

роль у розвитку ускладнень цукрового діабету /Ю.В.Марговицька/ //Патологія.-2008.-Т.5,№3.-С.6-10

6. Мельман Е.П., Шутка Б.В. Особенности васкуляризации мозгового вещества почки // Кровообращение. - 1989. - Т. 22, № 1. - С. 56.

7. Friedman E., Miles A // Replacement of renal function by dialysis / Ed. J. F. Winchester-Boston; 1996 p. 1059-1077

8. H.H. Parving, R. Osterby, P.W. Anderson, W.A. Hsueh Diabetic Nephropathy, in: The Kidney, ed. B.M. Brenner, 1996, Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokio, vol.2,p. 1864-1892 .

9.D J. Barnes, J.R.Pinto, G.C. Viberti The Patient with Diabetes Mellitus, in: Oxford Textbook of Clinical Nephrology, ed.: A.M-Devision, J.S. Cameron, J-P Grunfeld e. a., Oxford, NewYork, Tokio, sec. ed. ,v2, 1998, p. 723-775 .

Покотило П.Б.

Ультраструктурное исследование компонентов фильтрационного барьера почки крысы на 14 сутки протекания стрептозототининдуцированного сахарного диабета

Резюме. Исследовано ультраструктурную организацию компонентов формирующих фильтрационный барьер почки крысы на 14 сутки протекания экспериментального сахарного диабета. Ис-

ходные данные в будущем дадут возможность провести сравнительную характеристику морфологических изменений в структурах фильтрационного барьера почки крысы в динамике протекания экспериментальной стрептозототининдуцированной нефропатии.

Ключевые слова: *фильтрационный барьер, почка, крыса, стрептозототининдуцированный сахарный диабет.*

Pokotylo P.B.

The Ultrastructural Research of the Kidney Filtration Barrier on the 14 Day of the Streptozotocininduced Diabetes Mellitus of the Rat

Summary. It was investigated ultrastructural organization of the components which creating filtration barrier of the kidneys in the rats after 14 days of the experimental streptozotocininducting diabetic nephropathy. The obtained data will allow in the future to perform comparative characteristics of the morphological changes in the filtration barrier components of the kidneys in the rats during dynamic of the experimental diabetes mellitus.

Key words: *filtrational barrier, kidney, rat, streptozotocininductional diabetes mellitus.*

Надійшла 05.11.2012 року.

УДК 616.348 – 007.61 – 053.2 - 089

Притула В.П.¹, Сільченко М.І.², Курташ О.О.³

Захисні кишкові стоми та аноректальні вади розвитку у дітей

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ¹

Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», м. Київ²

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ³

Резюме. У наше дослідження було включено 185 дітей з аноректальними вадами розвитку (АРВР), які були обстежені та проліковані у відділеннях хірургії. Вивчений детальний анамнез перебігу вагітності, початку захворювання, первинних ознак цієї аномалії, часу встановлення діагнозу, даних об'єктивного огляду та значення додаткових методів обстеження в діагностичному алгоритмі. Встановлено, що захисна колостома є необхідним етапом при хірургічній корекції АРВР у новонароджених. При анальному стенозі, ректо-промежинній та вестибулярній норицях доцільним є накладання кінцевої однодульної колостоми. При всіх інших формах АРВР треба формувати роздільну дводульну колостому.

Ключові слова: *аноректальні вади розвитку, діагностика, захисна колостома, діти.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Проблема аноректальних вад розвитку (АРВР) відома давно і до тепер вона є однією із найбільш складних у хірургії дитинства. АРВР є однією з найбільш поширених вроджених аномалій. Частота захворюваності АРВР становить від 1 на 1500 до 1 на 5000 новонароджених [1, 3, 7]. АРВР являють собою широкий спектр дефектів, починаючи від відносно низьких вад розвитку до дуже складних клоакальних форм. Єдиним ефективним методом лікування АРВР є хірургічний, що полягає в поетапному проведенні операцій таким пацієнтам – накладання захисної колостоми (1 етап), анопроктопластика (2 етап) та закриття колостоми (3 етап) [2, 4, 5]. Для успішного лікування АРВР необхідним є детальне вивчення анатомії цієї аномалії, ранньої діагностики АРВР і виявлення супутніх вад розвитку.

Мета даної роботи є встановити доцільність формування певного виду захисних колостом на етапах хірургічної корекції різних анатомічних форм АРВР.

Матеріал і методи дослідження

Нами проведено аналіз діагностики 185 дітей з АРВР, які були

обстежені у відділеннях хірургії з 1995 до 2012 року. Серед 185 дітей було 102 (55,14%) дівчини та 83 (44,86%) хлопчики.

Всі види АРВР були поділені відповідно до класифікації A.Pena (1982). У хлопчиків види АРВР розділені наступним чином – ректо-промежинна нориця – 34 дітей, анальна мембрана – 1, анальний стеноз – 5, ректо-уретральна нориця – 10, ректо-везикальна нориця – 17, аноректальна агенезія без нориці – 8, атрезія прямої кишки – 8. Серед різних видів АРВР у дівчаток були – ректо-промежинна нориця – у 34 дітей, вестибулярна нориця – у 35, вагінальна нориця – в 12, нориця в матку – у 4, аноректальна агенезія без нориці – у 6, атрезія прямої кишки – у 5 і персистентна клоака – в 4 дітей.

У 167 (90,27%) із 185 дітей діагностовано поєднані аномалії. Серед них були VATER-асоціація (n=16), вади розвитку сечостатевої системи (n=89), вади серця (n=17), синдром Дауна (n=9), гідроцефалія (n=9), спинномозкова грижа (n=7), синдром Аперса (n=3), синдром Гольдемана (n=1), подвоєння піхви (n=3), подвоєння матки (n=3), подвоєння піхви і матки (n=2), синдром Пертеса (n=1), дисплазія кульшових суглобів (n=4), синдром Шляттера (n=1), атрезія дванадцятипалої кишки (n=3), пупкова грижа (n=7), дивертикул Меккеля (n=11), аномалії хребта (n=9), крижово-куприкова тератома (n=4), крипторхізм (n=18), інші дефекти кінцівок (n=7).

Результати дослідження та їх обговорення

Ми підтримуємо точку зору тих авторів, що у періоді новонародженості при наявності промежинної нориці (в т.ч. із субепітеліальним ходом), анального стенозу та анальної мембрани доцільним є хірургічне втручання без попередньої колостомії [6, 9]. Найбільш оптимальним втручанням в цій ситуації, на наш погляд, є мінімальна задня сагітальна анопроктопластика. Проведення таких втручань потребує великого досвіду.

У всіх інших випадках проводять попередню захисну колостомію. Після накладання захисної колостоми дитину

можна виписати додому. Діти, які нормально розвиваються і не мають інших супутніх вад розвитку повторно госпіталізуються для задньої сагітальної аноректопластики у віці 1-2 місяці [1, 10].

У тих випадках, коли діти ослаблені, мають супутні вади розвитку, потребують додаткового обстеження хірургічне втручання на промежині можна проводити у віці 4-6 місяців і навіть - до 1-го року, але раннє переміщення прямої кишки в природну зону сприяє кращому розвитку порогової чутливості, триманню кала, що в свою чергу поліпшує функціональні результати у віддаленому періоді.

Колостомія є втручанням, яке несе в собі багато принципів моментів. Захисна колостома сприяє безпечному проведенню одномоментної радикальної операції з відновлення близької до нормальної анатомії аноректальної зони, що у недалекому минулому призводило до значної летальності та великої кількості післяопераційних ускладнень. Останні в свою чергу супроводжувались незадовільними функціональними результатами. Колостома забезпечує практично стерильні умови при анопроктопластиці.

Найкращою вважають колостому, що забезпечує повне попадання калу у дистальні відділи атрезованої кишки. Тобто колостома повинна бути роз'єднувальною. При цьому на черевну стінку виводять як привідну так і відвідну кишки. Це забезпечує добру евакуацію калу, а дистальна стома можна бути використана з діагностичною метою проведення колостографії і виявлення ректоуретральної чи ректовезикальної нориці. Крім того вона слугує завданням підготовки кишки до анопроктопластики (промивання, введення антисептиків, протимікробних препаратів). У тих випадках, коли вестибулярна нориця забезпечує задовільну евакуацію кишкового вмісту можна створити однодульну колостому [2, 6, 8, 9].

Окремі хірурги скептично відносяться до необхідності колостомії у всіх новонароджених дітей з аноректальними вадами розвитку, крім тих, кому за показаннями можливе проведення мінімальної задньої сагітальної анопроктопластики у новонародженому віці. Проте виникнення гнійних ускладнень при одномоментних операціях приводить до інших висновків. Хоч ці ускладнення трапляються не дуже часто, вони є причиною незадовільних функціональних результатів [1, 7, 8].

У 185 дітей з АРВР першим етапом хірургічної корекції було накладено захисну колостому. При анальному стенозі, ректо-промежинній та вестибулярній норицях наклали кінцеву однодульну колостому. При всіх інших формах АРВР формували роздільну дводульну колостому. Основними показання накладаннями колостоми у таких пацієнтів були: ліквідація кишкової непрохідності та ізоляція дистальних відділів кишечника для безпечного виконання анопроктопластики. Крім того, в міжопераційному періоді колостому використовували для виконання колостографії при верифікації недіагностованих нориць і оцінки стану дистальних відділів товстої кишки. Не наклали колостому при анальній мембрані.

При відсутності особливих протипоказань (супутні вади товстої кишки) колостомію найраціональніше виконувати на низхідній кишці. Це забезпечує збереження функції більшої частини ободової кишки і залишає достатню довжину дистальної кишки для подальшого зведення. Накладання захисної колостоми на висхідну чи поперечну кишку може привести до функціональної дистрофії виключеної кишки та довготривалої (після закриття колостоми) діареї і дисбактеріозу. Накладання ж колостоми у ректосигмовидній зоні може привести до труднощів при зведенні (мобілізації) прямої кишки. Формування колостоми пристінного типу приводить до попадання калу в дистальну кишку та інфікування її.

Висновки

1. Лікування АРВР вимагає поетапної хірургічної корек-

ції цієї аномалії в координації з адекватними втручаннями з приводу супутніх хірургічних аномалій.

2. Захисна колостомія є необхідним етапом при хірургічній корекції АРВР у дітей. При анальному стенозі, ректо-промежинній та вестибулярній норицях доцільним є накладання кінцевої однодульної колостоми. При всіх інших формах АРВР треба формувати роздільну дводульну колостому.

Перспективи подальших досліджень

Наші дослідження дозволяють вказувати на наявність проблем в діагностиці та лікуванні АРВР у дітей. Не менш важливим є подальший пошук найбільш ефективних способів виявлення та хірургічної корекції цієї патології при накопиченні клінічного матеріалу.

Література

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. -Т.2. -СПб., Пит -Тат, 1997. -С.27-43.
2. Falcone R.A. Increased heritability of certain types of anorectal malformations / R.A.Falcone, M.A.Levitt, A.Peña, M.D.Bates // J. Pediatr. Surg. - 2007. - Vol. 42. - P.124-128.
3. Gupta D.K. Pediatric Surgery in India - A specialty come of age // D.K. Gupta, A.R. Charles, M. Srinavas // Pediatr. Surg. Int. - 2002. - Vol. 18. - P.649-652.
4. Harisankar C.N.B. Potential diagnostic role of renal scintigraphy in the management of patients with high anorectal malformation / C.N.B.Harisankar, B.R. Mittal, A.Bhattacharya et al. // Hellenic Journal of Nuclear Medicine. - 2009. - Vol. 12, № 3. - P.260-265.
5. James A. Anorectal disorders and imperforate anus / A. James O'Neil, Jr. // Principles of Paediatric Surgery. - 2004. - P.596-603.
6. Menon P. Primary Anorectaloplasty in Females with Common Anorectal Malformations without Colostomy / P. Menon, K.L. Rao // J. Pediatr. Surg. - 2007. - Vol. 42, No 6. - P.1103-1106.
7. Rosen N.G. Recto-Vaginal Fistula: A Common Diagnostic Error with Significant Consequences in Female Patients with Anorectal Malformations / N.G. Rosen, A.R. Hong, S.Z. Soffer et al. // J. Pediatr. Surg. - 2002. - Vol. 37, No 7. - P.961-965.
8. Stoll C. Associated Malformations in Patients with Anorectal Anomalies / C. Stoll, Y. Alembik, B. Dott // Eur. J. Med. Genet. - 2007. - Vol. 50, No 4. - P.281-290.
9. Upadhyaya, V.D. Low anorectal malformation in females without fistula: A rare entity // V.D. Upadhyaya, A.N. Gangopadhyaya, A.Pandey, D.K. Gupta, A.Upadhyaya // The Internet Journal of Surgery. - 2007. - Vol. 12, № 1. - P.2-4.
10. Zamir N. Anterior sagittal approach for anorectal malformations in female children: Early results / N. Zamir, F.M. Mirza, J.Akhtar, S.Ahmed // Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. - 2008. - Vol. 18, №12. - P.763-767.

Прытула В.П., Сильченко М.И., Курташ О.О.

Защитные колостомы и аноректальные пороки развития у детей

Резюме. В наше исследование мы включили 185 детей с аноректальными пороками развития, которые были обследованы и лечились в клиниках хирургии. Мы изучали подробную историю беременности, начала первые симптомы этой аномалии, на момент диагностики, анализа данных и объективной стоимости дополнительных методов диагностики. Охраняемые колостомы является необходимым шагом в хирургической коррекции пороков развития аноректальной у новорожденных. Для анального стеноза, ректо-промежности и вестибулярного свища лучшим подходом является формирование колостоми одного конца цикла. В других форм аноректальной мальформации отдельный двойной колостомы цикла рекомендуется.

Ключевые слова: аноректальной мальформации, диагностики, защиты колостоми, дети.

Prytula V.P., Silchenko M.I., Kurtash O.O.

Protective Colostomy and Anorectal Malformations in Children

Summary. In our study we included 185 children with anorectal malformations who were examined and treated at departments of surgery. We studied the detailed history of pregnancy, onset of initial symptoms of this anomaly, at the time of diagnosis, data review and objec-

tive value of additional methods diagnostic. Protected colostomy is a necessary step in the surgical correction of anorectal malformations in newborns. For anal stenosis, recto-perineal and vestibular fistulas best approach is formation of single end loop colostomy. In other forms of anorectal malformation separate double loop colostomy is recommended.

Key words: *anorectal malformation, diagnosis, protected colostomy, children.*

Надійшла 24.09.2012 року.

УДК 616.314 – 089.23+613.955+504.054

*Рожко-Гунчак О.М., Неспрядько В.П.**

Особливості преортодонтичного лікування дітей, які мешкають в несприятливих екологічних умовах

Кафедра ортопедичної стоматології (зав. каф. – проф. З.Р.Ожоган)

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

*Кафедра ортопедичної стоматології (зав. каф. – проф. В.П.Неспрядько)

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

Резюме. Проведено преортодонтичне лікування 140 дітей віком 7 років, які мешкають в різних регіонах Прикарпаття в несприятливих екологічних умовах. Нами сформовані три групи дітей для лікування та спостереження: 1 група – 60 дітей, преортодонтичне лікування яким проведено за вдосконаленою методикою (тимчасові шини – капи); 2 група – 60 дітей, лікування яким проведено за загальновідомою методикою, з використанням стандартних трейнерів; 3 група – 20 дітей, які склали контрольну групу. З метою нормалізації кісткового метаболізму діти 1 групи отримували препарат «Кальцемін» за схемою. Особливу увагу звертали на період адаптації до тимчасових шин-кап на початку преортодонтичного лікування. Ефективність преортодонтичного лікування доказана за допомогою вивчення індексів Моуренса, Mc Namara та Шварца.

Ключові слова: *діти, ортодонтия, зубощелепні аномалії, адаптація, індекси Моуренса, Mc Namara, Шварца.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Погіршення екологічної ситуації в багатьох регіонах Прикарпаття негативно впливає на стан здоров'я дитячого населення, і часто є причиною розвитку і прогресування зубощелепних аномалій у дітей. За даними ряду авторів [1, 2], не дивлячись на ті заходи, які проводяться, кількість та прогресування ЗЩА має тенденцію до зростання. З точки зору початку лікування та ефективної профілактики найкращим періодом вважається вік від 7 до 10 років. На сучасному етапі розвитку ортодонції зростають вимоги до ортодонтичних апаратів. Зокрема, вони не мають негативно впливати на стан тканин ротової порожнини, порушувати функції жування, ковтання, мовлення, добре фіксуватися в ротовій порожнині, зберігати добрі гігієнічні умови у дітей. Не мати залишкового мономеру у готових базисах ортодонтичних апаратів [3]. Актуальним питанням сучасної ортодонції є питання високоефективної діагностики зубощелепних аномалій [4] та їх ефективне лікування і профілактика ще до основного повномасштабного лікування [5]. Тому постає питання попереднього, преортодонтичного лікування та профілактики ЗЩА у дітей, які проживають в несприятливих екологічних умовах.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування ЗЩА у дітей на основі розробки удосконаленої методики преортодонтичного лікування дітей, які проживають в несприятливих екологічних умовах.

Матеріал і методи дослідження

На основі розробленого лікувально-профілактичного комплексу проведено преортодонтичне лікування основної та групи порівняння 140 дітей регіону Прикарпаття, які проживають в несприятливих екологічних умовах. У першу групу було включено 60 дітей, преортодонтичне лікування яким проведено за удосконаленою методикою (шини-капи), в другу групу – 60 дітей, ортодонтичне лікування яким проведено за загальноприйнятими

методами (стандартні трейнери), третю групу (контрольну) склали 20 дітей – без ортодонтичної патології. Діти всіх груп були під постійним спостереженням, термін лікування тривав від 6 до 8 місяців.

Діти основної групи з метою нормалізації кісткового метаболізму отримували препарат «Кальцемін». Курси прийому склали два рази на рік, по 1 таблетці 2 рази на день протягом 21 дня. Дітям основної групи виготовлялися тимчасові шини-капи за удосконаленою методикою. В якості матеріалу для базисної пластмаси використано безмономерні пластинки «Bioplast». Штампування проводили в апараті «MiniStar», що дозволив мінімально впливати на структуру майбутньої шини-капи. Саме преортодонтичне лікування відбувалося з особливостями, а саме щелепи і зубні ряди розміщувалися в конструктивному прикусі, всі маніпуляції перед склеюванням верхньої і нижньої частини шини-капи проводилися в артикуляторі, як і всі подальші корекції конструктивного прикусу. Фронтальна група зубів, після детального вивчення, встановлювалася у необхідне положення за методикою Ю.В. Філімонова. Особлива увага приділена дітям і батькам на етапі привикання до шин-кап. Всім батькам детально пояснено, що дітям необхідно використовувати шини-капи протягом ночі, і по можливості в день або ввечері до 2 год. У разі появи неприємних відчуттів, болю, тошноти, позивів до блювоти необхідно зразу звернутися в клініку кафедри ортопедичної стоматології. За необхідності через 3 місяці після початку преортодонтичного лікування проводилася корекція конструктивного прикусу в артикуляторі, а якщо була потреба то виготовлялися нові шини-капи за удосконаленою методикою.

Ефективність преортодонтичного лікування проводили за допомогою вивчення індексів Моуренса, Mc Namara та Шварца.

Результати дослідження та їх обговорення

Проведене комплексне преортодонтичне лікування дітей, які проживають в несприятливих екологічних умовах та детальний аналіз отриманих результатів за такими параметрами як метод вибору лікування, його доступність, економічна доцільність, контроль процесів адаптації на початкових етапах лікування та оцінка ефективності лікування за допомогою індексів Моуренса, Mc Namara та Шварца показали наступне.

Грунтуючись на даних літератури, власних дослідженнях, нами удосконалено методику преортодонтичного лікування дітей, які проживають в несприятливих екологічних умовах. На спосіб виготовлення тимчасових шин-кап отримано Деклараційний патент України.

Відомо, що спеціалізована ортодонтична допомога надається в закладах III-IV рівнів акредитації. Регіон Прикарпаття має свої особливості в плані доїзду до таких закладів, віддаленість населених пунктів. Основну мету, яку ми хотіли вирішити – це надати можливість дітям отримати преортодонтичне лікування за місцем проживання, максимально скоротити відвідування обласного центру, батьки і діти, особливо батьки, після детального пояснення могли прийняти