

as the most important organ responsible for reproductive function. According to various authors (A.L. Savchenkova, I.G. Kiselev, 2010) newborns this pathology occurs in 3.4% of cases in full-term newborns, and in 30% of cases preterm newborns. Complications such as testicular atrophy occur in 10-15%, hypoplasia is observed in 40 - 60%, malignant change of the testes is noted in 20% of children who are not operated (e.g. Topka EG, Baibakov VM, 2007, Kochanov AB, Mokhov IV, 2009). According to the online resource (www.LongPenis.ru), infertility was observed up in 70% of cases in not operated children with bilateral process. With the introduction of minimally invasive surgical methods of diagnosis and treatment (including

laparoscopy) into the children's surgical practice, the opportunity to conduct visual assessment (criterion of evidence-based medicine) of testes localization and their sizes, to determine the cause of undescended testicle and to choose adequate tactics for improvement of a pathological condition appeared.

It is appropriate to emphasize the relevance of the subject Taking into account the above mentioned information as well as the material expenditures of the treatment and social rehabilitation of patients.

Keywords: *cryptorchidism; treatment; laparoscopy; children.*

Надійшла 20.07.2016 року.

УДК 616.34-007.272:616.381-007::616-053.2-047

Русак П.С.

До питання набуті непрохідності тонкої та товстої кишок у дітей

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика,
Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня

Резюме. У статті викладено аналіз результатів лікування 183 дітей зі злуковою хворобою очеревини та непрохідністю, які знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні в період з 2001-2014рр. Встановлено, що ні один із патогенетичних симптомів злукової кишкової непрохідності не є в 100% присутнім, тому при вирішенні тактики подальшого лікування є необхідність врахування в сукупності їх усіх. Загальноприйнятими методиками злукова хвороба діагностується в 31,1±6,2% (p≤0,05). Інструментальні методи в діагностиці ЗХО недостатньо інформативні в 46,8±5,5% (p≤0,05), тоді як при наявності кишкової непрохідності інформативність підвищується до 68,9±4,8% (p≤0,05). Використання ультразвукового та рентгенологічного дослідження не може забезпечити безпомилкове виявлення ознак злукової хвороби очеревини або гострої злукової обструкції. Лапароскопічні втручання необхідно застосовувати у всіх випадках, спочатку як діагностичні, при неможливості – перехід на конверсію. У наших дослідженнях конверсія проведена в 6 випадках (21%) і була зумовлена вираженим злуковим процесом, що спровокувало інтраопераційно ускладнення у вигляді кровотеч і злук в одного хворого, наявність опіку серозної оболонки товстого кишківника та перфорацію у двох, кровотечу із пасма сальника в одному.

Ключові слова: злукова хвороба очеревини, симптоматика, лапароскопія.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Набута кишкова непрохідність (НKN) є частим та грізним гострим хірургічним захворюванням. Про це свідчить розвиток злукової хвороби в 40% серед оперованих на органах черевної порожнини, 60% всіх релапаротомій в дитячому віці виконується з причини злукової кишкової непрохідності (Б.П. Броцький та інші, 1982р.; В.В. Бакланов, 1988р., О.М.Горбатюк, 2007р.; Ю.Ф. Ісаков та інші, 2008р.; В.Ф. Рибальченко та інші, 2015р.)

На дивлячись на успіхи розвитку медичної техніки та зміни підходів до лікування, результати бажано залишатися кращими (летальність до 10-15%, рецидиви захворювання до 45% згідно даних В.С. Топузова, 1970р., Г.А. Баїрова 1983р., 1997р., Ю.Ф. Ісакова та співавторів 1988р., 2008р.)

Одним із основних факторів, які впливають на ріст кількості дітей з цією патологією, є збільшення кількості оперативних втручань, деколи не обґрунтованих, інфікування черевної порожнини мікрофлорою, яка стійка до антибіотиків, нерациональне їх застосування та спотворені реакції імунної системи організму (М.І. Чудов, 1980р., А. Deutch, 1989р.)

Набута кишкова непрохідність розподіляється на:

- інвагінація кишківника;
- наслідки лапаротомії (Г.А. Баїров, 1987р.)

Мета роботи. Висвітлити проблемні питання набуті кишкової непрохідності, яка є наслідком лапаротомії.

Матеріали та методи

В роботі узагальнено досвід лікування 183 хворих, які були госпіталізовані у хірургічне відділення Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні з підозрою на злукову хворобу очеревини (ЗХО) в період 2001-2014рр.

Результати та їх обговорення

В період з 2001-2014рр. у клініці перебувало на лікуванні та обстеженні 183 хворих, які були госпіталізовані у хірургічне відділення з підозрою на (ЗХО). Із них:

- вперше – 141 дитина (76,5%);
- вдруге – 22 дитини (12,02%);
- втретє – 20 дітей (10,9%).

Серед госпіталізованих дітей: хлопчиків - 107 (58,5%), дівчаток - 76 (41,5%). 81 хворий (44,3%) у віці 15-18 років Із 183 хворих, які були госпіталізовані з підозрою на ЗХО, після обстежень було знято діагноз у 81 випадку, 44%. Розходження діагнозу між поступленням і випискою склало в 31,1±6,2% (p≤0,05). Найбільше розходжень було у дітей з пізньою злуковою непрохідністю. Серед прооперованих дітей першість становила пізня злукова непрохідність – 77 хворих (75,49%), на другому місці рання злукова непрохідність – 25 хворих (24,50%). Серед госпіталізованих швидкою допомогою було доставлено 111 дітей (67,6%), 72 дитини (39,3%) були госпіталізовані в плановому порядку. Абдомінальний больовий синдром був присутній у всіх випадках, хоча його інтенсивність була різною: при гострій злуковій кишковій непрохідності із 83-х випадків, у всіх больовий синдром був різко виражений; при хронічній злуковій кишковій непрохідності із 19 випадків – у 10 (52,63%) больовий синдром був різко виражений. В подальшому певна кількість пацієнтів лікувались з іншими діагнозами. Блювота спостерігалась у 78 хворих (76,5%), порушення відходження газів – в 60 хворих (58,8%), здуття черевної порожнини – у 38 хворих (37,3%), затримка стільця у 41 хворого (40,2%).

Встановлено, що є закономірність верифікації діагнозу в залежності від кількості ознак. Чим більше ознак, тим більше вірогідність злукової кишкової непрохідності (ЗKN).

Вірогідність діагнозу ЗКН при наявності однієї ознаки були зафіксовані: блювота – 76,5%, порушення відходження газів – 59%, здуття черевної порожнини – 37,3%, затримка стільця – 40,2%. В період між приступами больового синдрому деформація живота, участь його в акті дихання, зміна у перистальтиці були відсутні. При ознаках кишкової обструкції ці симптоми вказували на порушення пасажа, а не на етіологію. Біль при пальпації черевної порожнини теж не вказував на локалізацію процесу. Патогенетичні симптоми (гіперперистальтика, шум «падаючої краплі») були характерними для ранньої діагностики кишкової обструкції до 63% випадків, а при хронічній – 12,5%. Дослідження пасажу барію по кишківнику проводилось у 24 хворих. В 18 випадках (75%) ознак хронічної злукової непрохідності виявлено не було. Рентгенологічні ознаки для хронічної та гострої злукової кишкової непрохідності були різними. Так, порушення прохідності кишкової трубки при гострій формі спостерігалася у 83% випадків, тоді як при хронічній – тільки 47%. Ознаки внутрішньокишкового накопичення рідини та газів при гострій формі спостерігалось у 91% випадків, при хронічній – 6,8%. Ультразвукова картина була інформативна у 41 випадку (40%), а саме: гіперперистальтика кишківника перед ділянкою можливого інфільтрату, зкупчення вмісту кишківника до зони обструкції.

В міжприступний період злуки виявити було неможливо. Для уточнення діагнозу була необхідність проведення аналізу больового синдрому. Зокрема: переймоподібний характер, інтенсивність, періодичність, іррадіація, його зв'язок із зоною післяопераційного рубця від попереднього втручання, а також визначення причин, які викликали біль. Біль ниючого характеру був присутній у хворих з хронічною формою, без ознак обструкції у 40% хворих, і практично був відсутній при гострій формі. В той же час у хворих з гострою формою виражений больовий синдром зафіксовано у $77 \pm 2,53\%$ випадків ($p \leq 0,05$).

Враховуючи аналіз результатів можна сказати, що:

- за загальноприйнятими методиками злукова хвороба діагностується в $31,1 \pm 6,2\%$ ($p \leq 0,05$);

- інструментальні методи в діагностиці ЗХО недостатньо інформативні в $46,8 \pm 5,5\%$ ($p \leq 0,05$), тоді як при наявності кишкової непрохідності інформативність підвищується до $68,9 \pm 4,8\%$ ($p \leq 0,05$);

- використання ультразвукового та рентгенологічного дослідження не може забезпечити безпомилкове виявлення ознак злукової хвороби очеревини або гострої злукової обструкції.

Було проведено лапароскопічне обстеження та лікування 78 дітей (67,2%) із 111 дітей, які були госпіталізовані у відділення із ЗХО. Із них 47 дітей або 60,2% госпіталізовані у стаціонар з приводу ургентних ситуацій, 31 дитині або 39,7% лапароскопія виконана як один із етапів діагностики. Із 47 випадків виконання адгезіотомії лапароскопічним методом серед дітей, які поступили в ургентному порядку, виконано 28 втручань (59,6%). Із них 19 хворих 40,4% в минулому були прооперовані з приводу виражених деструктивних процесів в організмі. Конверсія проведена в 6 випадках (21%) і була зумовлена вираженим злуковим процесом, що спровокувало інтраопераційно ускладнення у вигляді кровотеч і злук в одного хворого, наявність опіку серозної оболонки товстого кишківника та перфорацію у двох, кровотечу із пасма сальника в одному.

Висновки

- ні один із патогенетичних симптомів злукової кишкової непрохідності не є в 100% присутнім, тому при вирішенні тактики подальшого лікування є необхідність врахування в сукупності їх усіх;

- у зв'язку із обслуговуванням дитячого населення віком до 18 років, де клініка є схожою як у дорослого, є необхідність у класифікації злукової кишкової хвороби, внести зміни

(больова форма) та внести зміни в алгоритм обстеження та лікування відповідно;

- роль лапароскопії при підозрі на злукову кишкову непрохідність є однією із визначальних, яка дозволяє виконати як діагностичну так і лікувальну операцію.

Література

1. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей / Г.А. Баиров – Санкт-Петербург; Питер, 1997. – 462с.
2. Горбатюк О.М. Релапаротомия в ургентной хирургии детского века / О.М. Горбатюк, О.М. Урин, С.В. Димо // Вісник Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. – 2007. – №11 (1/1). – С. 79-85.
3. Дронов А.Ф. Лапароскопическая аппендэктомия у детей. Опыт 2300 операций / А.Ф. Дронов, В.И. Котловоский, И.В. Поддубный // Хирургия – 2000. - №6. – С. 30-36.
4. Матеріали науково-практичного симпозиуму «Хірургічні аспекти захворювань кишечника у дітей», 22-24 жовтня 2008р., м. Чернівці, МОЗ України, 122с.
5. Сучасні аспекти надання хірургічної допомоги дітям. Матеріали науково-практичної конференції. – Житомир: «Полісся», 2015. – 272 с.
6. Збірник наукових робіт XXIII з'їзду хірургів України, Київ «Клінічна хірургія», 2015р.

Русак П.С.

К вопросу приобретенной непроходимости тонкой и толстой кишок у детей

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, Житомирская областная детская клиническая больница

Резюме: В статье изложен анализ результатов лечения 183 детей со спаечной болезнью брюшины и непроходимостью, которые находились на лечении в хирургическом отделении Житомирской областной детской клинической больницы в период с 2001-2014гг. Установлено, что ни один из патогенетических симптомов спаечной кишечной непроходимости не присутствует в 100%, поэтому при решении тактики дальнейшего лечения есть необходимость учета в совокупности их всех. Общепринятыми методиками спаечная болезнь диагностируется в $31,1 \pm 6,2\%$ ($p \leq 0,05$). Инструментальные методы в диагностике спаечной болезни брюшины недостаточно информативны в $46,8 \pm 5,5\%$ ($p \leq 0,05$), тогда как при наличии кишечной непроходимости информативность повышается до $68,9 \pm 4,8\%$ ($p \leq 0,05$). Использование ультразвукового и рентгенологического исследования не может обеспечить безошибочное выявление признаков спаечной болезни брюшины или острой спаечной обструкции. Лапароскопические вмешательства необходимо применять во всех случаях, сначала как диагностические, при невозможности – переход на конверсию. В наших исследованиях конверсия проведена в 6 случаях (21%) и была обусловлена выраженным спаечным процессом, что спровоцировало интраоперационно осложнения в виде кровотечений и спаек у одного больного, наличие ожога серозной оболочки толстого кишечника и перфорацию в двух, кровотечение из пряди сальника в одном.

Ключевые слова: спаечная болезнь брюшины, симптоматика, лапароскопия.

P.S. Rusak

The Issue of Acquired Small and Large Intestinal Obstruction in Children

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Zhytomyr Regional Clinical Children's Hospital, Zhytomyr, Ukraine

Abstract. The article describes the results of treatment of 183 children with peritoneum adhesive disease and obstruction who were treated at the surgical department of the Zhytomyr Regional Clinical Children's Hospital during 2001-2014. None of the symptoms of pathogenic adhesive intestinal obstruction was found not to be present in 100%. Therefore, the subsequent treatment regimen required to take them all together into account. According to comprehensive methods, adhesive disease was diagnosed in $31.1 \pm 6.2\%$ ($p \leq 0.05$). Instrumental methods in the diagnosis of peritoneum adhesive disease were not sufficiently informative in $46.8 \pm 5.5\%$ ($p \leq 0.05$), whereas the information

content increased to $68.9 \pm 4.8\%$ ($p \leq 0.05$) in the presence of intestinal obstruction. Ultrasonic and radiographic examinations cannot provide error-free detection of signs of abdominal adhesive disease or acute adhesive obstruction. Laparoscopic intervention should be applied in all cases, first as a diagnostic then transition to conversion if necessary. In our studies, the conversion was conducted in 6 cases (21%) and was caused by significant adhesive process that provoked intraoperative

complications such as bleeding and adhesions in one patient, the presence of burn of large intestinal serous membrane and perforation in two patients, omentum strand bleeding in one case.

Keywords: *peritoneum adhesive disease; symptoms; laparoscopy.*

Надійшла 07.06.2016 року.

УДК 616.14–005.6–031.38–073.916

Русин В. І., Корсак В. В., Попович Я. М., Бойко С. О.

Стан колатерального кровоплину у венозному колекторі при тромбозах глибоких вен системи нижньої порожнистої вени

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Ужгород

Резюме. У роботі наведено аналіз результатів обстеження 43 хворих з гострими глибокими венозними тромбозами у системі нижньої порожнистої вени. Включення в комплекс клініко-інструментального обстеження пацієнтів (ультразвукове дуплексне скенування, рентгеноконтрастна флебографія, мультиспіральна комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням) радіоізотопної флебосцинтиграфії дало можливість оцінити порушення параметрів кровоплину при гострих глибоких венозних тромбозах.

Ключові слова: гострий глибокий венозний тромбоз, нижня порожниста вена, радіоізотопна флебосцинтиграфія, радіофармапрепарат.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Щороку в США та Європі тромбоз глибоких вен (ТГВ) виявляють з частотою майже 150 – 160 на 100 тис. населення або 8 – 20 млн. випадків [2, 3, 7, 8, 11]. Симптомну нефатальну тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА) виявляють у 20 – 60 осіб на 100 тис. [2, 3], а фатальну ТЕЛА, підтвержену даними патологоанатомічного дослідження, – у 50 – 60 випадках на 100 тис. [2, 3, 8, 16], що перевищує сумарне значення показників смертності від раку молочної залози, синдрому імунодефіциту та дорожньо-транспортних подій [13, 16].

В Україні щороку реєструють 50 тис. епізодів ТЕЛА з рівнем летальності 20 – 25% від загальнолікарняної смертності [12]. Близько 25 – 80% випадків, за даними автопсій, ТГВ і ТЕЛА залишаються не розпізнаними, навіть якщо останні є безпосередньою причиною смерті [1, 4, 5, 6, 8]. При цьому у Європі та Росії під час автопсії у 13 – 20% випадків безпосередньою причиною смерті є ТЕЛА [1].

У перший місяць захворювання помирає до 30% пацієнтів внаслідок ТЕЛА [8], а протягом року після виникнення ТГВ – до 21% пацієнтів [9]. Рецидив ТГВ діагностують у 7 – 13% пацієнтів протягом року (зазвичай через 60 – 90 днів) [9], у 20% пацієнтів у терміни від 2 до 5 років [8, 15] та у 30 – 40% хворих через 10 років спостереження після вперше виявленого тромбозу [9, 14, 17]. Рецидив ТЕЛА спостерігають у 15,4 – 51,2% пацієнтів з ТГВ [10]. При цьому летальність серед нелікованих пацієнтів досягає 40% при немасивній та 70% при масивній ТЕЛА [1, 4]. При проведенні своєчасної терапії вона не перевищує 2 – 10% [1, 4].

Лікуванню ТГВ системи нижньої порожнистої вени присвячено велика кількість робіт, що стосується причин виникнення, механізмів розвитку, клінічних проявів, методів діагностики, показів та протипоказів до різноманітних видів терапії. Попри шалений ріст та розвиток сучасних технологій в хірургії судин, лікування ТГВ залишається однією з найменш вирішених проблем сучасної флебології, а результати лікування залишаються незадовільними. ТЕЛА як і

раніше рахують однією з головних причин летальності в хірургічних стаціонарах, а кількість хворих з важкими формами хронічної венозної недостатності неухильно зростає.

Залишаються невивченими можливості компенсації венозного кровоплину при ТГВ. У наявній літературі представлені епізодичні дані про вивчення параметрів кровоплину при ТГВ, але детальне їх дослідження ніхто не проводив. Оцінка компенсації магістрального та колатерального венозного кровоплину потребує застосування методів здатних визначити об'ємний кровоплин у кінцівці. На даний час існують опосередковані (плетизмографія) і прямі (радіоізотопні) способи їх вивчення. Радіонуклідні методи дослідження знаходять все більш широке застосування в сучасній флебології. Їх відрізняє достатньо висока інформативність, низька травматичність, низьке променеве навантаження на пацієнта, що дозволяє проводити дослідження в динаміці, отримувати додаткову діагностичну інформацію.

Мета дослідження. Визначити можливості компенсації магістрального та колатерального кровоплину у венозному колекторі при тромбозах глибоких вен системи нижньої порожнистої вени.

Матеріали та методи

У роботі проаналізовано результати обстеження та лікування 43 хворих з ТГВ у системі нижньої порожнистої вени (НПВ), яких проліковано у відділенні хірургії магістральних судин Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака протягом 2008 – 2015 років. Вік хворих становив від 26 до 78 років, середній вік – $52 \pm 2,3$ роки.

Для обстеження хворих застосували лабораторні методи дослідження, а також інструментальні: ультразвукову доплерографію, ультразвукове дуплексне сканування («Аloka-3500», Японія; «My Lab-50», Італія; «HDI-1500» ATL-Philips; «SIM-5000», Радмір; «ULTIMA PRO-30, z.one Ultra», ZONARE Medical Systems Inc., США); рентгеноконтрастну флебографію (DSA, Integris-2000, Philips) та мультиспіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням (Somatom CRX «Siemens», Німеччина, 1994).

Всім пацієнтам проводилася радіофлебографія на емісійному комп'ютерному томографі «Тамара» (ГКС-301Т) виробництва ГПФ СКТБ «Оризон» Україна, НІО ШГК НТК «Інститут монокристалів» НАН України, СП «Амкрис-Ейч». Як радіофармапрепарат використовували Tc^{99m} -перетехнетат. Діагностика ТГВ базувалася на наступних критеріях:

- дефект наповнення контрастом вени;
- обрив лінії контрастування;
- відсутність контрастування глибоких вен;
- наявність колатерального кровоплину;
- зниження радіоактивності над дистальною ділянкою тромбозу.

Точність методу складає 90%, чутливість – 88%, специфічність – 96%. Але при візуалізації великих венозних магістралей стегна