

мітною. У хворих, яким не перерізались друга фасція шиї і м'язи, набряку верхнього краю рани не спостерігали.

Ускладнення після операції виникли у 21 хворого: тимчасовий гіпопаратиреоз - у 3 хворих, одній із них було підсаджено бульйонну кісточку в прямий м'яз живота; клінічно виражений гіпотиреоз, що потребував заміної терапії, - у 12 хворих; тимчасовий парез голосових зв'язок - у 6 хворих. Летальних випадків не було.

Всім хворим після операції призначали тиреоїдні гормони протягом 3-х місяців.

#### **Висновки.**

1. Розтин другої фасції шиї по середній лінії дозволяє зберегти передні яремні вени і лімфатичні судини, що сприяє скорішому загоєнню операційної рани.

2. Делікатність щодо тканин під час операції і раннє зняття швів дає хороший косметичний ефект і зменшує перебування хворих в лікарні.

3. Витончена техніка оперативного втручання та постійний склад операційної бригади зменшує кількість інтра- та післяопераційних ускладнень.

**Література.** 1. Сорокман Т.В., Пишак В.П., Набухотний Т.К. Педіатричні аспекти Чорнобильської катастрофи. - Чернівці: Прут, 1998. - 252 с. 2. Тонкокозольная аспирационная биопсия солитарных образований щитовидной железы /Ветшев П.С., Шкроб О.С., Чилингарида К.Е. и др. // Хирургия. - 1995. - №5. - С. 34-37. 3. Романчишен А.Ф. Пути к безопасному хирургическому лечению пациентов с заболеваниями щитовидной железы // Вестник хирургии. - 1998. - Т. 153, №3. - С. 20-22. 4. Романчишен А.Ф. Клинико-патогенетические варианты новообразований щитовидной железы. - СПб: Наука, 1992. - 258 с.

## **CERTAIN ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATHOLOGY OF THE THYROID GLAND UNDER UNFAVOURABLE ECOLOGIC CONDITIONS**

*G.D. Deibuk, G.P. Shamrei, V.V. Bilookyi, M.I. Sheremet*

**Abstract.** A technique to access to the thyroid gland without sectioning of the second fascia, muscules and anterior jugular veins is described. 1173 patients out of the overall number of 1285 were operated, emploing the proposed method. That contributed to the decrease of postoperative complications with a good cosmetic effect.

**Key words:** thyroid tissue, pathology, resection, nodal, euthyroid, hyperthyroid, incision.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

---

УДК 616.61-06: 616.346.2

*В.І. Зайцев*

## **ВПЛИВ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ НА ФУНКЦІЮ НИРОК**

Кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. – проф. І.Ю. Полянський)  
Буковинської державної медичної академії

**Резюме.** Досліджується частота та причини виникнення змін в аналізах сечі і функція нирок при гострому апендициті (ГА). Домішки в сечі за цієї

патології знаходяться у 19-50% хворих, що пояснюється анатомічними особливостями взаєморозташування червоподібного відростка та правого сечовода.

**Ключові слова:** апендектомія, аналізи сечі, функція нирок, діагностика.

**Вступ.** Апендектомія була та залишається найчастішою екстренною хірургічною операцією. За типового перебігу запального процесу встановлення діагнозу особливих труднощів, як правило, не викликає. У той же час, нетиповий перебіг хвороби, особливо за нестандартного розташування червоподібного відростка, змушує хірурга докласти максимум зусиль для верифікації діагнозу. Найчастіше проблеми виникають у диференційній діагностиці з урологічною та гінекологічною патологією. Відсутність змін червоподібного відростка, діагностованих інтраопераційно, за різними даними, становить 5-12%. Скоріше всього, ця цифра відповідає рівню необгрунтованих апендектомій [1,2]. На жаль, у сучасній науковій літературі з хірургії відсутні спеціальні праці з аналізу даної проблеми навіть з урахуванням можливості одночасних змін із боку нирок за ГА [3].

**Мета дослідження.** Дослідити можливості та причини помилкового діагностування ГА за ниркової патології та частоту і причини змін у сечі і нирках за ГА.

**Матеріал та методи.** Проведено аналіз літературних джерел із даної проблеми, а також історій хвороб пацієнтів, що лікувались в урологічній клініці БДМА за останні 5 років.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Клінічну картину ГА можуть симулювати різноманітні урологічні захворювання. Найчастіше це камінь правого сечовода та правобічний нефроптоз. Нами за останні 5 років спостерігалось 3 випадки апендектомій у хворих на ниркову патологію, що була діагностована тільки після проведеної операції. За ретельного аналізу було з'ясовано, що клінічні прояви саме ниркового захворювання стали головною причиною проведеного оперативного втручання. Усі хворі жіночої статі, віком 18-24 роки. У двох головним захворюванням був камінь правого сечовода, у однієї – правобічний нефроптоз. Приміром, у пацієнтки М., 18 років, повторні болі у правій здухвинній ділянці виникли вже на 2-у добу після видалення червоподібного відростка. У подальшому було діагностовано камінь нижньої третини правого сечовода, що за активного консервативного лікування самостійно відійшов.

З іншого боку, типовий перебіг ГА у певного числа пацієнтів може викликати зміни в сечі. За таких обставин більшість хірургів традиційно схиляються до визнання ведучої ролі саме ниркової патології у таких хворих, особливо за певних особливостей больового синдрому. Нетиповий перебіг ГА може симулювати пієлонефрит, простатит, сечокам'яну хворобу. Описані навіть випадки встановлення діагнозу затримки сечі та пухлини сечового міхура за ГА [4,5]. Найбільш частими змінами сечі є мікрогематурія, лейкоцитурія та протеїнурія.

Причинами таких помилок є безсумнівна можливість впливу запального процесу у черевній порожнині на функцію нирок (частіше правої). Головним механізмом цього впливу є перехід запального процесу з кишечника на заочеревинний простір, що веде до змін виведення сечі з однієї чи з двох нирок.

Крім того, необхідно вказати, що одразу позаду висхідної ободової кишки, крім правого сечовода, проходить *n.genitofemoralis*. Подразнення останнього і пояснюється виникнення виражених болей у зовнішніх статевих органах, простаті, стегні за набряку заочеревинної клітковини (як і за каменя правого сечовода), що і може бути причиною діагностичних помилок.

Можливі декілька шляхів впливу гострого запального процесу у червоподібному відростку на виведення сечі з нирок. По-перше, це безпосередній механічний тиск збільшеного апендикса (особливо внаслідок інфільтрату чи абсцесу) на сечовід. По-друге, за рахунок гіпотонії сечовода внаслідок прямої дії інфекційного агента чи під впливом бактеріальних токсинів, що розповсюджуються із запального вогнища. І, по-третє, у післяопераційному періоді до цього приєднується набряк тканин внаслідок маніпуляцій на них.

Аналіз літератури та власний досвід свідчить, що у 19-50% хворих на ГА є ті чи інші ознаки захворювання сечових шляхів, частіше усього у вигляді змін аналізів сечі та розширення порожнистих систем нирок на УЗД [1-3]. У дослідженні [1] проаналізовано великий матеріал (124 пацієнти, прооперованих з приводу ГА) з означеного питання. Автори вказують, що майже у половини хворих (48%) були зміни в аналізах сечі безпосередньо перед операцією. Після оперативного втручання ці зміни зберігались у 12-17% хворих при спостереженні упродовж 6 діб.

Крім того, автори відмітили зміни розмірів порожнинної системи нирки (за типом дилатації миски та чашечок) у 38% хворих перед операцією, що зберігались на 3-й день після операції у 6% хворих. Для перевірки характеру цих змін у всіх хворих проведено пробу з фуросемідом. Введення останнього використовується для диференціації обструктивних та функціональних змін сечових шляхів. Для перших характерно збільшення розмірів ниркової миски після медикаментозної стимуляції діурезу. За функціональних порушень на контрольному УЗД навпаки відзначається швидка редукція розширення порожнинної системи. У всіх обстежених хворих із піелоктазією введення фуросеміду призводило до швидкої нормалізації розмірів ниркової миски, що свідчить про відсутність анатомічної перешкоди відтоку сечі. Більш чітко такі зміни відзначаються проведенням радіоізотопної ренографії. У всіх хворих дилатація порожнинної системи зникла до 6-го дня. У жодного хворого не було діагностовано змін із боку лівої нирки.

Автори дослідження проаналізували також вираженість змін в аналізах сечі та нирках залежно від локалізації відростка. Їх дані не підтвердили класичне уявлення щодо збільшення цих змін при ретроцекальному чи тазовому розташуванні червоподібного відростка – не знайдено статистичну різницю між цими параметрами. У той же час знайдено певну кореляцію, що існує між ступенем запального процесу та змінами сечі. Так, за катарального ГА домішки в сечі визначались у 27% хворих, за флегмонозного – у 48% та за гангренозного – у 86%. За даними УЗД такої закономірності не спостерігалось.

**Висновки.** ГА викликає супутні функціональні порушення уродинаміки близько половини хворих. Основою для їх виникнення є вплив запального процесу у черевній порожнині на правий сечовід. За нетипового перебігу ряду урологічних захворювань можливо помилкове діагностування ГА.

**Література.** 1. *Puskar D., Bedalov G., Fridrih S. et al.* Urinalysis, ultrasound analysis, and renal dynamic scintigraphy in acute appendicitis // *Urology*.- 1995.- №1.- P.108-112. 2. *Ellis H.* Maingot's abdominal operation. London: Appleton, 1990.- P.953-977. 3. *Scott J.H., Amin M., Harty J.I.* Abnormal urinalysis in appendicitis // *J.Urol.*- 1983.- V. 139.- P. 1015. 4. *Wilkins S.A., Holder L.E., Raiker R.V. et al.* Acute appendicitis presenting as acute left scrotal pain // *Urology*.- 1985.- V. 29.- P. 643-636. 5. *Dueholm S., Bagi P., Nordsten M.* Ureteric obstruction as a complication to the appendicular abscess // *Acta Chir Scand.*- 1987. – V. 153.- P. 557-559.

## **INFLUENCE OF ACUTE APPENDICITIS ON THE RENAL FUNCTION**

*Y.I. Zaitsev*

**Abstract.** The author analysed the frequency and the causes of abnormal urinalysis and renal function due to acute appendicitis. Admixtures in the urine occurred in 19-50% of the patients. The main reasons of these changes were mechanical pressure of the appendix, ureteral atony caused by bacterial toxins and postoperative edema.

**Key words:** appendectomy, urinalysis, renal function, diagnosis.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

---