

ское лечение пациентов с ТГПТ. При этом сводится к нулю необходимость длительной и не всегда технически простой ревизии шеи в поисках патологически измененных ОЩЖ, и, соответственно, возможность послеоперационных осложнений. Применение персонафицированного 3D-моделирования и интраоперационной навигации позволило на 64 % повысить процент радикальных операций и уменьшить время оперативного вмешательства на  $30 \pm 15$  мин.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Национальные рекомендации по минеральным и костным нарушениям при хронической болезни почек // Нефрология и диализ. 2011. Т. 13, № 1. С. 33–51.
2. Дедов, И. И. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 752 с.
3. Методы визуализации околощитовидных желез и паратиреоидная хирургия: рук-во для врачей / под ред. А. П. Калинина. М.: Видар-М, 2010. 311 с.
4. 3D-моделирование как метод топической диагностики в хирургическом лечении гиперпаратиреоза / И. В. Макаров [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2019. № 1 (65). С. 81–83.
5. Использование предоперационного 3D-моделирования в диагностике и хирургическом лечении трехлопастного гиперпаратиреоза / И. В. Макаров [и др.] // Новости хирургии. 2019. Т. 27, № 3. С. 307–317.

УДК 616.68-003.7:616.67-002-053.2

### **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕКРУТА ГИДАТИДЫ МОРГАНЬИ, КАК СТРУКТУРНОЙ ЕДИНИЦЫ СИНДРОМА «ОСТРОЙ МОШОНКИ»**

**Ковалев А. Ю., Батт Т. А.**

**Научный руководитель: д.м.н., доцент Н. И. Симченко**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Впервые гидатиды были описаны Morgagni Giovanni Battista в 1761 г. в честь которого и были названы. В 1893 г. Griffiths ввел для их обозначения новые термины: appendix testis и appendix epididymidis.

Несмотря на свои небольшие размеры, диаметр которых 0,2–1,5 см, они имеют большое клиническое значение. Они легко подвержены патологическим изменениям: кистозному перерождению, обызвествлению с последующим отрывом и образованием конкрементов в серозной полости яичка, острому инфаркту (чаще вследствие перекрута ножки). Чаще всего патологические изменения возникают при перекруте или микротравме гидатид [1].

Перекрут гидатиды Морганьи (ПГМ) — довольно частая патология в практике детских хирургов и урологов. В ходе операций, при которых проводилась ревизия органов мошонки, до 80 % пациентов имели ПГМ. В большинстве случаев обнаруживаются перекрут гидатиды яичка, несколько реже — перекрут гидатиды придатка [2]. Первое описание перекрута гидатиды Морганьи сделано G. H. Colt в 1922 г.

Перекрут гидатиды проявляется внезапной болью разной интенсивности, возникающей в мошонке, подвздошной или паховой области, смещающейся затем в яичко. Подвижность яичка и кремалестерный рефлекс сохранены. Вертикальная ориентация продольной оси яичек сохраняется (симптом Брунцеля отрицательный). В ранних сроках заболевания гидатида нередко просвечивается через кожу мошонки в виде узла темносинюшного цвета, иногда у одного из полюсов яичка удается пропальпировать болезненное уплотнение. Само яичко безболезненно при пальпации. Позднее появляются отек, увеличение и гиперемия мошонки, что затрудняет диагностику. При доплеровском ультразвуковом сканировании определяется сохранение кровотока в яичке, часто с гиперваску-

ляризацией в области придатка. Перекрут гидатиды может лечиться консервативно. Проведение срочного хирургического вмешательства необходимо у пациентов с выраженным болевым синдромом, в сомнительных случаях (невозможность исключения перекрута яичка), а также при наличии осложнений [3].

Некротизированные гидатиды яичка и придатка во время операции представляют собой образования, в 3–5 раз превосходящие нормальные размеры, темно-багрового цвета, с тонкой и длинной ножкой. Перекрут ножки колеблется от 270 до 720° по ходу часовой стрелки справа, против хода слева (по закон Кюстнера). В случае острого развития заболевания, если операция не была сделана, то яичко может потерять большую часть своей функции вследствие развития осложнений, что может привести к его атрофии, обструкции семявыносящих путей и развитию бесплодия; нарушение функции здорового яичка и его атрофия.

#### **Цель**

Проанализировать результаты лечения ПГМ у детей, как структурная единица СОМ, для оптимизации подхода и выработки единого алгоритма диагностики и лечения в преддверии создания новых клинических протоколов.

#### **Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ 293 медицинских карт стационарных пациентов в возрасте от 1 до 17 лет, находившихся на лечении в учреждении здравоохранения «2-я городская детская клиническая больница» г. Минска, с диагнозом: Синдром «острой мошонки», за период с января по октябрь 2021 г. Обработка материала проводилась с помощью пакета программ «Microsoft Office Excel 2016».

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среди 293 пациентов с СОМ, ПГМ был у 126 (43 %) человек. Средний возраст пациентов составил  $9,03 \pm 0,36$  лет, медиана — 9 лет, мода — 9 лет. Все пациенты были госпитализированы и прооперированы в следующие сроки: до 6 ч от начала заболевания — 20 (15,9 %) случаев, 7–24 ч от начала заболевания — 17 (13,5 %) случаев, позднее 24 ч от начала заболевания — 88 (69,8 %) случаев и 1 (0,8 %) пациенту была проведена плановая операция. В среднем, оперативное лечение оказывалось пациентам через 184,7 мин с момента поступления в стационар, медиана — 150 мин, мода — 90 мин.

У пациентов, поступивших в стационар не позднее 6 ч, отмечались такие осложнения как: вторичный левосторонний эпидидимит — 6 (30 %) случаев, вторичный правосторонний эпидидимит — 6 (30 %) случаев и SARS-CoV-2 был выявлен лишь у 1 (5 %) пациента. Осложнения не были выявлены у 7 (35 %) пациентов. Среди пациентов, поступивших в интервал времени с 7 до 24 ч, были выявлены следующие осложнения: вторичный левосторонний эпидидимит — 6 (35,3 %) случаев, вторичный правосторонний эпидидимит — 2 (11,8 %) случая и вторичный правосторонний орхоэпидидимит у 2 (11,8 %) пациентов. Осложнения не были выявлены у 7 (41,1 %) пациентов. Среди обратившихся, позднее 24 ч, были выявлены такие осложнения, как вторичный левосторонний эпидидимит — 33 (37,5 %) случая, вторичный правосторонний эпидидимит — 29 (33 %) случаев, вторичный правосторонний орхоэпидидимит у 5 (5,7 %) пациентов. Осложнения не были выявлены у 21 (23,7 %) пациента.

Всем пациентам была выполнена гидатидэктомия — 126 (100 %) операций. Время операций в среднем составило 28,6 мин. В ходе лечения у пациентов были выявлены следующие осложнения: вторичный левосторонний эпидидимит — 45 (35,6 %) случая вторичный правосторонний эпидидимит — 37 (29,4 %) случаев вторичный правосторонний орхоэпидидимит — 7 (5,6 %) случаев, SARS-CoV-2 — 1 (0,8 %) случай, осложнений не было у 36 (28,6 %) пациентов. Длительность пребывания пациентов в стационаре, после оказанного лечения составила  $3,9 \pm 0,33$  койко-дней.

### **Выводы**

По результатам ретроспективного анализа медицинских карт было выявлено, что оптимальным сроком оперативного лечения с минимальными осложнениями являются первые 24 часа от начала заболевания.

Большинство детей с «СОМ» поступают позже 24 ч, однако однозначно исключить перекут гидатиды Морганьи, как и других структурных единиц «СОМ» на догоспитальном этапе нельзя.

Последствия перекута гидатиды у детей могут быть более серьезными, чем принято считать, даже при оперативном лечении, если операция задерживается.

Диагноз «синдром острой мошонки» — показание к экстренному оперативному вмешательству. Все пациенты должны быть осмотрены специалистом для дальнейшего правильного лечения.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Шорманов, И. С. Закрытая мануальная деторсия при завороте яичка у детей / И. С. Шорманов, Д. Н. Шедров // Урологические ведомости. 2018. Т. 8, № 1. С. 34–39.
2. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов 2018 / пер. с англ. М.: Медфорум-Альфа, 2018. 1250 с.
3. Избранные вопросы урологии: учеб.-метод. пособие / Н. И. Симченко [и др.]. Гомель: ГомГМУ, 2021. 220 с.

**УДК 617-089.844:616-447-006.55**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗОМ**

***Кривошеев Б. В.***

**Научный руководитель: ассистент *Н. А. Прокофьева***

**Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Самарский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
г. Самара, Российская Федерация**

### **Введение**

На сегодняшний день первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) — это одно из самых распространенных эндокринных заболеваний. Развитие клинической картины ПГПТ обусловлено, прежде всего, патологическим действием повышенного уровня ПТГ и кальция крови. В большинстве случаев симптомный ПГПТ сопровождается «классическими» проявлениями, к которым относят нарушения опорно-двигательного аппарата (остеопороз, фиброзно-кистозный остеоит, деформации костей, переломы, нарушения походки), патологию почек (нефролитиаз/нефрокальциноз, снижение фильтрационной и концентрационной функции почек), реже ЖКТ (рецидивирующие дефекты слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и желудка, панкреатиты, кальцинаты поджелудочной железы — панкреокалькулез). Помимо этого, выявляются изменения состояния сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, гипертрофия миокарда левого желудочка и диастолическая дисфункция левого желудочка, нарушения ритма и проводимости сердца), находящиеся в прямой зависимости от уровня ПТГ, нарушений фосфорно-кальциевого обмена и состояния фильтрационной функции почек, а также нейрокогнитивные расстройства. Основным методом лечения ПГПТ хирургический. При этом улучшение качества жизни данной категории пациентов и является одной из основных целей хирургического вмешательства.

### **Цель**

Оценка результатов хирургического лечения и качества жизни пациентов с первичным гиперпаратиреозом.