

пени снижения прикуса и их изменения в процессе лечения и адаптации к ортопедическим конструкциям. С помощью электромиографа «Нейро-ЭМГ-Микро» изучалось состояние жевательных и височных мышц при выполнении жевательных проб 123 человек (93 - с пониженной высотой прикуса и 30 человек контрольной группы с интактным жевательным аппаратом). **Результаты** исследования продемонстрировали зависимость показателей ЭМГ от степени снижения высоты прикуса и их изменение в процессе лечения, а также их визуального приближения к виду электромиограммы лиц контрольной группы при лечении в определенные периоды в зависимости от степени тяжести патологического процесса.

Ключевые слова: *поверхностная электромиография, стоматология, ЭМГ-исследования, снижение высоты прикуса.*

A.B. Kostyshyn, M.M. Rozhko, L.I. Pelekhan

Qualitative Characteristics of the Forms of Surface Electromyograms in the Patients with Reduced Height of Bite

Department of Dentistry, Faculty of Postgraduate Education (Head of the Department – Prof. M.M. Rozhko)

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Abstract. Relevance of the topic is related to the importance of

studying the masticatory muscles in patients with reduced bite height to establish the causation of the appearance of this pathological condition and selection of adequate treatment. **The objective** of the research is to study the qualitative indicators of forms of electromyograms depending on the degree of reduction of bite and their changes during treatment and adaptation to orthopedic constructions. With the help of *Neuro-EMG-Micro* electromyograph there was studied the state of masticatory and temporal muscles during chewing tests performed by 123 people (93 with reduced bite height and 30 persons with intact masticatory apparatus from control group). **Results** of the study demonstrated the dependence of EMG indices on the degree of bite reduction and their change in the course of treatment, as well as their visual approaching to the appearance of electromyograms in the persons from control group in the treatment during certain periods, depending on the severity of the pathological process.

Keywords: *surface electromyogram, dentistry, EMG examination, reduction of bite height.*

Надійшла 24.11.2014 року.

УДК 618.2-07+618.36+616-08+616.36-002

Курташ Н.Я.

Корекція ендотеліальної дисфункції як патогенетичної ланки формування фетоплацентарної недостатності у вагітних з HBV-інфекцією

Кафедра акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

Резюме. Діагностика ендотеліальної дисфункції у вагітних з вірусним гепатитом В з метою попередження розвитку фетоплацентарної недостатності і, як наслідку, перинатальних ускладнень є важливим етапом в обстеженні даної категорії жінок. Доведена ефективність запропонованої терапії препаратами артишоку-екстракт та глутаргін у вагітних з HBV-інфекцією для нормалізації показників ендотеліальної системи.

Метою роботи була розробка та впровадження в практику ефективного лікування порушень фетоплацентарного комплексу у вагітних з HBV-інфекцією, враховуючи ендотеліальну дисфункцію.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 68 жінок в терміні 32-40 тижнів вагітності. Основну групу склали 48 вагітних з HBV-інфекцією, які були розділені на: I групу жінок (n=22), які отримували базову терапію, II групу жінок (n=26), які отримували разом з базовою терапією препарати артишоку та аргініну глутамату. В контрольну групу ввійшло 20 вагітних.

Результати та їх обговорення. При обстеженні у жінок основної групи були достовірно підвищені показники рівнів ендотеліну -1 (в 5 раз) та фактору некрозу пухлин -α (в 2,5 рази), при одночасному зниженні простацикліну (в 3 рази), що свідчить про ендотеліальну дисфункцію. Разом з тим, після проведеного доповненого лікування у вагітних II групи спостерігалась достовірне зниження показників роботи ендотелію, проте вони так і не досягли рівня контрольної групи.

Висновок. Проведені обстеження свідчили про ранній початок системної ендотеліальної дисфункції у пацієнток вірусним гепатитом В в анамнезі. Доведена ефективність корекції ендотеліальної дисфункції препаратами аргініну глутамату та артишоку.

Ключові слова: *вагітність, HBV-інфекція, ендотеліальна дисфункція, ендотелін, простациклін.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Для гомеостазу вагітних жінок із HBV-інфекцією характерне посилення активності Т-супресорів, яке триває майже до кінця гестаційного процесу. Важливо, що дія супресорних факторів не є специфічною [1]. Одночасно у вагітних зменшується вміст і активність Т-кілерів [5].

У результаті відсутності достатнього імунного розпізнавання лімфоцитами матері ембріона, відбувається зниження супресорної субпопуляції Т-лімфоцитів, збільшення вмісту імуноглобулінів класу G і підвищення індексу резистентності нейтрофілів, їх активності [1,3]. Активовані нейтрофіли є джерелом поступлення речовин, які є медіаторами судинних порушень, при цьому утворюються підвищені концентрації циркулюючих імунних комплексів і відкладення їх в судинах плаценти та печінки, що в свою чергу призводить до активації кінінів. В результаті, у сформованих плацентарних судинах частково зберігається гладком'язова структура і адренергічна іннервація, і, отже, здатність реагувати на вазоактивні стимули. Внаслідок невідповідності потреб кровопостачання і перфузійних можливостей артеріальної сітки виникає ішемія плаценти. Недостатнє постачання оксигенованою кров'ю міжворсинчатого простору має шкідливий вплив на ендотелій судин ворсинчатого трофобласта. Недостатнє надходження кисню і дефіцит продукції ендотеліальних чинників релаксації призводить до вивільнення найпотужнішого ендогенного вазоконстриктора – ендотеліну, і, як наслідок, вазоспазм. У зв'язку з цим визначення ступеня ендотеліальної дисфункції є базисним у вивченні патогенезу

виникнення ускладнень перебігу вагітності та вірусного гепатиту. Однією з основних функцій ендотелію є збалансоване виділення регуляторних субстанцій, що визначають цілісну роботу системи кровообігу. Ендотеліюцити синтезують цілий ряд біологічно активних речовин, що беруть участь в регуляції запальної відповіді (фактор некрозу пухлин $-\alpha$ (ФНП- α) і ін.), гемостазу (ендотелін-1 (ЕТ-1), простагліцин (P_gI₂) та ін.), процесів росту і проліферації (ЕТ-1, P_gI₂ та ін.) і, нарешті, в регуляції тону гладких м'язів судин (ЕТ-1, P_gI₂ та ін.). Для нормально функціонуючого ендотелію характерне збалансоване утворення судинозвужуючих і судинорозширюючих субстанцій [1, 4]. У певних умовах (наприклад, при гострій або хронічній гіпоксії) порушується баланс між вазоконстрикторними та вазодилаторними факторами, що призводить до вазоконстрикції, як за рахунок зниження продукції вазодилаторних факторів, так і за рахунок посиленого синтезу речовин, що мають вазоконстрикторні властивості. При тривалій дії різноманітних пошкоджуючих факторів відбувається поступове виснаження та спотворення компенсаторної дилатуючої властивості ендотелію [3]. Природа взаємозв'язків між функцією ендотелію і навколишніми тканинами вивчена недостатньо. Патогенетична роль ендотеліальної дисфункції доведена при багатьох патологічних станах, але мало вивчена при вірусних гепатитах у вагітних. Ступінь пошкодження ендотелію, поза сумнівом, грає важливу роль у патогенезі плацентарної дисфункції у даній категорії жінок. У зв'язку з цим, одним із завдань терапії НВV-інфекції у вагітних є не тільки зниження цільових рівнів показників функціонального стану печінки, але і нормалізація функцій ендотелію [2].

Досліджень в даному напрямку проведено вкрай мало, хоча значення цього питання очевидне.

Мета роботи - розробити та впровадити в практику ефективне лікування порушень фетоплацентарного комплексу у вагітних з НВV-інфекцією, враховуючи ендотеліальну дисфункцію.

Матеріал і методи дослідження

Було обстежено 68 жінок в терміні 32-40 тижнів вагітності. Основну групу склали 48 вагітних з НВV-інфекцією, в контрольну групу ввійшло 20 вагітних з негативними маркерами вірусного гепатиту В. НВV-інфекцію було діагностовано в лабораторних умовах імуноферментним методом. У вагітних основної групи були позитивні серологічні маркери гепатиту В: НВsAg, маркери реплікації вірусного гепатиту В - анти-НВs і анти-НВe. У свою чергу основна група була розподілена наступним чином: I група жінок - 22 вагітних, які отримували базову терапію, II група жінок - 26 вагітних, які отримували разом з базовою терапією препарати артишоку та аргініну глютамату. Базова терапія включала в себе: лікувально-охоронний режим з виключенням фізичних і психічних навантажень, дієти № 5a, 5 з мінімумом 2000 ккал на добу (половина білків повинна бути рослинного походження), призначення полівітамінних препаратів, ентеросорбенти, внутрішньовенне введення 5% розчину глюкози, 0,9% натрію хлориду, амінокислотні суміші 2-3 рази на тиждень по 500 мл інфузійно, введення глюкозоінсуліно-калієвої суміші, рибоксину по 0,2 г 4 рази на день, поліферментні препарати. «Артишоку-екстракт» приймали по 1 капсулі за 30 хв до вживання їжі тричі на день. «Глутаргін» приймали по 1 таблетці (0,75 г) тричі на добу незалежно від приймання їжі. Курс лікування становив 14 днів. Всі жінки з основної групи були консультовані інфекціоністом і не потребували противірусної терапії.

У сироватці крові вагітних імуноферментним методом на апараті «STAT FAX 303 PLUS» натщесерце проводили визначення рівнів ЕТ-1 (набір реактивів «DRG» виробництва США), ФНП- α (набір реактивів «ProCon-TNF-alpha» виробництва РФ) та простагліцину, за його стійким метаболітом 6-кето-P_gF_{1 α} (набір реактивів «Assay designs» виробництва США).

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програми Statistica 6.0. Вираховували середнє значення

(М) та стандартне відхилення ($\pm m$). Непараметричний критерій Манна-Уїтні використовували для порівняння двох незалежних груп за однією ознакою, критерій Вілкоксона - для порівняння двох залежних груп. Різницю вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

При дослідженні ендотеліальної функції у вагітних виявлено, що у жінок контрольної групи показники ФНП були в межах ($10,53 \pm 2,48$) пг/мл, що було в межах норми (табл.1).

При обстеженні пацієток з вірусним гепатитом В до

Таблиця 1. Динаміка рівня фактора некрозу пухлини у вагітних з НВV-інфекцією

Показник	Контрольна група (n=20)	I група до лікування (n=22)	II група до лікування (n=26)	I група після лікування (n=22)	II група після лікування (n=26)
ФНП- α , пг/мл	$10,53 \pm 2,48$	$26,11 \pm 1,89^{**}$	$28,92 \pm 2,08^*$	$19,24 \pm 2,27$	$16,49 \pm 1,67^*$

Примітка: * - вірогідність показника $< 0,001$ порівняно з такими в контрольній групі; ** - вірогідність показника $< 0,05$ порівняно з такими в контрольній групі

призначення лікування показники рівня ФНП- α були достовірно вищими і склали відповідно в I та II групах в 2,47 і 2,74 разів більше, ніж у жінок контрольної групи. Після проведеної терапії чітко прослідковувалась динаміка достовірного зниження його рівня в жінок II групи в 1,75 разів в порівнянні з даними до початку доповненої терапії ($p < 0,001$). У жінок I групи після проведеного лікування рівень фактора некрозу пухлин зменшився недостовірно в 1,35 раз ($p > 0,05$). Продукція цього цитокіну, що має виражену прозапальну і вазоконстрикторну дію, у пацієток основної групи достовірно підвищена відносно аналогічної фізіологічної величини. Порушення фізіологічного балансу між вивченими факторами запалення, безсумнівно, впливає на клітинно-молекулярні процеси, регульовані цими цитокінами, що, в кінцевому підсумку, може призвести до функціональних пошкоджень плаценти і, як наслідок, фетоплацентарної системи.

Іншим важливим ендотеліальним фактором, котрий може грати свою роль в розвитку плацентарної дисфункції у вагітних з гепатитом В, є ЕТ-1. Питання про потенційну роль ЕТ-1 як паракринного або аутокринного агента при фетоплацентарній недостатності залишається в центрі уваги [3]. Точний механізм, що пов'язує посилену печінкову генерацію ЕТ-1 з плацентарною ішемією у жінок із НВV-інфекцією, залишається нез'ясованим. Одним можливим механізмом для посиленої генерації ЕТ-1 є транскрипційна регуляція гена ЕТ-1 за допомогою ФНП- α .

У вагітних з фізіологічним перебігом гестації (контрольна група) вміст ендотеліну в крові залишався низьким і складав $0,534 \pm 0,32$ фмоль / мл. Це підтверджувало дані літератури про те, що субпорогові концентрації ендотеліну забезпечують базальний тонус судин. Результати дослідження рівня ЕТ-1 в плазмі крові у вагітних з НВV-інфекцією I та II груп представлені в таблиці 2. Як видно рівень ЕТ-1 в плазмі крові жінок I групи був підвищеним у порівнянні з контрольною групою в 4,64 раз ($p < 0,001$). У вагітних II групи цей показник в плазмі крові був вищим в 5,45 разів за групу контролю ($p < 0,001$) і достовірно не відрізнявся від такого в пацієток I групи. Після отриманого лікування у жінок I групи було виявлено зниження рівня ЕТ-1 на 15,6% в порівнянні до даних до початку проведення терапії. У вагітних II групи після доповненої терапії вдалося знизити рівень ендотеліну на 37,4%. Отже, протікання плацентарної дисфункції на фоні вірусного гепатиту В характеризується порушенням регуляції функціональної активності ендотеліальних клітин судин (включаючи синтез цитокінів, протромбо-

Таблиця 2. Динаміка показників ендотеліна-1 та простацикліну у вагітних із HBV-інфекцією

Показник	Контрольна група (n=20)	I група до лікування (n=22)	II група до лікування (n=26)	I група після лікування (n=22)	II група після лікування (n=26)
ET-1, фмоль/мл	0,534±0,32	2,48±0,14*	2,86±0,23*	2,09±0,21**	1,79±0,27*
Простациклін (6-кето-PgF1α), пг/мл	6,74±0,51	1,96±0,67*	2,08±0,54*	3,02±0,45*	4,31±0,36*

Примітка: * - вірогідність показника <0,001 порівняно з такими в контрольній групі; ** - вірогідність показника <0,05 порівняно з такими після лікування

генний і констрикторний потенціал).

При дослідженні рівня простацикліну у вагітних контрольної групи його рівень був в межах 6,74±0,51 пг/мл. Простациклін в жінок основної групи був достовірно нижчим і склав у I та II групах відповідно в 3,43 та в 3,24 рази менше, ніж в контрольній групі. Після лікування нами було отримано наступні дані: в жінок I групи рівень простацикліну зріс на 35,1%, а у жінок II групи достовірно зріс в 2,07 разів.

Наявність неушкодженого ендотелію є необхідною умовою для реалізації судинорухового ефекту основних вазоактивних медіаторів. При пошкодженні ендотеліальної вистилки судин вазоактивні субстанції чинять судинозвужувальний ефект. Основною причиною порушення синтезу і секреції ендотеліальних судинорозширюючих факторів при плацентарній дисфункції є пошкодження судинної стінки, особливо в області матково-плацентарного басейну.

Висновки

Отримані нами дані про вміст ендотеліну, простацикліну та ФНП-α у периферичній венозній крові свідчили про ранній початок системної ендотеліальної дисфункції у пацієнок вірусним гепатитом В в анамнезі. Неадекватна продукція вазоконстриктора, вазодилатора та цитокіна у даного контингенту вагітних відзначалася з початком III триместру гестації. Підвищений вміст ендотеліну та фактора некрозу пухлин і знижений вміст простацикліну у даного контингенту вагітних свідчило про наявність локальної плацентарної ішемії і, як наслідок, пошкодженні внутрішнього шару інтими судин. Доведена ефективність доповненої терапії препаратами аргініну глутамату та артишоку для корекції ендотеліальної дисфункції.

Перспективи подальших досліджень

Наші дослідження дозволяють вказувати на наявність проблем у лікуванні вагітних жінок з HBV-інфекцією. Не менш важливим є подальший пошук ефективних способів корекції порушень ендотеліальної системи, що дозволить покращити роботу фетоплацентарного комплексу.

Література

1. Головенко Ю.И. Обзор современных представлений об эндотелиальной дисфункции / Ю.И. Головенко, М.А. Трещинская // Consilium medicum Ukraina. – 2008. – № 11. – С. 38–40.
2. Гомазков О.А. Эндотелий – «эндокринное дерево» / О.А.Гомазков: природа. – 2000. – №5. – С. 38–46.
3. Макацария А.Д. Синдром системного воспалительного ответа в акушерстве / А.Д. Макацария, В.О. Бицадзе, С.В. Акиншина. – М.: МИА, 2006. – 442 с. Актуальные проблемы современной медицины Том 12, Выпуск 3 (39). – С. 169
4. Силина Н.К. Оценка состояния эндотелиальной системы у беременных с отягощенным акушерским анамнезом / Н. К. Силина // «Запорожский медицинский журнал». – 2008. – №4. – С. 47–49.
5. Chrysant SG. Possible pathophysiologic mechanisms supporting the superior stroke protection of angiotensin receptor blockers compared to angiotensin-converting enzyme inhibitors: clinical and experimental evidence/ SG Chrysant // J. of human Hypertension.-2005.-Vol.19.-P.923-931.

Курташ Н.Я.

Коррекция эндотелиальной дисфункции, как патогенетического звена формирования фетоплацентарной недостаточности у беременных с HBV-инфекцией

Кафедра акушерства и гинекологии им. И.Д. Ланового

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Украина

Резюме. Диагностика эндотелиальной дисфункции у беременных с вирусным гепатитом В с целью предупреждения развития фетоплацентарной недостаточности и, как следствие, перинатальных

осложнений, является важным этапом в обследовании данной категории женщин. Доказана эффективность предложенной терапии препаратами Артишока-экстракт и Глутаргина у беременных с HBV-инфекцией для нормализации показателей эндотелиальной системы.

Целью работы было разработка и внедрение в практику эффективного лечения нарушений фетоплацентарного комплекса у беременных с HBV-инфекцией, учитывая эндотелиальную дисфункцию.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 68 женщин в сроке 32–40 недель беременности. Основную группу составило 48 беременных с HBV-инфекцией, которые были разделены на: I группу женщин (n=22), которые получали базовую терапию и II группу женщин (n=26), которые получали вместе с базовой терапией препараты артишока и аргинина глутамата. В контрольную группу вошло 20 беременных.

Результаты и их обсуждение. При обследовании у женщин основной группы были достоверно повышенные показатели уровней эндотелина-1 (в 5 раз) и фактора некроза опухоли-α (в 2,5 раза), при одновременном снижении простацикліна (в 3 раза), что свидетельствует о эндотелиальной дисфункции. Вместе с тем, после проведенного дополнительного лечения у беременных II группы наблюдалось достоверное понижение показателей работы эндотелия, однако они так и не достигли уровня контрольной группы.

Вывод. Проведенные обследования свидетельствовали о раннем начале системной эндотелиальной дисфункции у пациенток вирусным гепатитом В в анамнезе. Доказана эффективность коррекции эндотелиальной дисфункции препаратами аргинина глутамата и артишока.

Ключевые слова: беременность, HBV-инфекция, эндотелиальная дисфункция, эндотелин, простациклін.

N.Y. Kurtash

Correction of Endothelial Dysfunction as Pathogenetic Link of Fetoplacental Insufficiency Formation in Pregnant Women with HBV-Infection

The Department of Obstetrics and Gynaecology after I.D. Lanovyi Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. Endothelial dysfunction diagnostics of pregnant women with HBV for prevention of fetoplacental insufficiency development and as a result, of perinatal complications is an important stage of an examination of women belonging to such category. Effectiveness of suggested therapy with medications of artichoke-extract and glutargin for pregnant with HBV-infection for normalization of endothelial system indicators was proved.

The objective of the research was development and implementation of effective treatment of fetoplacental complex defects of women with HBV-infection taking into consideration endothelial dysfunction.

Materials and Methods of Investigation

68 women were examined at 32–40 weeks of pregnancy. The main group included 48 women with HBV-infection and was divided into 2 groups. Group I (n=22) included women getting basic therapy, group II (n=26) included women getting both basic therapy and medications of artichoke and arginin glutamat. The control group included 20 pregnant women.

Results and Discussion. Examination of women belonging to the main group showed the increased indicators of ET-1 levels (in 5 times) and TNF- (in 2.5 times). At the same time Pgf12 (in 3 times) was decreased indicating endothelial dysfunction. After the supplemented treatment of the pregnant from group II, a decrease in endothelium work indicators was noticed, but they didn't reach the control group's

level.

Conclusion. The performed examinations proved the early beginning of systematic endothelial dysfunction in patients with HBV in anamnesis. Effectiveness of endothelial dysfunction correction with arginin glutamat and artichoke medications was proved.

Keywords: pregnancy, HBV- infection, endothelial dysfunction, endothelin, prostacyclin.

Надійшла 24.11.2014 року.

УДК 616-007-053.2-089

Курташ О.О.

Показання та вибір рівня колостомії на етапах хірургічної корекції норичних і безноричних форм аноректальних вад розвитку у дітей

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Резюме. Аноректальні вади розвитку (АРВР) – складний, часто комбінований тип патології, що потребує виваженого диференційованого підходу до проблеми строків та способів радикальної хірургічної корекції цього виду аномалій. Немає єдиної точки зору відносно доцільності колостомії на етапах корекції АРВР у дітей. Розходяться думки щодо виду та рівня формування колостоми. Остаточо не визначені терміни етапних втручань у колостомованих пацієнтів. Необхідними є вивчення особливостей накладання колостоми при різних видах АРВР у дівчаток і хлопчиків.

Метою роботи було покращення результатів хірургічної корекції дітей з АРВР.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз діагностики та лікування 205 дітей з АРВР - 115 (56,10%) дівчат та 90 (43,90%) хлопчиків.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що АРВР є складною вродженою патологією, що у 83,90% проявляється наявністю норичних і в 16,10% - безноричних форм, із ознаками часткової чи повної непрохідності кишок. Тяжкість перебігу цієї вади залежить від наявності норичних варіантів сполучення просвіту прямої кишки з іншими органами сечостатевої системи, діаметру цього співустя та супутніх аномалій.

Висновки. Колостомія є необхідним етапом при хірургічній корекції всіх (за виключенням анальної мембрани) форм аноректальних вад розвитку у дітей.

Вибір варіанту колостомії залежить від верифікації вади із залученням променевої методики діагностики. Сигмовидна кишка у новонароджених і дітей грудного віку займає до третини від загальної довжини ободової кишки зі значною мобільною брижею. Враховуючи посементне її кровопостачання, формування колостоми у дітей даної вікової групи саме в цьому місці є зручним та ефективним.

Ключові слова: аноректальні вади розвитку, діагностика, лікування, колостомія, результати, діти.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Аноректальні вади розвитку (АРВР) – складний, часто комбінований тип патології, що потребує виваженого диференційованого підходу до проблеми строків та способів радикальної хірургічної корекції цього виду аномалій [1, 3]. Досягнення останніх десятиріч переконують нас, що союз упродовження нових хірургічних методів з прогресом в проблемах медичного подходу за пацієнтами призводять до становища, коли діти з різноманітними атрезіями повинні вижити, якщо їх належним чином лікують [3, 5].

Немає єдиної точки зору відносно доцільності колостомії на етапах корекції АРВР у дітей [2, 4, 7]. Розходяться думки щодо виду та рівня формування колостоми. Остаточо не визначені терміни етапних втручань у колостомованих пацієнтів [1, 3]. Необхідними є вивчення особливостей накладання колостоми при різних видах АРВР у дівчаток і хлопчиків.

Мета роботи – покращення результатів хірургічної корекції дітей з АРВР.

Матеріал і методи дослідження

Проведено аналіз діагностики та лікування 205 дітей з АРВР, які були обстежені в клініці хірургії дитячого віку Національного медичного університету імені О.О.Богомольця на базі Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» (табл. 1). Серед 205 дітей було 115 (56,10%) дівчат та 90 (43,90%) хлопчиків. Протягом 1-го тижня життя в клініку поступило 82 (40,00%) дитини, ще 55 (26,83%) пацієнтів - перед досягненням піврічного віку. На другому півріччі життя поступили 48 (23,41%) дітей, і у 20 (9,76%) випадках на лікування поступили діти у віці після 1 року.

Ми користувалися розгорнутою класифікацією АРВР F.D.Stephens & E.Smith (1984). Згідно з цією класифікацією АРВР були розділені за статтю пацієнта і за рівнем атрезії (по відношенню до м'язів діафрагми таза) на: високі (супралеваторні) - 34 (16,59%), проміжні (частково транслеваторні) - 38 (18,54%), низькі форми (повністю транслеваторні) - 129 (62,93%), рідкісні аномалії (персистентна клоака) - 4 (3,48%), і на норичні та безноричні варіанти атрезії.

Крім того, наші пацієнти були рандомізовані на 2 групи: основну (ті, які оперовані в нашій клініці) - 104 (50,73%) дитини і контрольну (оперовані в інших клініках) - 101 (49,27%) пацієнт.

Серед 90 хлопчиків з АРВР високі форми виявлено у 25 (27,78%) пацієнтів, проміжні – у 20 (22,22%), і в 45 (50,00%) випадках – низькі. При високих (супралеваторних) формах у 17 (18,89%) хлопчиків встановлено аноректальні атрезії з норичною в сечовий міхур, а у 8 (8,89%) пацієнтів - атрезію прямої кишки без норичи. Проміжні (повністю транслеваторні) форми були представлені ректо-уретральною норичною - 12 (13,33%) дітей і аноректальною агенезією без норичи - 8 (8,89%) пацієнтів. При низьких (повністю транслеваторних) формах у 34 (37,78%) хлопчиків зустрічали ректо-промежинні норичи, у 7 (7,78%) - анальний стеноз і у 4 (4,44%) – анальну мембрану.

Серед 115 дівчаток з АРВР високі форми виявлено у 9 (7,83%) пацієнтів, проміжні – у 18 (15,65%), низькі - у 84 (73,04%), а у 4 (3,48%) випадках виявлена персистентна клоака. При високих (супралеваторних) формах відзначали лише атрезію прямої кишки без норичи (n=5 (4,35%)) та - з норичною в матку (n=4 (3,48%)). Серед проміжних (повністю транслеваторних) форм виявляли вагінальну норичу (n=12 (10,44%)) та аноректальну агенезію без норичи (n=6 (5,22%)). При низьких (повністю транслеваторних) формах частіше зустрічали ректо-промежинні (n=34 (29,57%)) та

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів з аноректальними вадами розвитку за статтю та за віком

Стать	Вік				Всього
	1-7 днів	8 днів – 6 міс	7-12 міс	> 1 року	
Хлопчики	48	14	20	8	90 (43,90%)
Дівчатка	34	41	28	12	115 (56,10%)
Всього	82 (40,00%)	55 (26,83%)	48 (23,41%)	20 (9,76%)	205 (100%)