

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 променевих методів 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%)

ректо-вестибулярні (n=35 (30,43%)) нориці. Інші форми зустрічались набагато менше: у 4 (3,48%) - анальний стеноз, у 2 (1,74%) - анальну мембрану і у 9 (7,83%) - ізольовану ректо-вестибулярну норицю.

Результати дослідження та їх обговорення

На основі встановленої кореляції між анатомічним видом АРВР, наявністю супутніх вад розвитку та тяжкістю перебігу нами оптимізовано тактику лікування цієї патології у дітей. Згідно з цим були запропоновані алгоритми прийняття рішення при виборі методів лікування аноректальних аномалій, тобто - програми етапності хірургічної корекції АРВР у хлопчиків і у дівчаток.

У новонароджених дітей при наявності промежнинної нориці (в т.ч. із субепітеліальним ходом), анального стенозу та анальної мембрани раціональним було хірургічне втручання без попередньої колостомії. Найбільш оптимальним втручанням в цій ситуації, на наш погляд, є анопроктопластика. Тому, у 6 (2,93%) наших пацієнтів з анальною мембраною лікування АРВР було одноетапним.

У всіх інших випадках доцільним було поетапне хірургічне лікування АРВР з попередньою колостомією. Після накладання захисної колостоми дітей виписували додому. Пацієнтів, які нормально розвивалися і не мали інших супутніх вад розвитку, повторно госпіталізували для виконання наступного (головного) етапу корекції АРВР - задньої сагітальної аноректопластики через 1-2 місяці, а потім, через такий же час, - для закриття колостоми. В тих випадках, коли діти були ослаблені, мали тяжкі супутні вади розвитку, потребували дообстеження та ліквідації супутніх вад - хірургічне втручання на промежині проводили у віці 4-6 місяців, і навіть - до 1-го року.

Але раннє переміщення прямої кишки у «свою» природну зону поліпшує функціональні результати, сприяє кращому розвитку порогової чутливості, триманню кала. У випадках неясного діагнозу рішення про колостомію приймається на підставі інвертrogramи. Якщо «висота» атрезії більше 1 см проводилася колостомія, якщо менше 1 см показана мінімальна задня сагітальна аноректопластика.

Якщо при огляді промежини у дівчаток виявлено клоаку, вестибулярну чи вагінальну норицю, а також у випадках відсутності нориці, коли на інвертrogramі «висота» атрезії виявлялася більшою за 1 см, показано було накладання колостоми.

У тих випадках, коли дівчинка добре оправляється через норицю і загрози кишкової непрохідності немає, дитину було виписано додому, а колостому формували за 2-3 тижні до основної операції.

При наявності у дівчаток «низьких» форм аноректальних вад тактика була такою ж, як і у хлопчиків.

Вивчаючи будову кишечника у дітей, ми відзначили характерну сегментну особливість кровопостачання брижі ободової кишки, що сприяє простоті її мобілізації при формуванні колостоми, і в наступному - при анастомозуванні між резектованими краями при її закритті. Крім того відомо, що сигмовидна кишка у новонароджених і дітей грудного віку складає 25-30% від загальної довжини ободової кишки (Дебеле Ф.Г., 1900), а це саме той вік, коли необхідно закінчити лікування АРВР. Також в грудному віці досить мобільна брижа сигмовидної кишки. Така анатомічна особливість лівих відділів ободової кишки є зручною на етапах хірургічної корекції АРВР у дітей, а саме - при формуванні захисної колостоми. Тому найоптимальнішим рівнем накладання колостоми у дітей з АРВР є ліві відділи ободової кишки, а саме - сигмовидна кишка.

Висновки

1. Аноректальні вади розвитку є складною вродженою патологією, що у 83,90% проявляється наявністю норичних і в 16,10% - безноричних форм, із ознаками часткової чи повної непрохідності кишок.

2. Тяжкість перебігу цієї вади залежать від наявності норичевих варіантів сполучення просвіту прямої кишки з іншими органами сечостатевої системи, діаметру цього спів'єстя та супутніх аномалій.

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

4. Вибір варіанту колостомії залежить від верифікації вади із залученням променевих методів діагностики.

5. Сигмовидна кишка у новонароджених і дітей грудного віку займає до третини від загальної довжини ободової кишки зі значною мобільною брижею. Враховуючи посегментне її кровопостачання, формування колостоми у дітей даної вікової групи саме в цьому місці є зручним та ефективним.

Перспективи подальших досліджень

Наші дослідження дозволяють вказувати на наявність проблем в лікуванні дітей з АРВР. Не менш важливим є подальший пошук найбільш ефективних способів хірургічного лікування цієї патології при накопиченні клінічного матеріалу.

Література

1. Additional congenital defects in anorectal malformations / E.A. Hassink, P.N. Rieu, B.C. Hamel et al. // Eur. J. Pediatr. - 2006. - Vol. 155, No. 6. - P.477-482.
2. Injuries to the genitourinary system during a posterior sagittal approach and their repair / G.A. McLorie, P.A. Merguerian, J.E. DeMaria et al. // Br. J. Urol. - 2008. - Suppl 2. - Vol. 81. - P.76.
3. Mickelson J. The posterior urethra in anorectal malformations / J. Mickelson, A. MacNeily, G. Blair / J. Pediatr. Surg. - 2007. - Vol. 42. - P.585-587.
4. Pena A. Imperforate anus and cloacal malformations / A Pena, M. Levitt // In: Ashcraft KW, Holcomb GW, Murphy JP, eds. Pediatric surgery. Philadelphia, PA: Saunders, 2005. - P.496-517.
5. Rectovestibular fistula - rarely recognises associated gynaecologic anomalies / M.A. Levitt, A. Bischoff, L. Breech, A. Pena // J. Pediatr. Surg. - 2009. - Vol. 44. - P.1261-1267.
6. Rintala R.J. Congenital anorectal malformations: anything new? / R.J. Rintala // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. - 2009. - Vol. 48, Suppl. 2. - S.79-82.
7. The spectrum of anorectal malformations in Africa / S.W. Moore, A. Alexander, D. Sidler et al. // Pediatr. Surg. Int. - 2008. - Vol. 24. - P.677-783.

Курташ О.О.

Показання і вибір рівня колостоми на етапах хірургічної корекції свищевих і безсвищевих форм аноректальних пороков розвитку у дітей

Івано-Франківський національний медичний університет, г.Івано-Франківськ

Національний медичний університет імені А.А. Богомольця, г. Київ, Україна

Резюме. Аноректальні пороки розвитку (АРПР) - складний, часто комбінований тип патології, що вимагає взвешеного диференційованого підходу к проблеме сроков и способов радикальной хирургической коррекции этого вида аномалий. Нет единой точки зрения относительно целесообразности колостоми на этапах коррекции АРВР у детей. Расходятся мнения относительно вида и уровня формирования колостоми. Окончательно не определены сроки этапных вмешательств в колостомированных пациентах. Необходимы изучение особенностей наложения колостоми при различных видах АРПР у девочек и мальчиков.

Целью работы было улучшение результатов хирургической коррекции детей с АРПР.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ диагностики и лечения 205 детей с АРПР - 115 (56,10%) девочек и 90 (43,90%) мальчиков.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что АРПР являются сложной врожденной патологией, в 83,90% проявляются наличием свищевых и в 16,10% - безсвищевых форм, с признаками частичной или полной непроходимости кишечника. Тяжесть течения этого порока зависит от наличия свищевых вариантов сообщения просвета прямой кишки с другими органами мочеполовой системы, диаметра этого соустья и сопутствующих аномалий.

Выводы. Колостомия является необходимым этапом при хирургической коррекции всех (за исключением анальной мембраны) форм АРПР у детей.

Выбор варианта колостомии зависит от верификации порока с привлечением лучевых методов диагностики. Сигмовидная кишка у новорожденных и детей грудного возраста занимает до трети от общей длины ободочной кишки со значительной мобильной брыжейкой. Учитывая поsegmentность ее кровоснабжение, формирования колостомы у детей данной возрастной группы именно в этом месте является удобным и эффективным.

Ключевые слова: *аноректальные пороки развития, диагностика, лечение, колостомия, дети.*

O.O. Kurtash

Indications and Colostomy Level Choice at the Stages of Surgical Correction of Fistulous and Non-fistulous Forms of Anorectal Malformations in Children

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Abstract. Anorectal malformations (ARMs) are a complex, often combined type of pathology that requires deliberate differential approach to the problem of timing and methods of radical surgical correction of this type of anomaly. There is no single viewpoint regarding expediency of colostomy at the stage of ARM correction in children. There are different views concerning the type and level of colostomy formation. The terms of staging interventions in patients with colostomy are not determined. It is essential to study the

characteristics of colostomy in different types of ARMs in girls and boys.

The objective of the research was to improve the results of surgical correction in children with ARMs.

Materials and methods of research. Analysis of diagnosis and treatment of 205 children with ARMs was conducted including 115 (56.10%) girls and 90 (43.90%) boys.

Results of the research and their discussion. ARM was found to be a complex congenital disorder with fistula in 83.90% of cases and without fistula in 16.10% of cases with the signs of partial or complete intestinal obstruction. The severity of the defect depends on the fistulous variants of connection between rectal lumen and other organs of urogenital system, the diameter of this anastomosis and concomitant anomalies.

Conclusions. Colostomy is a necessary step in the surgical correction of all (except anal membrane) forms of anorectal malformations in children.

The choice of colostomy type depends on verification of disorder involving radiation diagnostic methods. Sigmoid colon in neonates and infants takes up one third of the total length of the colon with significant mobile mesentery. Taking into account its segmental blood supply, colostomy formation in children of this age group in this place is convenient and effective.

Keywords: *Anorectal malformations, diagnostics, treatment, colostomy, results, children.*

Надійшла 24.11.2014 року.

УДК 616.33-002+616.441-006.5+546.15

Мищук В.Г., Бойчук В.Б.

Особливості перебігу та патогенезу гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у хворих з ендемічним зобом на фоні йододефіциту

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна
viraboychuk@yahoo.com

Резюме. Обстежено 40 хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ), у поєднанні з вузловим (12 пацієнтів) та дифузним (28 хворих) ендемічним зобом ІІІ ступеня на тлі йододефіциту та 20 хворих на ГЕРХ без функціональних і структурних змін щитоподібної залози та нормальним рівнем йоду в сечі. Дифузний ендемічний нетоксичний зоб у субклінічній формі у поєднанні з ГЕРХ діагностований у 57,14%, а маніфестний – у 42,86 % обстежених. Вузловий ендемічний зоб у поєднанні з ГЕРХ перебігав у еутиреоїдній формі. Встановлено, що у хворих з поєднанням ГЕРХ та дифузного зобу, на відміну від самостійної ГЕРХ, частіше реєструвались його позастрвохідні синдроми. За даними ¹³С-октанового дихального тесту, спостерігалось достовірно виражене сповільнення моторно-евакуаторної функції шлунка та зростання кількості лужних рефлюксів з інтервалами 8,0-8,99 та 7,0-7,99. У хворих на ГЕРХ у поєднанні з вузловим зобом зростала частота кислих рефлюксів з інтервалом рН в межах 1,0-1,99.

Ключові слова: *гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, йододефіцитні стани, щитоподібна залоза, типи гастроєзофагеальних рефлюксів, моторика шлунка.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Проблема йододефіцитних захворювань є однією з найактуальніших, оскільки в регіонах з нестачею йоду проживає майже 30% населення планети, а для України вона небезпечна ще й тим, що з ліквідацією системи профілактики йододефіцитних станів, яка ґрунтувалась на обов'язковому

вживанні йодованої солі, дефіцит йоду у харчуванні відзначається на усій її території [6]. Нестача йоду призводить до йододефіцитного гіпотиреозу, дифузного токсичного, вузлового та багатовузлового еутиреоїдного зобу, функціональної автономії щитоподібної залози [2]. У структурі ендокринних захворювань йододефіцитні стани посідають одне з провідних місць. Їх поширеність у світі коливається від 1,3 до 10,3% [11, 19], а серед населення України зростає з року в рік і становить 170,4 випадків на 100 тис. населення [3]. Тому вивчення перебігу захворювань внутрішніх органів на тлі патології щитоподібної залози набуває особливої актуальності.

У структурі неінфекційних захворювань значне місце займають хвороби органів травлення. Надзвичайно актуальною є проблема діагностики та лікування кислотозалежних захворювань, чільне місце серед якої займає гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) [1]. Постійна увага до ГЕРХ обумовлена широкою розповсюдженістю, симптоми якої за даними досліджень, проведених в різних країнах Європи та США, періодично відзначаються у 20-25% населення, а щоденно – у 7% [16]. Провідними симптомами ГЕРХ є печія, відрижка, біль за грудиною та у надчеревній ділянці, підвищене слиновиділення, ларинго-фарингеальний та гастродуоденальний рефлюкси. Унаслідок зміненого тире-