

хірургічного лікування патології.

### Перспективи подальших досліджень

Упровадження малоінвазивних технологій для діагностики та лікування синдрому непальпованого яєчка у дитячій хірургічній практиці.

### Література

1. Використання ендовідеохірургії у діагностиці та лікуванні черевної форми крипторхізму у дітей / Галицький С.Ю., Могиляк О.І., Толстанов О.К. [та ін.] // Хірургія дитячого віку. - 2005. - Т.2, №2. - С. 20-22.
2. Вплив пізньої хірургічної корекції крипторхізму у дітей на розвиток ускладнень / Горбатюк О.М., Сеймівський Д.А., Катба З. [та ін.] // Хірургія дитячого віку. - 2009. - Т.6, №4. - С. 43-46.
3. Клепиков И. Крипторхизм и проблемы его диагностики и лечения / И. Клепиков, Х. Нагар, Б. Крутман // Детская хирургия. - 2006. - №2. - С. 26-32.
4. Крипторхизм: этиология, патогенез, современные представления о механизме опускания гонад / Лагшнев О.Ю., Самсонов Л.Н., Мираков К.К. [и др.] // Андрология и генитальная хирургия. - 2008. - №2. - С. 21-26.
5. Лучицкий В.Е. Крипторхизм и бесплодие / В.Е. Лучицкий // Здоровье мужчины. - 2003. - №2. - С. 105-106.
6. Наконечний А.Й. Проблема хірургічного лікування крипторхізму в дітей / А.Й. Наконечний // Практична медицина. - 2009. - Т.15, №4. - С. 119-126.
7. Наконечний А.Й. Характеристика гіпофізарно-гонадної системи у хлопчиків із патологією опускання яєчок / А.Й. Наконечний // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. - 2006. - №4. - С. 78-81.
8. Топка Е.Г. Сучасні аспекти хірургічного лікування крипторхізму у дітей / Е.Г. Топка, В.М. Байбаков // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. - 2007. - Т.6, №1. - С. 91-94.
9. Hack W.W., Meijer R.W., Van Der Voort-Doedens L.M. et al. Previous testicular position in boys referred for an undescended testis: further explanation of the late orchidopexy enigma? // BJU Int.-2003.-Vol.92.-P.293-296.

УДК 616.61 – 006.6 – 06:616.146 – 005.6] - 089

Русин В.І., Корсак В.В., Левчак Ю.А., Тернуцак О.М.

### Хірургічне лікування раку нирки з пухлинним тромбозом системи нижньої порожнистої вени

ДВНЗ “Ужгородський національний університет”

**Резюме.** Прооперовано 81 пацієнта з приводу злоякісних новоутворень нирок. У 40 пацієнтів з раком нирки виявлено наявність пухлинного тромбу в НПВ. Згідно з класифікацією клініки Мейо пацієнти були розподілені наступним чином: рівень 0 – 41 пацієнтів; рівень I – 19 пацієнтів; рівень II – 15 пацієнтів, рівень III – 3 пацієнти; рівень IV – 3 пацієнти. У пацієнтів з 0 – I – та II рівнями поширення пухлинного тромбу виконали нефрэктомію з тромбектомією з НПВ. У пацієнтів з III – та IV рівнями поширення пухлинного тромбу виконали тромбектомію з НПВ через доступ по типу “Mercedes” або «Chevron» з використанням методики, який дозволяє візуалізувати верхній поверх черевної порожнини, з мобілізацією хвостатої долі печінки.

**Ключові слова:** рак нирки, пухлинний тромбоз, нижня порожниста вена, хірургічний доступ.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** Рак нирки (РН) - загальноприйнятий на даний час термін для позначення раку, який розвинувся з епітелію ниркових каналців. Становить 3% всіх злоякісних пухлин у дорослих і близько 97% всіх пухлин нирок. Серед урологічних пухлин рак нирки займає третє місце після новоутворень передміхурової залози і сечового міхура, а по смертності знаходиться на першому місці. В останні роки відзначається помірне зростання захворюваності (близько 2% на рік). Число випадків пізньої діагностики раку нирки в 3 рази вище, ніж інших урологічних новоутворень. Вже при первинному зверненні 25-30% хворих мають віддалені метастази, у 25% діагностується місцево-поширений рак нирки. Після

10. Park K.H., Lee J.H., Han J.J. et al. Histological evidences suggest recommending orchiopexy within the first year of life for children with unilateral inguinal cryptorchid testis // Int. J. Urol.-2007.-Vol.14.-P.616-621.

11. Tasian G.E., Hittelman A.B., Kim G.E. et al. Age at orchiopexy and testis palpability predict germ and Leydig cell loss: clinical predictors of adverse histological features of cryptorchidism // J. Urol.-2009.-Vol.182.-P.704-709.

Русак П.С., Переяслов А.А., Шевчук Д.В., Волошин Ю.Л., Доценко Ю.Р.

### Місце малоінвазивних технологій в діагностиці і лікуванні синдрому непальпованих яєчок у дітей

**Резюме.** В роботі приведено аналіз результатів лікування непальпованих яєчок у 63 мальчиків в віці від 1,5 до 16 років. Доказано, що використання лапароскопічної технології дозволяє уникнути ревизии пахового каналу при атрофії яєчка, і забезпечує проведення якісної візуальної верифікації діагнозу синдрому непальпованих яєчок.

**Ключові слова:** непальповане яєчко, крипторхизм, лапароскопія, орхидопексія.

Rusak P.S., Pereyaslov A.A., Shevchuk D.V., Voloshyn Yu.L., Dotzenko Yu.R.

### The Place of Miniinvasive Technology in Diagnostic and Treatment of Nonpalpable Testis in Children

**Summary.** This work provides a literary review of miniinvasive technology in treatment of nonpalpable testis in children and analysis of the results of surgical treatment of 63 boys aged 1,5 to 16 years operated from 2000 to 2011. The indications for surgery were all cases of nonpalpable testes. Follow up during 36 months didn't show any case of testicular atrophy. The use of laparoscopy allows to escape the inguinal revision in case of atrophic testes, and provides qualified visualization of nonpalpable testes. Sometime the diagnostic manoeuvre may be changed into therapeutic.

**Key words:** nonpalpable testis, cryptorchidism, laparoscopy, orchidopexy.

Надійшла 25.06.2012 року.

радикального лікування ще у 40-50% хворих виявляються метастази.

З 1992 по 2002 р. захворюваність на рак нирки в нашій країні зросла з 6,6 до 10,0 на 100 тис. населення у чоловіків і з 3,3 до 5,1 на 100 тис. у жінок, за приростом захворюваності він вийшов на 2-е місце серед злоякісних новоутворів. У структурі смертності від онкологічних захворювань в Україні на рак нирки припадає 3% у чоловіків і 2,4% у жінок [1,5].

Характерною особливістю нирково-клітинного раку є здатність зростання по просвіту венозних судин (венозна інвазія), без обов'язкового проростання судинної стінки. Пухлинні тромби поширюються по нирковій та нижній порожнистій вені (НПВ) аж до правого передсердя. За даними літератури [2,3], інвазія НПВ зустрічається в 4-10% випадках (рис.1).

При інфільтрації стінки НПВ пухлинним тромбом, що походить з правої нирки, одним з можливих хірургічних підходів є сегментарна резекція НПВ з перев'язкою лівої ниркової вени [11]. Сегментарна резекція НПВ здійснюється завдяки наявним (ліва гонадна і надниркова вени) венозним колатераліям, за якими проходить відтік крові від лівої нирки. Подібна операція раніше описана Vicente Prados EJ та співавт. (1998) [4]. У 3 спостереженнях цих авторів ниркова функція в післяопераційному періоді була задовільною, і венозний відтік від нижніх кінцівок не постраждав.

Останні дані свідчать про те, що несприятливий прогноз, з

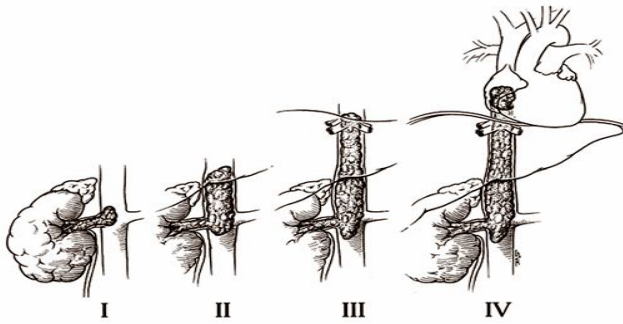


Рис. 1. Схематичне зображення рівнів поширення пухлинного тромбу в НПВ

високим ризиком метастазування, пов'язаний з ураженням вен ниркового синуса. Венозний нирковий синус - це фіброзно-жирова тканина тіла ниркової миски, що відноситься до ниркової чашечки і судинних структур (рис.2).

Незважаючи на велику поширеність пухлинного процесу, віддалені показники виживання після радикального хірургічного втручання можна порівняти з такими ж після радикальної нефректомії у пацієнтів без венозної інвазії. Беручи до уваги останнє, а також відсутність ефективних консервативних методів терапії, активний хірургічний підхід, в тому числі і в якості паліативного лікування, у даної категорії хворих повністю виправданий.

Згідно з даними літератури, при раку лівої нирки з поширенням пухлинного тромбу на НПВ та праву ниркову вену; операція – лівобічна нефректомія з перев'язкою лівої ниркової вени не виправдана, тому що перев'язка правої ниркової вени неминуче призводить до розвитку незворотної гострої ниркової недостатності [10]. У цьому випадку одним з варіантів є збереження вільної від пухлини ділянки НПВ з її протезуванням клаптем перикарда або синтетичним судинним протезом [6].

Більш складним варіантом збереження венозного відтоку крові від правої нирки після циркулярної резекції НПВ є ауто-трансплантація здорової правої нирки в здухвинну ділянку [11]. Деякі автори згадують про можливість анастомозування ниркової вени з фрагментом великої підшкірної вени стегна із з'єднанням останньої з селезінковою, портальною або нижньою брижовою венами [10,13]. Наявність низхідного непухлинного тромбозу не є протипоказанням до виконання нефректомії з тромбектомією, проте збільшує небезпеку виникнення тромбоемболічних ускладнень після видалення пухлинного тромбу і відновлення прохідності НПВ [14].

Хірургічне видалення пухлинного тромбу з НПВ пов'язано з великою кількістю післяопераційних ускладнень і смертністю. За даними багатьох спостережень, операційна смертність варіює від 1,4 до 13%, а загальна частота післяопераційних ускладнень сягає 30-60% [5,9]. Факторами для розвитку гострої ниркової недостатності є видалення однієї з функціонуючих нирок, перетискання ниркової вени, епізоди низького артеріального тиску після перетискання НПВ, масивна інтраопераційна крововтрата



Рис. 3. Ультразвукова картина пухлинного тромбу ниркової вени (рівень I за класифікацією Mayo)



Рис. 2. Ультрасонографічна картина пухлинного тромбу в НПВ

з подальшою гемотрансфузією.

**Мета дослідження.** Проаналізувати результати хірургічного лікування хворих на рак правої і/або лівої нирок ускладнених пухлинним тромбозом вен системи нижньої порожнистої вени.

**Матеріал і методи дослідження**

З 2006-2011 рік в хірургічній клініці ЗОКЛ ім. А. Новака проліковано 81 пацієнта зі злоякісними новоутвореннями нирок. Співвідношення чоловіків до жінок – 2,9 : 1. Вік хворих коливався від 31 до 79 років (середній – 56,8 років). У 56 хворих з раком правої нирки в 22 пацієнтів діагностовано наявність пухлинних тромбів у нижній порожнистій вені. У 25 хворих з раком лівої нирки в 18 пацієнтів діагностовано наявність пухлинних тромбів у нижній порожнистій вені (рис.3).

Залежно від локалізації тромбу хворі розподілялися (за класифікацією Mayo), яка включає у себе 5 рівнів поширення пухлинного тромбу [6,7]:

- Рівень 0 – тромб обмежений нирковою веною;
- Рівень I – тромб до 2-х см. вдається у просвіт НПВ;
- Рівень II – тромб поширюється до печінкових вен;
- Рівень III – тромб на рівні або вище печінкових вен, але до діафрагми;
- Рівень IV – тромб поширюється вище діафрагми (табл.1).

Згідно з представленою класифікацією розподіл пацієнтів може бути представлений у вигляді таблиці 1.

У всіх пацієнтів спостерігалася гістологічна верифікація онкологічного діагнозу. Діагностичний алгоритм включав всебічне ультразвукове дослідження нирок та нижньої порожнистої вени ("Aloka – 3500", Японія; "My Lab", Італія; "HDI – 1500" ALT- Philips; "Zonare", США). Після виявлення пухлинного росту, всім хворим без виключення проводилася пункційна біопсія під ультразвуковим контролем та гістологічна верифікація пухлини. Діагностичну флебосцинтиграфію проводили на емісійному КТ «Тамара» (ГКС-301Т). Для виконання динамічної флебосцинтиграфії (ДФСГ) використовували радіофармапрепарат Tc-99 з активністю 370 МБк в об'ємі 1 мл. Вказаний препарат вводили болосно у вену тилу стопи після накладання венозного джгута нижче кісточок.

При підозрі на втягнення у процес НПВ пацієнтам виконували магніто-резонансну томографію та ілеокаваграфію («Somatom-CRX», Siemens; «Wandong Medical, I-open 0,36T»; «Integris-2000 DSA», Philips). У передопераційному періоді хворим проводили дистанційну телематеріальну із сумарною дозою 46-50 гр. («Рокус-М», Росія та «Агат-С», Естонія).

Всі пацієнти оперовані з трансабдомінального доступу (повна лапаротомія). При пухлинах нирки з пухлинним тромбозом НПВ виконували білатеральний підреберний розріз Kocher в модифікації по типу «Mercedes» або «Chevron», який забезпечує хороший доступ до ниркових судин та НПВ. Методи допоміжного та шпунтного кровообігу, а також тимчасових шунтів не використовували.

Таблиця 1. Рівень пухлинного тромбозу за Mayo

Рівень тромбозу (%)	Права нирка (№ 56)	Ліва нирка (№ 25)
0- рівень	34	7
I - рівень	6	13
II - рівень	12	3
III - рівень	2	1
IV - рівень	2	1

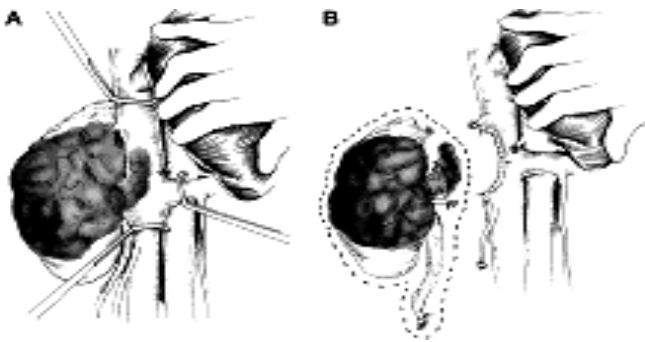


Рис. 4. (А) Печінка мобілізована та відведена ліво, накладено судинний затискач. (В) Відновлення цілісності НПВ та видалення нирки

#### Результати дослідження та їх обговорення

У нашій клініці ми використовували модифікований хірургічний доступ, запозичений з методики трансплантації печінки. При пухлинних тромбах правої нирки, що поширюються на НПВ, застосовували трансабдомінальний доступ з мобілізацією печінки за методикою "piggy-back". При пухлинах лівої нирки з пухлинним тромбозом НПВ використовували доступ в модифікації по типу «Mercedes» або «Chevron» з мобілізацією шлунка, селезінки та підшлункової залози "en bloc".

При нульовому рівні ураження ниркових вен виконували стандартну нефректомію після лігування ниркової вени біля її гирла. При першому рівні інвазії, безпосередньо перед видаленням нирки виконували ревізію гирла ниркових вен, виділяли НПВ на цьому рівні та виконували резекцію тромбованого гирла під візуальним контролем (рис.4). Як правило, цілісність НПВ відновлювали безперервним поздовжнім швом, хоча інколи, для профілактики стенозування НПВ, використовували синтетичні заплати. Третій рівень судинної інвазії, для повної експозиції черевного відділу НПВ (до діафрагми), потребує виконання мобілізації хвостатої долі печінки, що було виконано у 6 пацієнтів.

В одному випадку виконали резекцію сегмента НПВ з протезуванням ПТФЕ-протезом. У 3 випадках тромбектомію з НПВ виконали тільки після мобілізації хвостатої долі печінки. У десяти хворих з фрагментарними тромбами НПВ виконувалася відкрита тромбектомія (рис.5).

У 7 випадках нефректомія доповнена пригирловою резекцією стінки НПВ з подальшим зашиванням стінки безперервним швом (в одному випадку цілісність стінки відновили за допомогою заплати із ПТФЕ). У 12 пацієнтів нефректомія доповнена тромбектомією із НПВ з подальшою зовнішньою парціальною апаратною кліпацією НПВ у власній модифікації.

У нашому дослідженні ми не знайшли якихось значимих відмінностей у хірургічних результатах лікування право - та ліво

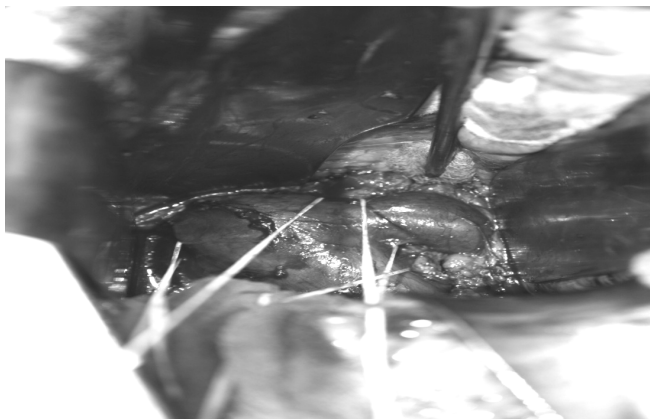


Рис. 5. Пухлинний тромб лівої ниркової вени

сторонніх пухлин нирок з тромбозом НПВ.

#### Висновки

1. III- та IV- й рівні поширення пухлинного тромбу по НПВ частіше зустрічається у пацієнтів з раком правої нирки.
2. Радикальна нефректомія і тромбектомією з НПВ може бути найбільш вдало виконана через доступи по типу "Mercedes" або «Chevron» з використанням методики, запозиченої з трансплантації печінки.

#### Література

1. Рак нирки в Україні, 2004 – 2008. Бюл. нац. канцер-реєстру України. Київ, 2008. - №7. - С. 49-50.
2. Илюхин Ю.А. Выбор оперативного доступа для удаления почечных опухолевых тромбов из нижней полой вены. Секция «Онкоурология» // Материалы 3-го съезда онкологов и радиологов СНГ. - Минск, -2004. - С. 161.
3. Давыдов М.И. Хирургическое лечение рака почки, осложненного венозной инвазией (пособие для врачей)/ М.И. Давыдов, В.Б. Матвеев, Б.П. Матвеев // - Москва, -2003. - С. 24-35.
4. Давыдов М.И. Операции на нижней полой вене у больных раком почки // Материалы 6-й ежегодной Российской Онкологической Конференции / М.И. Давыдов, В.Б. Матвеев, Б.П. Матвеев [и др.] // - Москва, - 2002. - С. 108-109.
5. Сайдакова Н.О. Деякі показники онкоурологічної допомоги// Основні показники урологічної допомоги в Україні за 2007-2008 роки / Н.О. Сайдакова, Л.М. Старцева, Н.Г. Кравчук // -Київ. - 2009. - С. 141 -174.
6. Русин В.І. Особливості хірургічної профілактики венозних тромбоемболічних ускладнень у хворих на рак нирки // Сучасні медичні технології / В.І. Русин, Ю.А. Левчак, В.В. Корсак [та ін.] // - 2011. - №1. - С.5-9.
7. Русин В.І. Відкриті тромбектомії із нижньої порожнистої вени у хворих на рак нирки // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії / В.І. Русин, Ю.А. Левчак, В.В. Корсак [та ін.] // - 2008. -Vol.12; 1. -С.13 -16.
8. Akcetin Z. Does the distance to normal renal parenchyma (DTNRP) in nephron- sparing surgery for renal cell carcinoma have an effect on survival? / Z. Akcetin, V. Zugor, D. Elsasser // Anticancer Res. - 2005 May-Jun. - Vol. 25. - № 3A. - P. 29 -32.
9. Katkooori D. Tumor thrombus involving the inferior vena cava in renal malignancy: is there a difference in clinical presentation and outcome among right and left side tumors? / D. Katkooori, M. Murugesan, G. Ciancio // Int Braz J Urol. - 2009. - № 35. - P. 652-657.
10. Keane T. Current and Future Trends in the Treatment of Renal Cancer / T. Keane, D. Gilatt, C. Evans [et al.] // Eur.Urol.Suppl. - 2007. - № 6. -P. 374-384.
11. Haferkamp A. Prognostic factors influencing long-term survival of patients undergoing nephron-sparing surgery for nonmetastatic renal-cell carcinoma (RCC) with imperative indications / A. Haferkamp, M. Kurosch, M. Pritsch [et al.] // Ann. Surg. Oncol. -2010. - Vol. 10. - № 12. - P. 43 -52.
12. Sorbellini M. Prognostic nomogram for renal insufficiency after radical or partial nephrectomy / M. Sorbellini, M. Kattan, M. Snyder [et al.] // J. Urol. - 2006. -Vol. 17. -№ 6(2). - P. 472 - 476.
13. Ciancio G., Soloway M. The use of natural veno-venous bypass during surgical treatment of renal cell carcinoma with inferior vena cava thrombus / G. Ciancio, M. Soloway // Am. Surg. - 2002. - Vol. 68. - №5. - P. 488 -490.
14. Lam G.W. Surgical strategy in treatment of renal tumor complicated by tumor thrombosis in inferior vena cava / G.W. Lam, P.O. Thind, B.L. Sorensen [et al.] // Ugeskr. Laeger. - 2001. - Vol. 163. - №5. - P. 608 -611.

Русин В.И., Корсак В.В., Левчак Ю.А., Тернуцак А.Н.

#### Хирургическое лечение рака почки с опухолевым тромбозом системы нижней полой вены

**Резюме.** Прооперировано 81 пациента по поводу злокачественных новообразований почек. У 40 пациентов с раком почки выявлено наличие опухолевого тромба в НПВ. Согласно классификации клиники Мейо пациенты были распределены следующим образом: уровень 0 - 41 пациентов, уровень I - 19 пациентов, уровень II - 15 пациентов, уровень III - 3 пациента, уровень IV - 3 пациента. У пациентов с 0 - I- и II уровнями распространения опухолевого тромба выполняли нефректомии с тромбектомией с НПВ. У пациентов с III- и IV уровнями распространения опухолевого тромба выполняли тромбектомии с НПВ доступом по типу "Mercedes" или "Chevron" с использованием

методики, позволяющий визуализировать верхний этаж брюшной полости, с мобилизацией хвостатой доли печени.

**Ключевые слова:** рак почки, опухолевый тромбоз, нижняя полая вена, хирургический доступ.

Rusyn V.I., Korsak V.V., Levchak Yu. A., Ternushchak O.M.

### Surgical Treatment of Renal Cell Carcinoma with Tumor Thrombosis of Inferior Vena Cava

**Summary:** Eighty-one patients with renal cell carcinoma were surgically treated. In forty patients with renal cell carcinoma revealed the presence of tumor thrombus in inferior vena cava (IVC). According to the classification of Mayo Clinic patients were distributed as follows: level 0 - 41

patients, the level I - 19 patients; level II - 15 patients, the level III - 3 patients, the level IV - 3 patients. In patients with 0 - I - II and the spread of tumor thrombus performed nephrectomy with thrombectomy from IVC. In patients with III - IV level and spread of tumor thrombus from IVC thrombectomy performed by access type "Mercedes" or «Chevron» - using liver transplantation technique, which allows to visualize upper quadrant of the abdomen, with mobilization caudal lobe of liver.

**Key words:** renal cell carcinoma, tumor thrombosis, inferior vena cava, surgical technique.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.34-007.272:616.381-007::616-053.2+616-089

Русин В.І., Чаварга М.І.

### Декомпресія травного каналу при спайковій кишковій непрохідності у дітей

Ужгородський національний університет

**Резюме.** Результати використання різних методик декомпресії травного каналу у 54 дітей при хірургічному лікуванні спайкової кишкової непрохідності вказали, що відновлення моторно-евакуаторної функції кишки відбувається у 92,5% хворих, яким було застосовано методику ручного „здоювання” кишкового вмісту впродовж 2-х діб. Застосування ентеротомії, цекостомії, апендикостомії та назогастроінтестинальної інтубації призводило до більш пізніх термінів відновлення моторної функції травного каналу та видужання.

**Ключові слова:** спайкова кишкова непрохідність, діти, травний канал, декомпресія.

#### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Хірургічного лікування спайкової кишкової непрохідності у дітей є актуальною через високий відсоток післяопераційних спайкових ускладнень (до 30-40% усіх форм кишкової непрохідності) [1,4]. Важливим елементом післяопераційного ведення даної категорії хворих є якнайшвидше відновлення моторної функції травного каналу [3]. Разом з цим питання застосування конкретних методів декомпресії на сьогоднішній день не можна вважати остаточно вирішеним [2, 5].

**Мета дослідження.** Вивчити ефективність різних методів декомпресії травного каналу при спайковій кишковій непрохідності у дітей.

#### Матеріал і методи дослідження

Вивчено та проаналізовано результати інтраопераційної декомпресії травного каналу у дітей під час хірургічного лікування спайкової кишкової непрохідності (СКН) у 54 дітей. Ранню СКН було встановлено у 20 хворих, пізню – у 34 пацієнтів. Тривалість захворювання на момент поступлення при пізній СКН склала 18±8 годин. У всіх хворих під час операції відзначали виражену дилатацію кишкових петель над перешкодою та спадіння кишки нижче обтурації, візуальні ознаки порушення мікроциркуляції (ціанотично-багряний колір стінки кишки з явищами венозного стазу), у зв'язку з чим було встановлено II-III ступені парезу кишки, що вимагало проведення декомпресії травного каналу. Хірургічний доступ обирався в залежності від віку дитини, перевагу надавали середній лапаротомії у страших дітей (віком понад 8 років) чи трансректальному доступу. Після ліквідації перешкоди та санації черевної порожнини за наявності ексудату, а також введення в корінь брижі вікової дози 0,25% розчину новокаїну хворим було проведено наступні варіанти декомпресії травного каналу (табл. 1).

**Таблиця 1. Методи декомпресії травного каналу при СКН**

Методика декомпресії	К-сть хворих	%
- „здоювання” вмісту	40	74,1
- ентеротомія з евакуацією вмісту	2	3,7
- назогастроінтестинальна інтубація	2	3,7
- цекостомія	3	5,5
- апендикостомія	1	1,9
- інтубація per rectum	6	11,1

Методика ручного „здоювання” кишкового вмісту проводилася залежно від висоти розташування перешкоди. Так, при розташуванні перешкоди у верхніх відділах тонкої кишки вміст поступово „здоювався” в напрямку шлунка, при більш низькому розташуванні кишковий вміст переміщали у товсту кишку. У 2 випадках, через велику кількість рідкого вмісту в середніх відділах тонкої кишки, за відсутності перитоніту, було виконано ентеротомію на „трималках” з подальшим відсмоктуванням рідини з просвіту кишки електровідсмоктувачем та поступовим „піддоюванням” хімуса до ентеротомної рани. Після декомпресії ентеротомна рана ушивалася двошарними вузловими швами атрауматичним шовним матеріалом Coated Vicryl 4-0. 2 хворим віком 16 та 17 років була виконана назогастроінтестинальна інтубація стандартними інтубаційними зондами. У 6 випадках проводилася інтубація кишки зондом довжиною 1,2 м через анальний отвір з проведенням зонда через Баугінієву заслінку в дистальні відділи клубової кишки. 3 хворим була виконана цекостомія та 1 хворому – апендикостомія з послідуною інтубацією тонкої кишки до рівня зв'язки Трейтца.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Результати проведеного лікування у досліджуваних хворих оцінювалися за часом відновлення моторно-евакуаторної функції травного каналу та тривалістю періоду видужання (за часом виписки хворих зі стаціонару). Відновлення моторно-евакуаторної функції кишки оцінювали за часом початку самостійного відходження газів та стільця у пацієнтів. Строки відновлення моторної функції травного тракту у хворих вказані у таблицях 2 та 3.

Як видно із таблиць, при методиці „здоювання” вмісту відродження газів на 1-у добу почалося у 15,0% пацієнтів, на 2-у добу – у 77,5% хворих, а самостійний стілець на 3-у добу мав місце у 50,0% хворих, у той час як при застосуванні інших методик самостійне відродження газів та стільця не відбувалося протягом 1-ї та 3-ї діб відповідно у жодного іншого пацієнта. При застосуванні методики ентеротомії відновлення самостійного відродження газів/стілця відбулося у обох пацієнтів на 3-у та 4-у добу відповідно. При застосуванні інших методик

**Таблиця 2. Терміни початку самостійного відродження газів**

Методика декомпресії	Терміни після операції (к-сть хворих%)			
	1-а доба	2-а доба	3-а доба	> 4 доби
„здоювання” вмісту	6 / 15,0	31 / 77,5	3 / 7,5	-
ентеротомія з евакуацією вмісту	-	2 / 100,0	-	-
назогастроінтестинальна інтубація	-	-	1 / 50,0	1 / 50,0
цекостомія	-	1 / 33,3	1 / 33,3	1 / 33,3
апендикостомія	-	-	1 / 100,0	-
інтубація per rectum	-	3 / 50,0	2 / 33,3	1 / 16,7