

## Матеріали конференції

Дитина виписана додому на п'ятий день після операції у задовільному стані. Рана загоїлась первинним натягом. Контрольний огляд проведено через 1, 3 та 6 місяців. Порушень акту сечовипускання не спостерігалось. Катетеризація сечівника не утруднена.

**Висновки.** Наведений клінічний випадок підтверджує думку, що кістозні утвори за ходом сечівника є показанням до виконання уретрографій, а при супутній клініці – до комплексного урологічного обстеження.

### Література

1. Кассараба М.М. Природжені аномалії сечової системи у дітей. Частина I. Вади сечових шляхів / М.М. Кассараба, О.Б. Надрга, А.Й. Наконечний. – Львів: Ініціатива, 2004. – 280 с.
2. Атлас по детской урологии / Куликова Т.Н., Глыбочко П.В., Морозов Д.А. [и др.]. – Москва: Гэотар-Медиа, 2009. – 158 с.
3. Congenital anterior urethral valves and diverticula: Diagnosis and management in six cases / Rawat J., Khan T.R., Singh S. [et al.] // Afr. J. Paediatr. Surg. – 2009. – Vol. 6. – P.102–105.

*P. Sołtysiak<sup>1</sup>, A. Zajac<sup>1</sup>, B. Bogusz<sup>1</sup>, K. Gryń<sup>2</sup>, N. Mikołajewska<sup>3</sup>, M. Nowakowski<sup>3</sup>, M. Grochot<sup>1</sup>, W. Górecki<sup>1</sup>*

## Can testis fixation with tissue glue be alternative for classical fixation? Experimental animal study

<sup>1</sup>Polish-American Children's Hospital, Jagiellonian University, Krakow, Poland

<sup>2</sup>AGH University of Science and Technology, Krakow, Poland

<sup>3</sup>University of Agriculture, Krakow, Poland

**Introduction.** Testicle fixation with stitches seems to be golden standard especially after torsion. There are many opinions that breach of tunica albuginea continuity can be potentially dangerous in aspect of autoimmunological reaction. The authors have tested utility of tissue glue for testicle fixation in experimental study.

**Objective.** Evaluation of tissue glue application for testicle fixation in animal model.

**Material and methods.** Thirty hogs divided in three groups in ten each. In the first group one testis was fixed with tissue glue and contralateral part of the scrotum only revised without fixation. In the next group of 10 animals bilaterally testis were fixed with three Prolene (Ethicon) stitches. The third group was control with bilateral scrotal opening.

After 6 weeks animals were euthanized and dynamic study of bond strength was carried out in dynamometer (Zwick 1435) by measuring force at the tear point of adhesions. Strength of adhesions after fixation with tissue glue and stitches we compared to control group.

**Results.** We found adhesions between tunica albuginea testis and spermatic fascia only in 25% of animals after tissue glue fixation, in 94% after fixation with stitches and in 45% of control group. Force needed to tear adhesions after fixation with stitches was significantly higher than compared to other ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions.** Tissue glue with its low effectiveness can not be alternative for testicle fixation. Adhesions appearing only after scrotal opening does not guarantee efficient testicular fixation. The best alternative still seems to be classical fixation with stitches.

УДК 616.348-002.44-053.31

*В.І. Сушко, І.О. Македонський, Л.С. Самоваров, Ю.О. Яременко*

## Нові аспекти кишкової непрохідності у недоношених новонароджених з низькою та критично низькою вагою тіла

*КЗ «ДСКМЦМД» ДОР» імені проф. М.Ф. Руднева, м. Дніпро, Україна*

Особливості прояву синдрому кишкової непрохідності у недоношених дітей з низькою та критично низькою вагою тіла (НВТ та КНВТ), алгоритм тактики їх лікування ще не досить добре висвітлені у вітчизняній та закордонній літературі, багато питань досить суперечливі, летальність досить висока (за даними літератури – 27–75%).

**Матеріали і методи.** Найпоширенішою причиною синдрому кишкової непрохідності у недоношених з НВТ та КНВТ є глибока морфо-функціональна незрілість як самої кишкової стінки, так і залозного апарату. Як наслідок, клініко-рентгенологічна картина проявляється у синдромі меконіального ілеусу, що нагадує такий при муковісцидозі – обструкція кішки щільними меконіальними пробками, за відсутності перистальтики. При рентгенконтрастному обстеженні ШКТ анатомічний субстрат непрохідності (атрезія, стеноз) відсутні. Тривале всмоктування в кров через кишкову стінку застійного кишкового вмісту підтримує інтоксикаційний синдром, розвиток некерованої поліорганної недостатності, формування на кишкової стінці стоншення, пролежнів, провідних до перфорації.

Проведено лікування 51 недоношеного із синдромом меконіального ілеусу без клінічних проявів некротичного ентероколіту (НЕК). З них з вагою тіла від 500 г до 1 кг – 34 дитини, від 1 кг до 1,5 кг – 17 дітей. Майже у всіх дітей важкість стану була зумовлена, насамперед, наявністю РДС, глибокими дихальними, гемодинамічними розладами та розладами КЛБ. Лікування ілеусу ми проводили за існуючою методикою консервативного лікування муковісцидозної непрохідності (при генетичному обстеженні муковісцидоз не підтверджений у жодної дитини). За відсутності позитивного ефекту проводили оперативне втручання – накладення кишкових стом.

**Результати.** Консервативно лікувалось 33 дитини. Летальність становила 3%. Причини летальності – некурабельні дихальні та гемодинамічні розлади. Оперовано 8 дітей, летальність – 12,5%.

**Висновки.** Консервативну інтенсивну посиндромну терапію з корекцією КІО, КЛБ, особливо білкового обміну, у недоношених з НВТ та КНВТ вважаємо методом вибору. Тільки відсутність позитивного ефекту протягом 1,5–2 тижнів є показанням для оперативного втручання.

*Д.В. Шевчук*

## Внутрішньоміхурові малоінвазивні операції у дітей: можливості та перспективи застосування

*КУ «Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня», Україна  
Житомирський державний університет імені І. Франка, Україна*

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна*

Внутрішньоміхурові малоінвазивні оперативні втручання набирають все більшого поширення з огляду на мінімізацію травматичного пошкодження стінки сечового міхура. Особливо актуальні такі втручання у дитячому віці. Так, K.A. R. Hutton та S.N. Huddart (1999) описали успішний випадок видалення стороннього тіла сечового міхура (фрагмент катетера) черезшкірним способом під візуальним цистоскопічним контролем у 4-місячної дитини. Audrey C. Rhee, Mark P. Cain (2013) описали досвід застосування черезшкірної цистолітотрипсії через лапароскопічний троакар у дітей. Операція виконувалась у тому числі й на аугментованому сечовому міхурі (внаслідок нейрогенного сечового міхура). A. Berrettini та співавт. (2015) описали аналіз лікування 18 дітей із уротеліальними новоутвореннями сечового міхура. Усім хворим виконано трансуретральну резекцію новоутворення. A. Marte та співавт. (2016) описали досвід ендовезикальної дивертикулектомії у дітей. У сучасній вітчизняній та зарубіжній літературі широко висвітлено питання ендоскопічної корекції міхурово-сечовідного рефлюксу у дітей.

**Мета:** проаналізувати досвід застосування малоінвазивного внутрішньоміхурового втручання при патології сечового міхура у дітей.

**Матеріали і методи.** На базі хірургічних відділень Житомирської ОДКЛ з 2010 р. впроваджено внутрішньоміхурові малоінвазивні хірургічні втручання. Структура втручань наведена в таблиці. Загалом виконано 176 оперативних втручань. Вік дітей становив від 1 місяця життя.

**Результати.** Застосування внутрішньоміхурових малоінвазивних хірургічних втручань дало можливість зменшити травматизацію сечового міхура, що дозволило зменшити післяопераційний больовий синдром та крововтрату, а також швидше відновити роботу сечового міхура. Особливого значення такі втручання набувають при ліквідації внутрішньоміхурових утворень, що призводять до порушення евакуаторної функції сечового міхура (уретероцеле, конкременти, сторонні тіла, новоутворення тощо). Жодних ускладнень чи конверсій не було проведено.

**Висновки.** Таким чином, внутрішньоміхурові малоінвазивні операції є хорошою альтернативою відкритим оперативним втручанням при патології сечового міхура у дітей, зокрема при порушенні його резервуарної та/або евакуаторної функції

### Таблиця

Структура внутрішньоміхурових хірургічних втручань

Вид оперативного втручання	2010 р.	2011 р.	2012 р.	2013 р.	2014 р.	2015 р.	2016 р.	І п/р 2017 р.	Усього
Корекція міхурово-сечовідного рефлюксу (кількість сечоводів)	5	26	14	19	12	23	35	18	152
Ендоскопічна літотрипсія	-	-	1	2	-	-	-	-	3
Введення в детрузор ботулотоксину А	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Розсічення уретероцеле	-	-	-	-	4	1	3	2	10
Видалення конкременту	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Видалення стороннього тіла сечового міхура	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Видалення пухлини сечового міхура	-	-	-	-	-	1	1	1	3
Біопсія пухлини сечового міхура	-	-	-	-	1	1	1	-	3
Введення об'ємуютьворюючих речовин у шийку сечового міхура	-	-	-	-	-	-	1	1	2
Усього	5	26	16	22	17	27	41	22	176