

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Мельниченко М. Г. Спайкова кишкова непрохідність у дітей / М. Г. Мельниченко, В. В. Антонюк, А. А. Квашніна // XXIII з'їзд хірургів України, 21–23 жовт. 2015 р.: зб. наук. пр. – Київ: Клінічна хірургія, 2015. – С. 447–448.
2. Рибальченко В. Ф. Гострий оментит у дітей: класифікація та вибір хірургічної тактики / В. Ф. Рибальченко, П. С. Русак // Шпитальна хірургія. – 2014. – № 1 – С. 88.
3. Хірургічне лікування спайкової непрохідності кишечника у підлітків з використанням струменевого гідроскальпеля. Скиба В. В., Рибальченко В. Ф., Іванько О. В., Демиденко Ю. Г., Бадах В. М., Бочаров В. П. Paediatric surgery. 2016.3-4(52-53):51-57; doi 10.15574/PS.2016.52-53.51
4. Chang YJ. Strangulated small bowel obstruction in children. J Pediatr Surg 2017 авг;52(8):1313-1317. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2017.03.002. Epub 2017 12 марта.

## ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

**Рибальченко Василь Федорович**, доктор медичних наук, професор кафедри дитячої хірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, redsurgery\_ua@ukr.net;  
**Борис Руслан Миколайович**, доктор медичних наук, професор кафедри хірургічних хвороб №1, Приватний вищий навчальний заклад «Київський медичний університет», rb7777@ukr.net;  
**Рибальченко Інна Геннадіївна**, кандидат медичних наук, лікар дитячий хірург, Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», inna4207@ukr.net;  
**Русак Петро Степанович**, доктор медичних наук, професор, зав. хірургічного відділення Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, hirurgia1.odl@ukr.net.

## ГОСТРЕ ПОРУШЕННЯ КРОВОТОКУ ЯЄЧКА У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Рибальченко І.Г.<sup>1</sup>, Припула В.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ»

<sup>2</sup> Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

**Актуальність.** За даними ВООЗ, у світі 10–25 % людей страждають на безпліддя, а кількість безплідних шлюбів становить 8–20% від загальної кількості сімей, із яких у 30–60% причиною є чоловічий фактор, чинники якого – з дитинства. Результат хірургічного лікування перекруту яєчка залежить від тривалості захворювання до операції, а атрофія настає в 37–76 % випадків, з частотою орхіектомії 59–88,24 %. У перші 6 год атрофію спостерігається у 8 % хворих, тоді як через 8 год ускладнення відзначали у 90 % [1; 2; 4].

Гостра гіпоксія – виникає раптово і характеризується відсутністю кровотоку в яєчку та триває протягом кількох хвилин або десятків хвилин (перекрут яєчка, перекрут придатка) [1; 3].

**Мета роботи.** Покращити діагностику, а її основі вчасну хірургічну тактику за для збереження ендокринного органу – яєчка.

**Матеріал та методи дослідження.** У групу дослідження включено хворих із відсутністю кровотоку яєчка – 54, це всі новонароджені діти. З метою верифікації порушення кровотоку використовували ультразвукове дослідження (УЗД) та дуплексне сканування (ДС) з кольоровим дуплексним картуванням (КДК) кровотоку, з оцінкою таких параметрів: розміру і структури ураженого й контр-латерального яєчка та придатка і стану кровотоку.

**Результати дослідження.** Власні дослідження показали, що гострі розлади кровотоку характерні для пацієнтів з перекрутом яєчка у 42 (77,77%) та васкулярними порушеннями (тромбозами) судин яєчка у 12 (22,23%).

Гостре порушення кровообігу яєчка встановлено у 54 (100 %) пацієнтів. Аналіз пологів показав, що патологічні були в у 50, а фізіологічні у 4. Вага при народженні пацієнтів понад 4 кг була у 35 64,81 % хворих, а у 19 пацієнтів 35,19 % ( $3.550 \pm 102$ ) кг. При народженні недуга встановлена у 21 (38,89%), а у 33 (61,11 %) впродовж першої доби. Гострий початок мали 32 (61,11 %). Порушення загального стану у 52 (96,30 %), із яких кволих було - 12, збуджених - 6, неспокійних - 34. Загальну гіпертермію мали 3 пацієнти. Порушення функції травного каналу діагностовано у 38 (70,37%) пацієнтів. Збільшену калитку мали всі хворі 54 (100%), а незначне збільшення у 3 - які мали атрофію яєчка. У 51 (%) хворого калитка була гіперемованою з цианотичним і подекуди багряним відтінком, а менші зміни були при АЯ. Місцева температура у 46 (85,18%) була підвищеною. Горизонтальне положення яєчка у 40 з 42, що мали перекут яєчка (ПЯ), а вертикально у 14 пацієнтів, серед яких васкулярні порушення та атрофію яєчка (АЯ) у 12. Отже у 2 пацієнтів, які мали ПЯ, воно було розміщене вертикально, але фіксоване й підтягнуте кремастерним м'язом доверху. Болючість (не-спокій при пальпації) по всій поверхні калитки встановлена у 9, в проекції яєчка у 39. При пальпації чіткі межі утворення у 28, а нечіткі межі у 26. Вільна рідина в калитковій камері встановлена у 31 пацієнта. УЗД проведено у 41 пацієнта. При ПЯ у 30 пацієнтів, як яєчки так і придатки були збільшені в розмірах, неоднорідні і набряклі. При васкулярних порушеннях у 11 хворих, яєчка і придатки були у межах вікової норми та ущільнені. ДС з КДК у всіх пацієнтів вказувала на відсутність кровообігу в яєчку і придатку та значно зменшений кровообіг у тканинах навколо яєчка, що, імовірно, було пов'язане з кровообігом оболонки яєчка.

Лікування ПЯ проведено у 42(77,77%) хворих, із яких однобічна локалізація у 39 (%), та двобічна у 3 (4,76 %). При оперативному лікуванні використовувався залежно від локалізації однобічний транскалитковий доступ у 39 та двобічний у 3. Тканини калитки були набряклими у 42. Уміст навколяєчковому просторі був серозно - геморагічним у 25, згустки звернутої крові у 21, тканини та яєчко в згустках – тромбах у 31. Тим часом в однієї дитини було по декілька ознак. Інтраопераційні дані завороту яєчка: на  $180^0$  - 12,  $240^0$  – 10,  $360^0$  - 12,  $720^0$  – 8 хворих. Органозберігаючі операції проведено у 15 проти органовидаляючих операцій у 27. Лікування васкулярних порушень яєчка. До підгрупи віднесли 12 (22,23%) хворих, коли під час обстеження діагностувалася відсутність кровообігу яєчка, а під час операції було встановлено наявності тромбозу судин, а також некроз яєчка за відсутності ПЯ. Тромбоз судин діагностовано у 10, а атрофію яєчка у 2. Хворі оперовані з калиткового доступу та виявлено серозно-геморагічний уміст, що сприяв набряку й здавленню судин, які живлять яєчко. Після ліквідації чинників компресії на яєчко - визначали відновлення кровообігу. За даними ревізії із 10 хворих яєчко залишено у 5.

**Заключення.** Усім дітям із синдромом збільшеної та набряклої калитки доцільно проводити УЗД та ДС з КДК з оцінкою таких параметрів: розміру і структури ураженого й контр-латерального яєчка та придатка і стану кровотоку. У випадках сумнівної життєздатності яєчка доцільно застосовувати екстренну оперативну тактику лікування, що дозволяє візуалізувати процес та обґрунтувати тактику лікування.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Притула В. П., Рибальченко І. Г. Гостра ішемія яєчка у новонароджених дітей. // Харківська хірургічна школа. № 1 (70) 2015., - С. 106 – 110.
2. Рыбальченко И.Г. Синдром отечной мошонки у детей. Международный научно практический журнал. // «Хирургия. Восточная Европа» С. 217-219. 2013 год.
3. Рибальченко І.Г. Хірургічне лікування новонароджених дітей з синдромом набряклої калитки. Матеріали наукового симпозиуму з міжнародною участю «Актуальні питання медицини невідкладних станів». 1-2 квітня 2014 року. м. Київ. Вінниця ТОВ «Меркьюрі-Поділля» 2014. С.104-106.
4. Rybalchenko V., Rybalchenko I., Pereyaslov A. Surgical treatment of newborns with acute scrotum. // 13th Conference of the Baltic Association of Paediatric Surgeons. 25-27 September 2014. Vilnius, Lithuania.
- 5.

## ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

**Рибальченко Інна Геннадіївна**, кандидат медичних наук, лікар дитячий хірург, Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ», [inna4207@ukr.net](mailto:inna4207@ukr.net)

**Приюта Василь Петрович**, доктор медичних наук, професор кафедри дитячої хірургії Національного медичного університету імені О.О.Богомольця, [prytulavp@yahoo.com](mailto:prytulavp@yahoo.com)

## ІШЕМІЧНА ХВОРОБА ЯЄЧКА У ДІТЕЙ ЧОЛОВІЧОЇ СТАТІ

Русак П.С.<sup>1</sup>, Рибальченко І.Г.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика,

<sup>2</sup> Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ»

**Актуальність.** На сьогоднішній день гострі захворювання органів мошонки (ГЗОМ) займають перше місце серед захворювань зовнішніх статевих органів у чоловіків і становлять до 4-8,1% хворих з ургентною дитячою хірургічною патологією. Тим часом порушення кровотоку яєчка - перекрут яєчка є частою ургентною хірургічною патологією дитячого віку і становлять за даними авторів від 0,9 до 18,1%, а невчасна діагностика та нераціональна хірургічна терапія у таких хворих призводить до некрозу та атрофії ураженого органу, наслідок до розвитку вторинного гіпогонадизму внаслідок гіпо- та атрофії яєчок та безпліддя. За даними ВООЗ частота безплідного шлюбу становить середньому до 15%, причому в 45% їх причиною є порушення репродуктивної функції чоловіки [2,3].

Активна хірургічна тактика, що застосовується останнім часом при лікуванні про ОЗОМ дозволила в 4 і більше разів знизити частоту даних ускладнень. Незважаючи на це, у вітчизняній та зарубіжній літературі все частіше з'являються повідомлення про великий відсоток випадків втрати фертильності в результаті аутоімунного процесу, що розвинувся після гострих захворювань органів мошонки, навіть за нормальних розмірів яєчок [1,4,5].

**Мета дослідження** є покращення діагностики – візуалізації порушень кровотоку при гострих захворюваннях органів мошонки у дітей.

**Матеріал та методи дослідження.** У клінічних дитячих хірургічних відділеннях обстежено 86 дітей, які мали при госпіталізації гостре захворювання органів калитки – синдром набряклої калитки. Вік хворих зіставив від 2-х днів до 14 років. До одного року було 35 (40,69%) хворих із яких до 3-х місяців 26 (30,23%); від року до 3-х 18 (20,93%); від 3-х до 6 років 12 (13,95%); 6-14 років 21 (24,42%) хворий. Звернулися за допомогою та госпіталізовані у першу добу від початку захворювання 27 (31,39%), на 2-у – 3-ту добу 16 (18,61%), після 4-ї доби 43 (50,0%). У діагностиці ішемічної хвороби яєчка використовувалися: клініко-анамнестичні дані; Ультразвукове дослідження (УЗД) калитки та її органів з доплерографією судин; патогістологічне дослідження операційного матеріалу.

**Результати досліджень.** Результати клініко-анамнестичних даних показали, що дискомфорт та больовий синдром мали 68 (79,06%) хворих, млявість та загальмованість 23 (26,74%), збудженість 35 (40,69%), травма у 15 (86,00%), супутні інфекційно-вірусні хвороби у 21 (24,42%), набряк калитки різних ступенів мали всі діти 86 (100%). При цьому кожна дитина мала кілька симптомів. За даними УЗД калитки та її органів встановлювали динаміку обсягу яєчок, а доплерографія судин яєчок з метою контролю динаміки градієнта тиску в яєчкових судинах ураженого та контрлатерального органу. Так використання УЗД з доплерографією дозволяє визначити пульсацію яєчкової артерії та проводити диференціальну діагностику між перекрутом яєчка та гострим запаленням як яєчка так і придатків. Дослідження показали, що при перекруті яєчка був відсутній пульсовий кровотік по яєчкової артерії (n-31), а при перекруті гідатиди – був відсутній в останньому (n-15). При орхоепідіміті (n-6), ехолокація радіальної артерії яєчка чітка і прослуховується височастотний