

методику, 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

**Таблиця 3. Терміни відродження самостійного стільця**

Методика декомпресії	Терміни після операції (к-сть хворих/%)			
	3-а доба	4-а доба	5-а доба	> 5 дб
„здоювання” вмісту	20 / 50,0	13 / 32,5	5 / 12,5	2 / 5,0
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	1 / 16,7	2 / 33,3

декомпресії травного каналу відзначалося більш пізнє відновлення моторно-евакуаторної функції.

Терміни виписки зі стаціонару в залежності від застосованої методики декомпресії вказані у таблиці 4. Як видно із таблиці, 50,0% хворих після застосування „здоювання” вмісту були виписані зі стаціонару протягом 14 дб, у той час як усіх інших пацієнтів удалося виписати у більш пізні строки. Лише 5,0% хворих після „здоювання” вмісту кишки було виписано у строки понад 28 дб у зв'язку з важким перебігом післяопераційного періоду. При застосуванні енттеротомної декомпресії 1 пацієнт (50,0%) був виписаний в межах 14 дб, ще один (50,0%) – протягом 3-х тижнів. Двоє дітей, яким було застосовано стомічні методики, потребували у майбутньому хірургічного закриття стоми, що вимагало подовження перебування хворих у стаціонарі, ще у 3 пацієнтів стома закрилася самостійно. При назогастроінтестинальній інтубації кишки 1 хворий (50,0%) знаходився на лікуванні 24 доби, ще один пацієнт (50,0%) лікувався протягом 33 дб, що, очевидно, було пов'язано із важким вихідним станом хворих через пізні строки поступлення (понад 24 години від початку захворювання).

**Таблиця 4. Терміни виписки хворих з СКН зі стаціонару**

Методика декомпресії	Терміни після операції (к-сть хворих/%)			
	До 14 дб	15-21 доба	22-28 дб	>28 дб
„здоювання” вмісту	20 / 50,0	13 / 32,5	5 / 12,5	2 / 5,0
ентеротомія з евакуацією вмісту	1 / 50,0	1 / 50,0	-	-
назогастроінтестинальна інтубація	-	-	1 / 50,0	1 / 50,0
цекостомія	-	-	2 / 66,7	1 / 33,3
апендикостомія	-	-	1 / 100,0	-
інтубація per rectum	-	3 / 50,0	2 / 33,3	1 / 16,7

При черезанальній інтубації кишки 50,0% хворих були виписані зі стаціонару в межах 15-21 доби, 33,3% - у строки 22-28 дб, ще один хворий (16,7%) знаходився на лікуванні понад 28 дб. Слід зазначити, що у 2-х пацієнтів з черезанальною інтубацією кишки спостерігалася незначна ректальна кровотеча через виникнення пролежня на слизовій оболонці, що в одному випадку (16,7%) і вимагало подовження строків госпіталізації

понад 28 дб.

### Висновки

Застосування методики „здоювання” кишкового вмісту для декомпресії травного каналу у дітей призводило до найменшої кількості ускладнень та скорочувало тривалість перебування у стаціонарі.

### Перспективи подальших досліджень

Розробити чіткі покази до застосування тих чи інших методик декомпресії при кишковій непрохідності у дітей.

### Література

1. Аверин В.И. Спаечная непроходимость кишечника у детей / В.И.Аверин, А.М.Махлин, А.А.Свирицкий // Медицинские новости. – 2002. – № 2. – С.62 – 64.
2. Бойко В.В. Интубация кишечника в ургентной и плановой хирургии. / В.В. Бойко, В.К. Логачов, А.А. Вильцанюк. – Харьков, 2007. – 52 с.
3. Латыпов Р.Е. Состояние моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки, вовлеченной в спаечный процесс / Р.Е. Латыпов, В.В. Плечев, П.Г. Корнилова // Мат. 18 Всероссийской научной конференции с международным участием «Физиология и патология пищеварения». – 2002, Геленджик. – С.151.
4. Матвеев Н.Л. Внутривисцеральные спайки – недооцениваемая проблема (обзор литературы) / Н.Л. Матвеев, Д.Ю. Арутюнян // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 5. – С. 60 – 69.
5. Шальков Ю.Л. Интубация желудочно-кишечного тракта: ретроспективная оценка показаний и результатов / Ю.Л.Шальков, А.Г.Ворожко // Украинський журнал хірургії. – 2011. – № 6. – С. 85 – 89.

*Русин В.И., Чаварга М.И.*

### Декомпресія ЖКТ при спаечній кишечної непрохідності у дітей

**Резюме.** Результати використання різних методик декомпресії ЖКТ у 54 дітей при хірургічному лікуванні спаечної кишечної непрохідності указали, що відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника происходит у 92,5% больних, котрым была применена методика ручного “Сдаивание” кишечного содержимого на протяжении 2-х суток. Применение энтеротомии, цекостомии, аппендикостомии и назогастроинтестинальной интубации приводило к более поздних сроков восстановления моторной функции пищеварительного тракта и выздоровления.

**Ключевые слова:** спаечная кишечная непроходимость, дети, пищеварительный канал, декомпрессия.

*Rusin V.I., Chavarha M.I.*

### Decompression of the Alimentary Canal with Adhesive Intestinal Obstruction in Children

**Summary.** As a result of using different decompression methods of gastrointestinal tract in 54 children in the surgical treatment of adhesive intestinal obstruction found that recovery of bowel motor-evacuation function occurs within 2 days occurred in 92.5% of patients who applied the method of hand “pumping” of intestinal contents, 82.5% of these patients recovered within 21 days, while the application of bowel incision method, caecostomy, appendicostomy and intestinal intubation led to the later timing of recovery of motor functions of the alimentary canal and recovery.

**Keywords:** adhesive intestinal obstruction, children, digestive canal decompression.

Надійшла 25.06.2012 року.