

дившихся в період Чернобыльської аварії в дитячому віці, обов'язково виконання тотальної тиреоїдектомії з профілактичною диссекцією центрального отсека ший (лімфатичні вузли VI рівня) вне зависимости от степени распространенности опухоли. Боковая модифицированная диссекция ший показана при подтверждении метастазирования. Последующая аблативная терапия радиоактивным йодом позволяет оценивать эффективность лечения по уровню сывороточного тиреоглобулина и антител к нему, а раннее выявление и хирургическое удаление йодрезистентных метастазов не влияет на показатели выживаемости.

Ключевые слова: папиллярный рак щитовидной железы, хирургическое лечение, тиреоидэктомия.

A.Ye. Kovalenko, Yu.M. Tarashchenko

Post-Chornobyl Papillary Thyroid Carcinoma

V.P. Komisarenko Institute of Endocrinology and Metabolism, Kyiv, Ukraine

E-mail: ae@kovalenko.co.ua

Abstract. Recent studies have confirmed that an increase in the number of patients with papillary thyroid cancer is due to the effects of the Chornobyl accident, and a cohort of persons who lived in the areas being exposed to radioactive contamination in 1986 has an increased risk of thyroid carcinoma even 30 years after the disaster.

The objective of the research was to evaluate the results of treatment as well as to determine an optimal protocol of diagnosis, therapy and monitoring of patients with thyroid papillary carcinoma developed among the population of Ukraine in the period after the Chornobyl disaster.

Materials and methods. The analysis of treatment of 6,239 patients

with papillary thyroid cancer during 1990-2015 was made. Follow-up period lasted from 1 to 25 years after initial surgery, on average 11.8±2.1 years. The age of patients ranged from 7 to 74 years. The mean age was 38.3±7.4 years. There were 5,003 (80.2%) females and 1,236 (19.8%) males.

Results. Papillary thyroid carcinomas of the early period of the accident were characterized by a short latency period, high biological potential of malignancy with high level of invasiveness (extrathyroidal invasion in 51.7%; regional lymphatic metastases in 36.7%; distant metastases to the lungs in 5.2%). Over time, an improvement in the quality of ultrasound and cytological diagnosis allowed increasing the number of surgeries performed at the early stages of carcinoma development (up to 59.8% of cases). All patients underwent surgical treatment: thyroidectomy (84.6%), neck dissection of different lengths (27.8%), hemithyroidectomy in case of low-risk minimally invasive carcinoma (15.4%). In the group of pediatric patients at the time of the Chornobyl accident, the cumulative 15-year survival rate according to Kaplan-Meier method was 98.9%.

Conclusions. In case of preoperative cytologic diagnosis of "thyroid carcinoma" in patients who were children at the time of the Chornobyl accident, it is mandatory to perform total thyroidectomy in combination with preventive central neck dissection (level VI lymph nodes) regardless of the degree of tumor spread. Modified lateral neck dissection is indicated in case of confirmation of metastases. Further ablative radioiodine therapy allows evaluating the effectiveness of treatment according to the level of serum thyroglobulin and antibodies thereto, and early detection and surgical removal of iodine-refractory metastases does not affect survival rates.

Keywords: papillary thyroid cancer; surgery; thyroidectomy

Надійшла 14.07.2016 року.

УДК: 616.366-008.811.6-053.2

Коноплицький В.С., Погорілий В.В., Фомін О.О., Якименко О.Г., Лукіянець О.О., Дмитрієв Д.В.

Характеристика больового синдрому при хронічному колостазі органічного походження у дітей

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, м. Вінниця

Резюме. Матеріали та методи. Дослідження базувалося на аналізі комплексного клініко-рентгенологічного обстеження 88 дітей з хронічними порушеннями дефекації, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова в період з 2012 по 2016 роки, що склали основну групу. Контрольну групу склали 30 дітей, які були госпіталізовані з приводу абдомінального больового синдрому, в результаті обстеження яких органічних змін з боку товстої та тонкої кишки не виявлено.

Результати та обговорення. За частотою біль у дітей із хронічним колостазом переважно локалізувався в лівій (38 дітей) та правій (14 дітей) здухвинних ділянках, що відповідно склало 59,1% від загальної кількості пацієнтів основної групи. Слід зазначити, що із цих 14 пацієнтів, у 8 (57,14%) при рентгенологічному обстеженні було діагностовано рефлюкс-ілеїт, який виступав як морфологічний субстрат при формуванні абдомінального больового синдрому. У 12 дітей, що склали 13,64%, біль не мав чіткої локалізації в черевній порожнині.

Висновки. Отже, провівши ретельний аналіз причин виникнення та проявів больового синдрому у дітей із хронічним колостазом слід зауважити на його багатогранність та різноманітність окремих чинників, аналіз кожного з яких може служити патогенетичним вектором спрямування у виборі методології лікування патології.

Ключові слова: хронічний колостаз, біль, діти.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень

Біль при будь-якому патологічному стані є індивідуальним, суб'єктивним відчуттям, яке складається із сенсорних, емоційних та поведінкових аспектів, які викликаються існуючими пошкодженнями тканин. Повноцінне та всебічне розуміння фізіології болю вкрай важливе для розуміння формування патологічного стану органу або системи ор-

ганів, особливо в питаннях порушень товстокишкового транзиту, і в тому числі при хронічних колостазах (ХК) у дітей, про що свідчить, на жаль, поодинокі дослідження в сучасній педіатричній колопроктології. Згідно з офіційним визначенням Міжнародної Асоціації з Вивчення Болю (IASP) біль - це неприємне відчуття та емоційна знервованість, які пов'язані з пошкодженнями тканин, які спостерігаються, або які імовірні, а також такі, що за описами пацієнтів характеризують стани при подібних пошкодженнях (IASP, 1979) [1, 2].

На жаль, у дітей з органічними вадами товстої кишки (ТК), особливо при порушенні довжини та фіксації її різних відділів, які, в свою чергу, можуть бути анатомічним субстратом для формування ХК, до теперішнього часу мають суттєві наукові прогалини, особливо в плані ноцицептивної характеристики та іррадіації болю при хронічних закрепах.

Мета роботи – вивчити характеристики й іррадіацію болю та його морфо-функціональні чинники при хронічних колостазах органічного походження у дітей.

Матеріали та методи

Дослідження базувалося на аналізі комплексного клініко-рентгенологічного обстеження 88 дітей з хронічними порушеннями дефекації, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці дитячої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова в період з 2012 по 2016 роки, що склали основну групу. Контрольну групу склали 30 дітей, які були госпіталізовані з приводу абдомінального больового синдрому, в результаті обстеження яких органічних змін з боку товстої та тонкої кишки не виявлено. Розподіл дітей в основній групі за віком представлено в таблиці №1.

Таблиця № 1. Розподіл дітей в основній групі за віком

Вік	До 1 року	1-3 рік	3-5 років	6-12 років	13-18 років	Разом
Доліхосігма	1	4	6	12	10	33
Доліхоколон	-	3	8	20	24	55
Всього	1	7	14	32	34	88

Критерії включення пацієнтів в дослідження:

1. хворі, які висували скарги на порушення дефекації у вигляді сильних напружень, відчуття неповного випорожнення, за наявності щільного або у вигляді грудок калу;

2. тривалість закрепу не менше 3-х діб;

3. необхідність ручної допомоги або клізми для евакуації вмісту;

4. тривалість захворювання впродовж не менше 3 місяців.

Критерії виключення пацієнтів з дослідження:

1. хворі з поліпами та випадінням прямої кишки;

2. пацієнти із запальними захворюваннями товстої кишки;

3. хворі, які були раніше оперовані з приводу хвороби Гіршпрунга.

Всім хворим при госпіталізації, згідно з протоколом лікування, виконували загальноприйняті лабораторні та біохімічні дослідження: загальні аналізи крові та сечі, аналіз крові на цукор, групу крові та резус – фактор, загальний білок та білкові фракції, електроліти крові, сечовину, креатинін, загальний білірубін і його фракції, коагулограму. З урахуванням специфіки патології в комплекс діагностичних досліджень включали: аналіз калу на дисбіоз, копрограму, УЗД ОЧП і заочеревинного простору, контрастне рентгенологічне обстеження ТК (ретро- та антеградне), ендоскопічне дослідження ТК.

Оцінку порушень кровообігу в басейні верхньої брижової артерії (ВБА), як одного з провідних чинників ішемії кишкової стінки, виконували на УЗ апараті PHILIPS HD 11XE (США) в режимі кольорового доплерівського картування з частотою конвексного датчика 4,0 МГц в режимі реального часу на висоті болювого синдрому. За даними імпульсно-хвильової доплерометрії у 26 пацієнтів з ХК визначали на висоті болювого синдрому: Vps – пікову систолічну швидкість кровотоку; Ved – кінцеву діастолічну швидкість кровотоку; IR – індекс резистентності.

Результати та їх обговорення

Враховуючи існуючі різновиди та можливу розповсюдженість болю у дітей з ХК, нами проведено кількісне визначення його показників та анатомічну локалізацію. Болювий синдром у наших дослідженнях спостерігався у 67 (76,14%) дітей, із них при доліхосігмі у 24 (72,73%) дітей, а при доліхоколон відповідно у 47 (85,45%) пацієнтів.

Найбільш характерні ділянки болювого зосередження у дітей основної групи представлені в таблиці №2.

За частотою біль у дітей із ХК переважно локалізувався в лівій (38 дітей) та правій (14 дітей) здухвинних ділянках, що відповідно склало 59,1% від загальної кількості пацієнтів основної групи. Слід зазначити, що із цих 14 пацієнтів, у 8 (57,14%) при рентгенологічному обстеженні ТК було

Таблиця №3. Характеристика болювого синдрому

Характер болю	Кількість спостережень	
	Абс.	%
Постійний ниючого характеру	28	31.82
Спастичний (ішемічний) біль	42	47.73
Переймодібний біль	18	20.45
Всього	88	100

Таблиця №4. Показники кровотоку в басейні ВБА у дітей із хронічними колостазами

Група дослідження	Норма (n=25)	Основна група (n=26)	p
Vps (см/сек)	57.6±1.6	86.3±1.9	<0.01
Ved (см/сек)	13.8±0.8	24.6±0.9	<0.01
IR	0.71±0.06	0.91±0.03	<0.05

Таблиця № 2. Характеристика болювого синдрому за його локалізацією

Місце болювого зосередження	Кількість спостережень	
	Абс.	%
Права підреберна ділянка	8	9.10
Ліва підреберна ділянка	2	2.26
Епігастральна ділянка	1	1.14
Навколопупкова ділянка	8	9.10
Права здухвинна ділянка	14	15.90
Ліва здухвинна ділянка	38	43.18
Надпобочкова ділянка	5	5.68
Без чіткої локалізації (дифузний)	12	13.64
Всього	88	100

діагностовано рефлюкс-ілеїт, який виступав як морфологічний субстрат при формуванні абдомінального болювого синдрому. У 12 дітей, що склало 13,64% біль не мав чіткої локалізації в черевній порожнині.

Аналізуючи характер болю у пацієнтів із ХК, нами з'ясовано, що в половині клінічних спостережень він мав спастичне забарвлення, яке усувалось призначенням неселективних спазмолітиків та антифлотуленту Куплатон №10 (табл. №3).

В деяких випадках вісцеральний біль ішемічного походження формувався за рахунок стійкого спазму функціонально активних ділянок ТК, в проекціях її фізіологічних сфінктерів, особливо при спазмі сфінктера Міхайлова.

На наш погляд, який в свою чергу базується на результатах досліджень інших науковців, це закономірно, тому що підвищення внутрішньо-кишкового та внутрішньо-очеревинного тисків на тлі спотвореної перистальтичної активності, що пов'язано з ішемією кишкової стінки за рахунок порушення кровообігу в басейні ВБА, яка відповідає за кровопостачання більшої частини ТК, особливо її правих відділів, які містять специфічні пейсмейкерні ділянки [4].

Досліджуючи показники кровотоку в басейні ВБА у пацієнтів з вісцеральними ішемічними болями на тлі ХК, нами визначені суттєві порушення кровообігу в черевній порожнині (табл. №4).

Досліджуючи місця іррадіації болю, зазначено, що в більшості клінічних випадків вона не визначалась, або було відсутнє її чітке спрямування. Серед чітких місць іррадіації болю визначались поперекова та крижові ділянки у 38 дітей, що відповідно склало 43,48% (табл. №5).

Зв'язок виразності болювого синдрому з актом дефекації з'ясувало неоднозначність цього взаємозв'язку, дані якого представлені в табл. №6.

Отже, провівши ретельний аналіз причин виникнення та проявів болювого синдрому у дітей із ХК слід зауважити на його багатогранність та різноманітність окремих чинників, аналіз кожного з яких може служити патогенетичним вектором спрямування у виборі методології лікування патології.

Висновки

1. Провідною формою болю у дітей із хронічними колостазами органічного походження був вісцеральний біль, який спостерігався у 67 (76,14%) дітей, із них при доліхосігмі у

Таблиця №5. Іррадіація болю у дітей із хронічними колостазами

Місце іррадіації болю	Кількість спостережень	
	Абс.	%
В поперекову ділянку	21	23.86
В крижову ділянку	17	19.32
В ділянку промежини	10	11.36
Без чіткого місця іррадіації	40	45.46
Всього	88	100

Таблиця №6. Зв'язок болювого синдрому з актом дефекації у дітей із ХК

Відношення болювого синдрому до акту дефекації	Кількість спостережень	
	Абс.	%
Посилення перед актом дефекації	30	34.12
Виникає при тривалому напруженні	20	22.73
Виникає під час акту дефекації	12	13.64
Зменшується після акту дефекації	26	29.51
Всього	88	100

24 (72,73%), а при доліхоколон відповідно у 47 (85,45%) пацієнтів.

2. В 47,73% дітей із хронічними колостазми біль був спастичного характеру, що був зумовлений, як спазмом окремих функціонально активних ділянок ТК, так і вираженими порушеннями кровообігу в басейні ВБА.

Література

1. Корнева В.В. Ведущие проявления хронических запоров у детей и возможные пути их разрешения / В.В. Корнева, В.Г. Козачук, Е.А. Боярская, М.А. Капичина // Современная педиатрия. – 2014. - №5. – С.128 – 134.
2. Абаев Ю.К. Хроническая боль в животе у детей : учеб.-метод. пособие / Ю. К. Абаев. – Минск: БГМУ, 2007. – 87 с.
3. Евсеев М.А. Нестероидные противовоспалительные препараты и послеоперационная анальгезия в хирургической клинике: необходимые акценты на эффективности и безопасности / М.А.Евсеев // Хирургическая практика. – 2014. - №3. – С. 15 – 28.
4. Chandra A. Chronic mesenteric ischemia: how to select patients for invasive treatment / A. Chandra, W. J. Quinones-Baldrich // Semin. Vasc. Surg. - 2010. - Vol. 23, № 1. - P. 21-28.

Коноплицкий В.С., Погорельый В.В., Фомин А.А., Якименко А.Г., Лукиянец О.А., Дмитриев Д.В.

Характеристика болювого синдрому при хронических колостазах органического происхождения у детей

Винницкий национальный медицинский университет им. Пирогова, г. Винница

Резюме. Материалы и методы. Исследование базировалось на анализе комплексного клинко-рентгенологического обследования 88 детей с хроническими нарушениями дефекации, которые находились на стационарном лечении в клинике детской хирургии Винницкого национального медицинского университета имени Пирогова в период с 2012 по 2016 годы, составили основную группу. Контрольную группу составили 30 детей, которые были госпитализированы по поводу абдоминального болювого

синдрома, в результате обследования либо органических изменений со стороны толстой и тонкой кишки не выявлено.

Результаты и обсуждение. По частоте боль у детей с хроническим колостазом преимущественно локализовалась в левой (38 детей) и правой (14 детей) подвздошных участках, соответственно составило 59,1% от общего количества пациентов основной группы. Следует отметить, что из этих 14 пациентов, у 8 (57,14%) при рентгенологическом обследовании был диагностирован рефлюкс-илеит, который выступал как морфологический субстрат при формировании абдоминального болювого синдрома. В 12 детей, что составило 13,64% боль не имел четкой локализации в брюшной полости.

Выводы. Проведя тщательный анализ причин возникновения и проявлений болювого синдрома у детей с хроническим колостазом следует заметить на его многогранность и разнообразие отдельных факторов, анализ каждого из которых может служить патогенетическим вектором направления в выборе методологии лечения патологии.

Ключевые слова: хронический колостаз, боль, дети.

V.S. Konoplytsky, V.V. Pogorely, A.A. Fomin, A.G. Yakymenko, O.A. Lukiyanets, D.V. Dmytriiev

Characteristics of Pain Syndrome in Case of Chronic Colonic Stasis of Organic Origin in Children

Pirogov National Medical University, Vinnitsa, Ukraine

Abstract. Materials and methods. The research was based on the analysis of integrated clinical and radiological examination of 88 children with chronic defecatory disorders who were hospitalized to the Clinic of Pediatric Surgery at the Pirogov National Medical University in the period from 2012 to 2016. They constituted the main group. The control group consisted of 30 children who were hospitalized for abdominal pain syndrome. The result their examination did not detect organic changes of the colon and small intestine.

Results and discussion. According to the frequency, pain in children with chronic colostasis was predominantly localized in the left (38 children) and right (14 children) iliac areas constituting 59.1% of the total number of patients of the main group. During X-ray examination 8 (57.14%) out of 14 patients were diagnosed with backwash ileitis as a morphological substrate in the formation of abdominal pain. Pain had no clear localization in the abdominal cavity in 12 children constituting 13.64%.

Conclusions. Thus, having conducted thorough analysis of the causes and manifestations of pain syndrome in children with chronic colostasis, its versatility and variety of individual factors should be noted. Analysis of each of them can be a pathogenic vector of direction in the selection of treatment methods of pathology.

Keywords: chronic colostasis; pain; children.

Надійшла 01.06.2016 року.

УДК: 616.133-007.271:616.831-005.1]-089

Кополовец І., Берек П., Сіхотські В., Кубікова М., Торма Н., Штефаніц П., Франковіцова М.

Диференціальний підхід до хірургічного лікування атеросклеротичних уражень супрааортальних артерій

Клініка судинної хірургії, Східно-Словацький інститут серцево-судинних хвороб - VÚSCH, університет П.Й. Шафарика, медичний факультет, Кошице, Словацьчина. Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, м. Ужгород, Україна, Судинний центр «ІМЕА СС» Кошице, Словацьчина³.

Резюме. Основним місцем локалізації атеросклеротичних уражень супрааортальних артерій є біфуркація сонних артерій – 57%, підключична артерія – 18%, хребтові артерії – 14%, брахіоцефальний стовбур та загальна сонна артерія 11%.

Мета. Систематизувати принципи хірургічного лікування хворих із атеросклеротичним ураженням супрааортальних артерій із врахуванням поліморбідності пацієнтів та мультифокальності атеросклерозу.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати хірургічного втручання на супрааортальних артеріях у 468 хворих. Всі хворі були розподілені на дві групи. До 1 групи належало 276 пацієнтів (59%), які вже мали в анамнезі хірургічне або ендovasкулярне втручання на

будь-якому судинному басейні з приводу атеросклеротичного ураження, а в даний момент госпіталізовані з приводу запланованої операції на екстракраніальних артеріях. До 2 групи належали 192 пацієнти (41%), які госпіталізовані для хірургічного втручання на супрааортальних артеріях без хірургічних та інвазивних методів лікування артеріальної патології в анамнезі.

Результати. У 1 групі, клінічно та за даними об'єктивних методів обстеження, пацієнти були важчими, а саме, з явищами соматичного та інтраопераційного ризику. При порівнянні результатів післяопераційних ускладнень в групах статистичної відмінності не виявлено (p<0,05). Загальний показник важких ускладнень (ГПМК та інфаркт міокарда) в 1 та 2 групі склав 3,4%, летальність – 1,1.