

Хірургічного лікування патології

Перспективи подальших досліджень

Урвовладження малоповітряних технологій для діагностики та лікування неплемпованого яєчка у дитячій хірургії практиці.

Григор'єв О.К.

Література

1. Використання ендовидеохірургії у дітей з діагнозом гідронекрозу яєчка. [та ін.] // Хірургія дитячого віку. - 2005. - Т.2, №2. - С. 20-22.

2. Вплив пізньої хірургічної корекції крипторхізму у дітей на розвиток ускладнень. [Торжак О.М., Сеймський Д.А., Катба 3. та ін.] // Хірургія дитячого віку. - 2009. - Т.6, №4. - С. 43-46.

3. Клепиков І. Крипторхізм і проблеми его діагностики і лікування / І. Клепиков, Х. Натрап, Б. Крутман // Детская хирургия. - 2006. - №2. - С. 26-32.

4. Крипторхізм: етіологія, патогенез, сучасні методи лікування / І. Клепиков, О.Ю. Самсонов, Л.Н. Миряков К.К. [та ін.] // Андрология и генитальная хирургия. - 2008. - №2. - С. 21-26.

5. Луцицкий В.Е. Крипторхізм и бесплодие / В.Е. Луцицкий // Эволюция мужских. - 2003. - №2. - С. 105-106.

6. Наконечный А.И. Проблема хірургічного лікування крипторхізму в дітей / А.И. Наконечный // Практическая медицина. - 2009. - Т.15, №4. - С. 119-126.

7. Наконечный А.И. Характеристика гіпотонарно-тонізної системи у хлопчиків із патологією опускання яєчок / А.И. Наконечный // Экспериментальная та клінічна фізіологія і біохімія. - 2006. - №4. - С. 78-81.

8. Тонка Е.Г. Сучасні аспекти хірургічного лікування крипторхізму у дітей / Е.Г. Тонка, В.М. Байдаков // 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. Prevalence of testicular position in boys referred for an undescended testis: further explanation of the late orchidopexy enigma? // BJU Int. - 2003. - Vol. 92. - P. 293-296.

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

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

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

Місце малоповітряних технологій в діагностиці і лічненні синдрому неплемпованих яєчок у дітей

Резюме. В роботі проведено аналіз результатів лікування неплемпованих яєчок 63 хлопчиків у віці 1,5 до 16 років. Докладно описано методи лікування, результати та аналіз ускладнень. Висновок: використання малоповітряних технологій дозволяє знизити ризик ревизионної лахового каналу при атрофії яєчка, і забезпечує повне відновлення функцій яєчка.

Ключевые слова: неплемповане яєчко, крипторхізм, варикоцеле, орхідопексія.

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

The Place of Minimally Invasive Technology in Diagnostic and Treatment of Nonpalpable Testis in Children

Summary. This work provides a literary review of minimally invasive 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.

Надійшло 25.06.2012 року.

Хірургічне лікування раку нирки з пухлинним тромбозом системи нижньої порожньої вени

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

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

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 випередив 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 злитість зростаючого по простоті венозних судин (венозна інвазія), без обов'язкового проростання судинної сітки. Пухлинні тромби поширюються по нирковій та нижній порожній вени (НПВ) аж до правого передсердя. За даними літератури [2,3], НПВ зустрічається в 4-10% випадках (рис.1).

При інфільтрації стінки НПВ пухлинним тромбом, що походить з правої нирки, однією з можливих хірургічних підходів є сегментарна резекція НПВ з перев'язкою лівої ниркової вени [1]. Сегментарна резекція НПВ здійснюється завдяки наявним ліва гонада і надниркова вени (венозна колатералія, за якими проходять вільні крові від лівої нирки. Подібна операція раніше описана Vicente Pados E] та співавт. (1998) [4]. У 3 спостереженьких авторів ниркова флуїдиція в післяопераційному періоді була задовільною, і венозна вільність від нижніх кінцівок не постраждала.

Останні дані свідчать про те, що несприятливий прогноз, з

Резюме. Прооперовано 81 пацієнта з привожду злоякісних новоутворень нирок. У 40 пацієнтів з раком нирки виявлено наявність пухлинного тромбу в НПВ. Згідно з класифікацією клінки Мейо пацієнти були розподілені наступним чином: рівень 0 - 41 пацієнт; 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 протромбозом НПВ. У пацієнтів з III - та IV рівнями поширення пухлинного тромбу виконали протромбоз НПВ через доступ по типу "Mercedes" або «Chevron» з використанням методик, які дозволяють візуалізувати верхні поверхні порожньої, з мобілізацією хвостатої лопі печінки. Ключові слова: рак нирки, пухлинний тромбоз, тяжка порожня вена, хірургічний досвід.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Рак нирки (РН) - загальнопримий на даний час термін для позначення раку, який розвивується з епітеліо ниркових каналців. Становить 3% всіх злоякісних пухлин у дорослих і близько 9% всіх пухлин нирок. Серед уродитичних пухлин раку нирки займає третє місце після новоутворень периферичної частини 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 уродитичних новоутворень. Вже при першій діагностиці 25-30% хворих мають віддалені метастази, у 25% діагностується місцеве-поширений рак нирки. Після

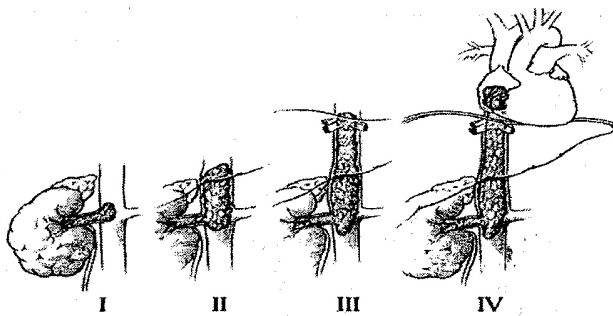


Рис. 1. Схематичне зображення рівнів поширення пухлинного тромбу в НПВ

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, порталною 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

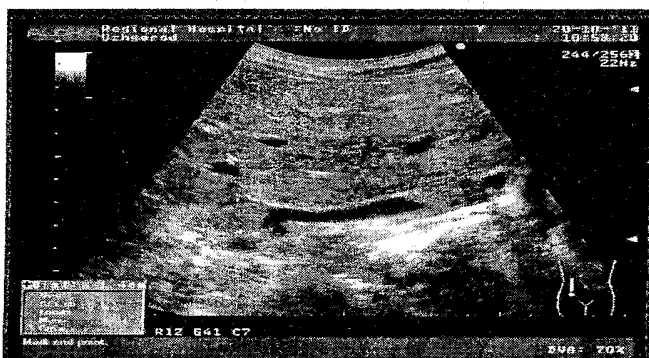


Рис. 3. Ультразвукова картина пухлинного тромбу ниркової вени (рівень I за класифікацією Mayo)

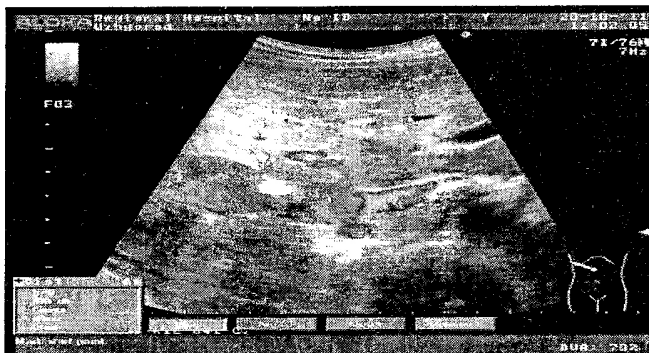


Рис. 2. Ультрасонографічна картина пухлинного тромбу в НПВ

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 «Гамара» (ІКС-301Т). Для виконання динамічної флебосцинтиграфії (ДФСГ) використовували радіофармацевт препарат 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 телегаматерапію із сумарною дозою 46-50 гр. («Рокус-М», Росія та «Агат-С», Естонія).

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

Результати дослідження та їх обговорення

У нашій клініці ми використовуємо методику хірургічного лікування хребтної кістки при пухлинній нефрэктомії. При першому рівні інвазії, безпосередньо перед відділенням нирки рівні ураження ниркових вен виконували стандартизовану нефрэктомію після лігування ниркової вени біля її гирля. При першому рівні інвазії, безпосередньо перед відділенням нирки виконували резекцію тромбованого гирля під візуальним контролем (рис. 4). Як правило, щільність НІВ відновлювали безперервним поздовжнім швом, хоча інколи, для профілактики стенозування НІВ, використовували синтетичні заплітки. Третій рівень судинної інвазії, для повної експозиції черевного відділу НІВ (до діафрагми), потребує виконання мобілізації хвостатої доли печінки, що було виконано у 6 пацієнтів.

В одному випадку виконали резекцію сегмента НІВ з протезуванням ПТФЕ-протезом. У 3 випадках тромбозом з НІВ виконували тільки після мобілізації хвостатої доли печінки. У деяких випадках нефрэктомія доповнена припірковою резекцією стінки НІВ з подальшим зашиванням стінки безперервним швом (в одному випадку щільність стінки відновили за допомогою заплітки із ПТФЕ). У 12 пацієнтів нефрэктомія доповнена тромбектомією із НІВ з подальшою зовнішньою парциальною апаратною кліпачею НІВ у власній модифікації.

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



Рис. 5. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рисун В.И., Корсак В.В., Левчак Ю.А., Терпушак А.Н. Хирургическое лечение рака почки с опухолевым тромбозом системы нижней полой вены

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. - P. 608-611.

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.

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.

11. Hattkamp A. Prognostic factors in influencing long-term survival of patients undergoing nephron-sparing surgery for nonmetastatic renal-cell carcinoma (RCC) with imperative indications / A. Hattkamp, M. Kuntsoch, M. Pritsch [et al.] // Ann. Surg. Oncol. - 2010. - Vol. 10. - № 12. - P. 43-52.

10. Kane T. Current and Future Trends in the Treatment of Renal Cancer / T. Kane, D. Gillatt, C. Evans [et al.] // Eur. Urol. Suppl. - 2007. - № 6. - P. 374-384.

9. Kakort 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. Kakort, M. Mungesan, G. Ciancio // Int Braz J Urol. - 2009. - № 35. - P. 652-657.

8. Akcetin Z. Does the distance to normal renal parenchyma (DTRRP) in nephron-sparing surgery for renal cell carcinoma have an effect on survival? / Z. Akcetin, V. Zuger, D. Elsassser // Anticancer Res. - 2005 May. - Vol. 25. - № 3A. - P. 29-32.

7. Русин В.І. Викриті тромбозом і нижньої порожнистої вени епілопастичної хірургії / В.І. Русин, Ю.А. Левчак, В.В. Корсак [та ін.] // - 2008. - Vol. 12. - С. 13-16.

6. Русин В.І. Особливості хірургічної профілактики веноніжних 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.

5. Сайдакова Н.О. Деякі показники онкоурологічної допомоги / Н.О. Сайдакова, Л.М. Стрпцева, Н.Т. Кравчук // - Київ. - 2009. - С. 141-174.

4. Давылов М.И. Операции на нижней полой вене у больных раком почки // Материалы 6-й ежегодной Российской Онкологической Конференции / М.И. Давылов, В.Б. Матвеев, Б.П. Матвеев [и др.] // - Москва. - 2002. - С. 108-109.

3. Давылов М.И. Хирургическое лечение рака почки, осложненного венозной инвазией (особое для врачей) / М.И. Давылов, В.Б. Матвеев, Б.П. Матвеев // - Москва. - 2003. - С. 24-35.

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 Украины. Київ, 2008. - №7. - С. 49-50.

1. Рак нирки в Україні, 2004 – 2008. Бол. нац. канцер-реєстру України. Київ, 2008. - №7. - С. 49-50.

Література

1. III- та IV-й рівні поширення пухлинного тромбу по НІВ частіше зустрічається у пацієнтів з раком правої нирки.

2. Радикальна нефрэктомія і тромбектомія з НІВ може бути найбільш вдало виконана через доступи по типу "Met-cedes" або "Chevton" з використанням методик, запропонованої з трансплантатів нирки.

3. Радикальна нефрэктомія і тромбектомія з НІВ може бути найбільш вдало виконана через доступи по типу "Met-cedes" або "Chevton" з використанням методик, запропонованої з трансплантатів нирки.

4. Радикальна нефрэктомія і тромбектомія з НІВ може бути найбільш вдало виконана через доступи по типу "Met-cedes" або "Chevton" з використанням методик, запропонованої з трансплантатів нирки.

Рис. 4. (А) Печінка мобілізована та відведена вліво, накладено судинний затискач. (Б) Відновлення цілісності НІВ та

Рис. 5. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рис. 6. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рис. 7. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рис. 8. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рис. 9. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рис. 10. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рис. 11. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рис. 12. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рис. 13. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рис. 14. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рис. 15. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рис. 16. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рис. 17. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рис. 18. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рис. 19. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

Рис. 20. Ретроперитонеальний лімфаденектомія при раку ниркової вени

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 вилужання.

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 серединній лапаротомії у страших дітей (віком понад 8 років) чи трансректальному доступу. Після ліквідації перешкоди та санації черевної порожнини за наявності ескудату, а також введення в корінь брижі вікової дози 0,25% розчину новокаїну хворим було проведено наступні варіанти декомпресії травного каналу (табл. 1).

Таблиця 1. Методики 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 атравматичним шовним матеріалом Coated Vicryl 4-0. У 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. У 3 хворим була виконана цекостомія та 1 хворому – апендикостомія з послідовною 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 вилужання (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