігали.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Некроз яєчка, за клінічними та гістологічними ознаками, було виявлено у 19 дітей (45,2%), усі ці діти потрапили до стаціонару у термін 16 годин та пізніше від початку захворювання. У 19 хворих (45,2%) у пізньому післяопераційному періоді виникла атрофія перекрученого яєчка. Серед них у 5 дітей (11,9%), що звернулися за допомогою після 24,1 години від початку захворювання, в ході оперативного втручання було вирішено зберегти тестікулу. Серед цих пацієнтів у 2 хворих (4,8%) у ранньому післяопераційному періоді спостерігали неспроможність рани на калитці та евісцерацію некротизованого яєчка. Ще у 2 хворих (4,8%) відзначали нагноєння рани у паховій ділянці. У пацієнтів, в яких було виявлено звичний заворот контрлатерального яєчка, в подальшому була виконана інтравагінальна фіксація яєчка з гофруванням зв'язки Гунтера за Весели. У всіх цих випадках отриманий

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 нориць), 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