



Засновники та видавці

ВГО «АСОЦІАЦІЯ КОЛОПРОКТОЛОГІВ
УКРАЇНИ»
ТОВ «Видавничий центр «ІМІДЖ УКРАЇНИ»

Рекомендовано

вченою радою Національного інституту хірургії
та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН
України, протокол № 1 від 17 січня 2012 р.

Журнал зареєстровано

в Державній реєстраційній службі України
Свідоцтво про державну реєстрацію
Серія КВ № 18371— 7171Р від 02.12.2011 р.

Редактор-коректор *О.М. Шипко*
Верстка та дизайн *С.М. Скарєднєвої*

Підписано до друку 29.03.2013.
Формат 60х90/8. Папір офсетний.
Друк офсетний. Гарнітура Bookman С.
Обл.-вид. арк. 9,5. Ум.-друк. арк.11.
Наклад 1000 прим.

Видавець

ТОВ «Видавничий центр «ІМІДЖ УКРАЇНИ»
Директор *О.О. Подиман*
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої
справи до реєстру видавців, виготівників та
розповсюджувачів видавничої продукції
№ 3299 серія ДК, від 17.10.2008 р.
Надруковано в типографії ТОВ «Софія А»

Адреса редакції

01032, Україна, м. Київ,
вул. Старовокзальна, 24
тел./факс: (044) 583-04-70, (044) 235-52-89
e-mail: imageukr@pcenter.com.ua

Відділ розповсюдження

01032, Україна, м. Київ,
вул. Старовокзальна, 24, оф. 8
тел./факс: (044) 583-04-70

©ВГО «АСОЦІАЦІЯ КОЛОПРОКТОЛОГІВ
УКРАЇНИ», 2012

©Захараш М.П., 2012

©ТОВ «Видавничий центр «ІМІДЖ УКРАЇНИ», 2012

Головний редактор

Президент Асоціації колопроктологів України,
член-кореспондент НАМН України, професор М.П. Захараш

Заступники головного редактора

професор М.Д. Кучер, професор О.І. Пойда

Редакційна колегія

Березницький Я.С., доктор медичних наук, професор
Бойко В.В., доктор медичних наук, професор
Бондар Г.В., академік НАМН України, професор
Книшов Г.В., академік НАМН України, професор
Кривченя Д.Ю., доктор медичних наук, професор
Міміношвілі О.І., доктор медичних наук, професор
Ничитайло М.Ю., доктор медичних наук, професор
Никоненко О.С., академік НАМН та НАН України, професор
Павловський М.П., академік НАМН України
Поляченко Ю.В., доктор медичних наук, професор
Степанов Ю.М., доктор медичних наук, професор
Тамм Т.І., доктор медичних наук, професор
Фомін П.Д., академік НАМН України, доктор медичних наук, професор
Халіф І.Л., доктор медичних наук, професор
Харченко Н.В., член-кореспондент НАМН України, професор
Шелигін Ю.А., доктор медичних наук, професор

Редакційна рада

| | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| проф. Абдуллаєв М.Ш. (Казахстан) | проф. Куліковський В.Ф. (Росія) |
| проф. Барсуков Ю.О. (Росія) | проф. Лозинський Ю.С. (Україна) |
| проф. Безродний Б.Г. (Україна) | доц. Мельник В.М. (Україна) |
| проф. Воробей О.В. (Білорусь) | проф. Милиця М.М. (Україна) |
| проф. Годлевський А.І. (Україна) | проф. Мішалов В.Г. (Україна) |
| проф. Грубник В.В. (Україна) | проф. Наврузов С.Н. (Узбекистан) |
| проф. Гук І.І. (Австрія) | проф. Русин В.І. (Україна) |
| проф. Гюльмамедов Ф.І. (Україна) | проф. Скумс А.В. (Україна) |
| проф. Даценко Б.М. (Україна) | проф. Тімербулатов В.М. (Росія) |
| проф. Дорофєєв А.Е. (Україна) | член-кор. НАМН України |
| проф. Дронов О.І. (Україна) | Тодуров Б.М. (Україна) |
| доц. Жельман В.О. (Україна) | проф. Тодуров І.М. (Україна) |
| доц. Заверний Л.Г. (Україна) | проф. Тутченко М.І. (Україна) |
| проф. Запороженко Б.С. (Україна) | проф. Фелештинський Я.П. (Україна) |
| член-кор. НАМН України, | проф. Хаїтов С. (Нью-Йорк, США) |
| проф. Ковальчук Л.Я. (Україна) | проф. Ханевич М.Д. (Росія) |
| проф. Кондратенко П.Г. (Україна) | к.мед.н. Шевелюк С.Б. (Україна) |
| проф. Копчак В.М. (Україна) | проф. Шлапак І.П. (Україна) |
| проф. Котенко О.Г. (Україна) | проф. Щепотін І.Б. (Україна) |
| | проф. Щепковські М. (Польща) |

Відповідальний секретар проф. Ю.М. Захараш, тел./факс: 235-52-89

e-mail: newproctology@yandex.ua

Секретар к.мед.н. А.П. Луцик



Відповідальність за добір та викладення фактів у статтях несуть автори.

Редакція не несе відповідальності за зміст та достовірність рекламних матеріалів.

Усі права стосовно опублікованих матеріалів належать видавцю.

Передрук матеріалів можливий тільки з письмового дозволу редакції.

ЗМІСТ

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ

Захараш М.П., Абу Шамсія Р.Н., Заверный Л.Г., Захараш Ю.М., Дубенко Е.М.
Осложнения лапароскопической хирургии: диагностика, клиника, лечение, профилактика (обзор) 7

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Крамаренко К.О., Бардюк О.Я., Хамам Аббуд, Захарчук О.П., Кутепов С.Б., Трофімова І.В.
Особливості діагностики та лікування гострого холециститу у хворих на цукровий діабет 17

ВЕНТРАЛЬНІ ГРИЖІ

Бондарев Р.В., Чибисов А.Л., Орехов А.А., Селиванов С.С.
Особенности фиксации синтетического протеза при лечении больших и гигантских послеоперационных грыж передней брюшной стенки 20

Грубнік В.В., Черномаз Р.В., Воротинцева К.О.
Сучасні методи лапароскопічної пластики при лікуванні рецидивних пахвинних гриж 23

Велигоцкий Н.Н., Комарчук Е.В., Велигоцкий А.Н., Мехтиханов З.С., Комарчук В.В.
Комбинированная пластика при лечении грыж малых и средних размеров 27

Фатула Ю.М., Пацкань Б.М., Ганчин В.В., Варга Л.Л., Сливка Ю.І., Машура В.В.
Досвід хірургічного лікування пахвинних гриж лапароскопічним методом 31

Тамм Т.И., Даценко Б.М., Захарчук А.П., Непомнящий В.В., Кутепов С.Б.
Выбор способа аллогерниопластики у больных с послеоперационными вентральными грыжами 34

Грубник В.В., Парфентьев Р.С., Воротинцева К.О.
Новый метод лапароскопической герниопластики послеоперационных вентральных грыж 36

Воровський О.О.
Особливості хірургічного лікування дефектів попереково-бокової ділянки живота у хворих похилого та старечого віку 40

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КОЛОПРОКТОЛОГІЇ

Боднар Г.Б.
Клініко-функціональне значення недиференційованої дисплазії сполучної тканини та її вплив на перебіг хронічних запорів у дітей 43

Курик О.Г., Захараш Ю.М., Яковенко В.О., Баздирєв В.В.
Морфологічна діагностика колоректальної патології 49

Тамм Т.И., Даценко Б.М., Сороколат Ю.В., Даценко А.Б., Богун Е.А., Хмызов Р.А.
Медико-социальная реабилитация стомированных больных 52

ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНІ УСКЛАДНЕННЯ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Воронков Д.Е.
Обоснование выбора санирующего раствора при распространенном гнойном перитоните 55

Каштальян М.А., Шаповалов В.Ю., Енин Р.В., Герасименко О.С.
Рациональные подходы к назначению антибактериальной терапии в отделении абдоминальной хирургии 60

Лігоненко О.В., Дігтяр І.І., Чорна І.О., Лігоненко О.О.
Використання срібловміщуючих мазей для боротьби з мікробними біоплівками гнійних ран 65

НОРИЦІ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Захараш М.П., Бекмурадов А.Р., Захараш Ю.М.
Хірургічна тактика при лікуванні норичь дванадцятипалої кишки 67

НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ, ПРОТОКОЛИ ЗАСІДАНЬ НАУКОВИХ ТОВАРИСТВ

Протоколи 1229/71–1229/73 засідань Наукового товариства хірургів м. Києва та Київської обл. 73

ДОВІДКА ПРО АВТОРІВ 87

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КОЛОПРОКТОЛОГІЇ

УДК 616.34-009.11-036.12-053

Г.Б. Боднар

КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНИХ ЗАПОРІВ У ДІТЕЙ

*Кафедра педіатрії та медичної генетики Буковинського державного
медичного університету*

Резюме. У статті представлено результати комплексного клінічного та лабораторного обстеження дітей із хронічними запорами на тлі вродженої аномалії товстої кишки.

Ключові слова: запори, діти, доліхосигма, дисплазія сполучної тканини.

Актуальність проблеми. Проблема хронічного запору (ХЗ) є однією з актуальних у дитячій гастроентерології, педіатрії та дитячій хірургії. Істинна поширеність цієї патології у дітей невідома, зважаючи на недооціненість значеної проблеми батьками та лікарями, а також на відсутність повних і достовірних статистичних даних [10, 15]. Згідно з даними літератури [3, 5, 14, 16] запором страждає від 10% до 25% дитячого населення. Незважаючи на безліч публікацій з вивчення питань цієї проблеми, слід відзначити, що відомості про функції товстої кишки, регуляції, взаємодії з іншими органами залишаються недостатніми.

У сучасній літературі існує думка, що причиною запорів можуть бути більш ніж 150 патологічних станів органів і систем усього організму, а якщо уявити, що ці стани можуть поєднуватися в

різноманітних кількостях і співвідношеннях, то стають зрозумілими труднощі встановлення діагнозу [5]. Ще однією важливою проблемою є відсутність цілісного систематизованого підходу до діагностики, а відповідно, й лікування хронічного запору лікарями різних спеціальностей, розглядання патологічного стану тільки з точки зору власної спеціалізації та залучення інших фахівців тільки після тривалого неефективного лікування [14]. Суттєво ускладнює ситуацію й те, що до теперішнього часу не розроблено й не впроваджено в педіатричну практику єдиної класифікації хронічного копростазу, яка б охопила точну клінічну картину, була прийнятною для лікарів різних спеціальностей і не обмежувала їх своїми рамками.

Особливою групою є пацієнти з вродженими аномаліями товстої кишки (ВАТК). У цієї групи

дітей хронічні запори можуть взагалі не мати яких-небудь системних проявів, маскуватися під безліч різноманітних патологічних станів, мати перемежуючий перебіг або взагалі впродовж тривалого часу не розглядатися як проблема [3, 5, 6, 12]. З цього приводу на увагу заслуговує поєднання синдрому недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) з клінікою ХЗ у дітей у зв'язку з тим, що шлунково-кишковий тракт (ШКТ) об'єднує в собі найбільш багаті сполучною тканиною органи [1, 6, 7].

Увага до проблеми обумовлена також тим, що патологія внутрішніх органів за умов синдрому НДСТ має значні відмінності за тяжкістю клінічного перебігу від аналогічних станів без нього [4, 6, 7, 10]. Зміни ШКТ при синдромі НДСТ характеризуються широким поліморфізмом і торкаються всіх відділів травної системи. До числа вісцеральних маркерів НДСТ з боку кишечника відносять ВАТК, основним клінічним проявом яких є ХЗ. Вроджені вади товстої кишки є фоном для розвитку функціональних та органічних захворювань усієї травної системи. Вважаємо, що виявлення стигм синдрому НДСТ, які найбільш часто супроводжують ХЗ у дітей, допоможе поліпшити діагностику ВАТК.

Мета. Виявити найбільш поширені маркери синдрому НДСТ у дітей з ХЗ у стадії компенсації і субкомпенсації при ВАТК.

Матеріал і методи. Ми обстежили 185 дітей віком від 4 до 15 років із ХЗ на тлі ВАТК (доліхосигма) у стадії компенсації (59 дітей) та субкомпенсації (66 дітей) та 60 клінічно здорових дітей, які склали контрольну групу. Гендерно-віковий розподіл обстежених дітей представлено в таблиці 1.

У всіх дітей, яких було включено до дослідження, ретельно аналізували скарги, анамнестичні дані. Об'єктивне обстеження проводили за загальноприйнятими методиками; при цьому особливу увагу приділяли виявленню та детальному вивченню зовнішніх мар-

керів синдрому НДСТ та стану товстої кишки.

Хронічний запор встановлювали при наявності у дитини впродовж 3 місяців двох та більше його ознак, прийнятих на присвяченому проблемі запору у дітей консенсусі у Парижі в 2004 році [10]:

- частота дефекацій рідше трьох разів на тиждень;
- більше одного епізоду нетримання калу за один тиждень;
- виявлення великого об'єму скупчення калу в прямій кишці при ректальному дослідженні або в сигмовидній кишці при пальпації живота;
- наявність великої фекальної маси, яка веде до ускладнення акту випорожнення;
- болюча дефекація.

Дітей із ХЗ на тлі доліхосигми було розподілено за стадією перебігу відповідно до загальноприйнятих характеристик [8, 10, 11, 12]: компенсована стадія – частота випорожнень складає 1 раз на 2–3 дні, характерним є відчуття неповного опорожнення кишечника, у половини хворих визначаються метеоризм та біль у животі, які зникають або посилюються після акту дефекації; субкомпенсована стадія – затримка дефекації протягом 3–5 діб, яка потребує прийому проносних препаратів або очисних клізм, часто турбують болі в животі, відзначається метеоризм, болюча дефекація, з'являються позакишкові прояви запорів.

Аналіз фенотипових ознак синдрому НДСТ ґрунтувався на їх якісному та кількісному обліку. Зовнішні фенотипові ознаки виявляли при об'єктивному огляді. Ступінь вираженості синдрому НДСТ визначали згідно з критеріями, складеними Т. Мілківською-Димитровою та співавт. (1997) і О.П. Волосовцем (2006) (таблиця 2).

Оцінку ступеня тяжкості НДСТ проводили за критеріями: I ступінь – максимальний (наявність 5 головних і 3 другорядних ознак), II ступінь – помірний (< 3–4 головних та 1–2 другорядних ознак), III ступінь – мінімальний (2 головні ознаки).

Таблиця 1

Гендерно-вікова характеристика обстежених дітей

| Діти з компенсованим запором (n=59) | | | | Діти з субкомпенсованим запором (n=66) | | | | Практично здорові діти (n=60) | | | | Усього (n=185) | | | |
|-------------------------------------|------|----------|------|--|------|----------|------|-------------------------------|------|----------|------|----------------|------|----------|------|
| дівчатка | | хлопчики | | дівчатка | | хлопчики | | дівчатка | | хлопчики | | дівчатка | | хлопчики | |
| абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| <i>4–7 років</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 10,2 | 7 | 11,9 | 8 | 12,1 | 17 | 25,8 | 7 | 11,7 | 10 | 16,7 | 21 | 11,3 | 34 | 18,4 |
| <i>8–11 років</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 16,9 | 18 | 30,5 | 9 | 13,6 | 22 | 30,3 | 10 | 16,7 | 18 | 30,0 | 29 | 15,7 | 56 | 30,3 |
| <i>12–15 років</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 13,6 | 10 | 16,9 | 5 | 7,6 | 7 | 10,6 | 9 | 15,0 | 6 | 10,0 | 22 | 11,9 | 23 | 12,4 |
| <i>всього</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | 40,7 | 35 | 59,3 | 22 | 33,3 | 44 | 66,7 | 26 | 43,3 | 34 | 56,7 | 72 | 38,9 | 113 | 61,1 |

Критерії ступеня тяжкості дисплазії сполучної тканини

| Головні ознаки | Другорядні ознаки |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Страбизм (косоокість) 2. Катаракта 3. Аномалії рефракції 4. Різка асиметрія обличчя 5. Високе піднебіння 6. Диспластичний ріст зубів 7. Скривлення носової перегородки 8. Мікроцефалія 9. Гідроцефальна форма черепа 10. Диспластична форма черепа 11. Гіперрозтяжність шкіри 12. Діастаз прямих м'язів живота 13. Грижі 14. Кілеподібна грудна клітка 15. Воронкоподібна грудна клітка 16. Грудний нареберний дизостоз 17. Синостоз (зрощення) ребер 18. Гіпермобільність суглобів 19. Х-подібні нижні кінцівки 20. О-подібні нижні кінцівки 21. Клишоногість 22. Сколіоз 23. Лордоз 24. Кіфоз 25. Брахідактилія 26. Арахнодактилія 27. Плоскостопість 28. Укорочення пальців ніг 29. Накладення один на одного 1-го та 2-го пальців стопи 30. Високорослість | <ol style="list-style-type: none"> 1. Розширене перенісся 2. Аномальна форма вушних раковин 3. Епікант 4. Макрофтальм 5. Голубі склери 6. Антимонголоїдний розріз очей 7. Екзофтальм 8. Коротка верхня губа 9. Хоботоподібна форма губ 10. Велика вуздечка язика 11. Коротка вуздечка язика 12. Коротка шия 13. Крилоподібні шкірні складки шиї 14. Широке пупочне кільце 15. Крипторхізм 16. Гіпоплазія (аплазія) груднини 17. Гіпоплазія (аплазія) ребер 18. Гіпоплазія (аплазія) грудних м'язів 19. Артрити 20. Сколіотична постава 21. Збільшення шкірних міжпальцевих складок 22. Поперечна борозна на долонях 23. Вагусна девіація мізинця 24. Збільшення мізинця 25. Непропорційно довгі пальці 26. Парціальне вкорочення 1-го пальця рук 27. Сандалеподібна щілина 28. Розширення проміжків між пальцями ніг 29. Тенденція до синдактилії 2–3-го пальців ніг 30. Скривлення 5-го пальця ноги 31. Вивихи та підвивихи суглобів 32. Гіпертелоризм сосків молочних залоз |

Для оцінки фізичного розвитку дитини та гармонійності фізичного розвитку застосовували центильні таблиці, а також спеціальні розрахункові коефіцієнти. За допомогою індекса Варги визначали дефіцит маси тіла: індекс Варги = (маса тіла (г) / зріст (см)²) – (вік (у роках) / 100). При коефіцієнті 1,7–1,5 у дитини є помірне зниження маси тіла. При індексі 1,5 та нижче відзначається виражене зниження маси тіла. Розрахунок індекса Вервека відображав зміну довжини тіла у пацієнта: індекс Вервека = довжина тіла (см) / 2 x (маса тіла (кг) + окружність грудей (см)). Показники індекса більше 1,35 відображають виражену доліхоморфію, 1,35–1,25 – помірну, 1,25–0,85 – гармонічний розвиток, 0,85–0,75 – помірну брахіморфію, а 0,75 та нижче – виражену брахіморфію.

Деформацію грудної клітки визначали за формою (воронкоподібна, кілеподібна, плоска). Діагностика патології хребта проводилася при огляді згідно з критеріями, розробленими А.А. Путіловою та А.Т. Ліхвар (1975). Деформацію хребта за зовнішніми проявами підрозділяли на сколіоз – при порушенні постави у фронтальній площині; лордоз або кіфоз – у разі порушення постави в сагітальній площині; кіфосколіоз, лордосколіоз – при комбінованому порушенні постави.

Для виявлення гіпермобільності суглобів використовували критерії С. Carter, J. Wilkinson в модифікації Р. Beighton (1973):

- можливість пасивного приведення великого пальця до передпліччя;
 - перерозгинання мізинця на кут, що перевищує 90 градусів при горизонтальному розташуванні передпліччя;
 - перерозгинання в ліктьових суглобах на кут, що перевищує 10 градусів;
 - перерозгинання в колінних суглобах, що також більше 10 градусів;
 - можливість торкання долонями підлоги при нахилі тулуба вперед з випрямленими колінами.
- Перші 4 симптоми є парними, п'ятий – непарним. За наявності кожної з ознак присвоюється 1 бал. Максимальна оцінка складає 9 балів.

Для градації виразності суглобової гіпермобільності використовували наступні критерії (Є.М. Співак, 2003):

- відсутність гіпермобільності суглобів – 0–2 бали;
- легка гіпермобільність суглобів – 3–4 бали;
- виражена гіпермобільність суглобів – 5–8 балів;
- генералізована гіпермобільність суглобів – 9 балів.

Гіперрозтягненість шкіри визначали при можливості безболісного відтягування шкіри на 2–3 см на тилу кисті, лобі, біля зовнішнього кінця ключиці. «Млявою» вважали шкіру при зниженні або відсутності природної пружності й еластичності, «тонкою» шкірою, «що просвічується» – при наявності видимої судинної сітки на грудях, спині, кінцівках. Ознакою неповноцінності колагену розглядали келоїдні рубці. Також візуально

оцінювали велику кількість родимок на тілі пацієнта. Арахнодактилію визначали за допомогою скринінг-тесту «великого пальця». Великий палець легко укладався поперек долоні і в цьому положенні виступав за її ульнарний край або «тесту загіястка»: пацієнт легко охоплював загіястя мізинцем та великим пальцем. Діастаз прямих м'язів живота та слабкість м'язів передньої черевної стінки оцінювали клінічно [2, 9].

Об'єктивний огляд з систем органів проводили за загальноприйнятими методиками. Усім дітям з ХЗ проводили іригоскопію для виявлення ВАТК. Наявність доліхосигми у пацієнта встановлювали, якщо сигмовидна кишка утворювала від 2 до 5 додаткових петель. Усім пацієнтам проводили УЗД черевної порожнини.

Для підтвердження діагнозу НДСТ оцінювали стан метаболізму структурних компонентів сполучної тканини. Особливості метаболізму сполучної тканини визначали за вмістом вільного оксипроліну (ОП) в сироватці крові за методикою R.E. Neuman і M.A. Logan в модифікації П.М. Шарєва (2003) [13].

Результати та їх обговорення. Встановлено, що у всіх обстежених дітей із ХЗ на тлі ВАТК, незалежно від статі й віку, визначались численні стигми дизембіогенезу. Усіх дітей було проконсультовано лікарем-генетиком для виключення диференційованого синдрому дисплазії сполучної тканини.

Використання центильних таблиць дозволило встановити дисгармонійний розвиток з перевагою росту над масою тіла у 14 (28,0 ± 6,3%)

дітей з компенсованим ХЗ. У групі пацієнтів з субкомпенсованим ХЗ такі зміни виявлено у 28 (46,7 ± 6,4%) дітей. У контрольній групі всі діти мали гармонійний розвиток.

При вивченні індексу Варги виявлено помірний дефіцит маси тіла у 10 (16,95%) дітей з компенсованим ХЗ та у 13 (19,69%) із субкомпенсованим ХЗ; виражений дефіцит маси тіла діагностовано у 8 (13,56%) та у 17 (25,76%) пацієнтів відповідно. При оцінці індексу Вервека помірну доліхоморфію виявлено у 7 (11,86%) дітей з компенсованим ХЗ та у 13 (19,70%) з субкомпенсованим ХЗ, а виражену доліхоморфію – у 5 (8,47%) та у 18 (27,28%) пацієнтів відповідно.

Частота зовнішніх стигм дизембіогенезу синдрому НДСТ, які найбільш часто, у нашому дослідженні, супроводжували ВАТК у дітей, представлено в таблиці 3.

Так, найбільш поширеними за частотою проявами синдрому НДСТ серед пацієнтів з ХЗ на тлі ВАТК були зміни з боку кісткової системи у вигляді сколіозу – у 94 (75,2%) дітей. У групі з субкомпенсованим ХЗ деформацію хребта виявляли частіше ($p < 0,001$). Воронкоподібну деформацію грудної клітки виявили у 38 (30,40%) дітей з ХЗ при ВАТК, при цьому зміну форми грудної клітки частіше ($p < 0,001$) виявляли серед пацієнтів з ВАТК при ХЗ у стадії субкомпенсації – 42 (63,64%) дітей.

Для дітей з ХЗ на тлі ВАТК характерними були зміни з боку кінцівок – арахнодактилія та гіпермобільність суглобів. Арахнодактилію виявлено у 38 (30,40%) обстежених пацієнтів: у 14 (23,72%) з компенсованим ХЗ та у 24 (36,36%) з субкомпен-

Таблиця 3

Частота зовнішніх стигм синдрому НДСТ у дітей з хронічним запором при вродженій аномалії товстої кишки

| Показник | Група контролю (n=60) | | Діти з компенсованою стадією (n=59) | | Діти з субкомпенсованою стадією (n=66) | |
|------------------------------|-----------------------|-------|-------------------------------------|-------|--|-------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Сколіоз | 11 | 18,33 | 35 | 59,32 | 59 | 89,40 |
| Кіфоз | 2 | 3,33 | 4 | 6,78 | 40 | 60,61 |
| Лордоз | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 21,21 |
| Воронкоподібна грудна клітка | 0 | 0 | 6 | 10,17 | 32 | 48,48 |
| Плоска грудна клітка | 1 | 1,67 | 7 | 11,86 | 7 | 10,61 |
| Кілеподібна грудна клітка | 0 | 0 | 1 | 1,69 | 3 | 4,55 |
| Шкірні прояви | 2 | 3,33 | 15 | 25,42 | 37 | 56,06 |
| Арахнодактилія | 0 | 0 | 14 | 23,72 | 24 | 36,36 |
| Гіпермобільність суглобів | 0 | 0 | 10 | 16,95 | 25 | 37,88 |
| Кили | 4 | 6,67 | 14 | 23,73 | 22 | 33,33 |
| Плоскостопість | 5 | 8,33 | 7 | 11,86 | 16 | 24,24 |
| Діастаз прямих м'язів живота | 3 | 5,0 | 18 | 30,51 | 37 | 56,06 |
| Кількість стигм | 2,3 ± 0,2 | | 6,2 ± 0,2 | | 7,3 ± 0,1 | |

Таблиця 4

Ступінь тяжкості недиференційованої дисплазії сполучної тканини у дітей із хронічними запорами

| Ступінь тяжкості | Діти з компенсованим запором (n=59) | | Діти з субкомпенсованим запором (n=66) | | Практично здорові діти (n=60) | | Усього (n=185) | |
|------------------|-------------------------------------|------|--|------|-------------------------------|------|----------------|------|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| У межах норми | - | - | - | - | 49 | 81,7 | 49 | 26,5 |
| I ступінь | 20 | 33,9 | 47 | 71,2 | - | - | 19 | 10,3 |
| II ступінь | 25 | 42,4 | 19 | 28,9 | - | - | 72 | 38,9 |
| III ступінь | 14 | 23,7 | - | - | 11 | 18,3 | 45 | 24,3 |
| Усього | 59 | 100 | 66 | 100 | 60 | 100 | 185 | 100 |

сованим ХЗ. Гіпермобільність суглобів встановлено у 35 (28,0%) дітей, що зустрічалась достовірно частіше ($p < 0,05$) серед пацієнтів з субкомпенсованою стадією перебігу запору. При цьому в дітей з ХЗ у стадії компенсації виявлено легку гіпермобільність суглобів, в основному в суглобах верхніх кінцівок. Крім того, для обстежених дітей був характерним слабкий розвиток м'язової системи. Так, у 55 (44,0%) пацієнтів із ВАТК виявлено діастаз прямих м'язів живота, а 36 (28,80%) дітей мали в анамнезі або були прооперовані з приводу пупкових або пахових кил. При цьому діастаз прямих м'язів живота виявлявся вірогідно частіше ($p < 0,05$) серед пацієнтів з ВАТК при субкомпенсованому ХЗ. Диспластичні зміни у пацієнтів з ХЗ торкалися і шкіри. При цьому шкірні стигми НДСТ достовірно частіше ($p < 0,001$) виявляли серед пацієнтів з ВАТК при ХЗ у стадії субкомпенсації – 37 (56,06%) дітей.

Слід відмітити, що при нашому дослідженні виявлено зростання кількості стигм дизембріогенезу по мірі трансформації стадій перебігу ХЗ з компенсації в субкомпенсацію: від 6,1 у дітей з компенсованим перебігом до 7,6 стигм – у пацієнтів з субкомпенсованим перебігом захворювання.

За кількісною оцінкою головних та другорядних стигм дизембріогенезу ми визначили ступінь тяжкості НДСТ у дітей із ХЗ на тлі ВАТК (таблиця 4).

При цьому для дітей з ХЗ у стадії субкомпенсації був характерним максимальний ступінь виразності синдрому НДСТ, який виявлено у 47 (71,2%) дітей; помірний ступінь синдрому встановлено у 19 (28,9%) пацієнтів цієї групи. Серед пацієнтів з компенсованим ХЗ – у 25 (42,4%) виявлено помірний ступінь та у 20 (33,9%) – максимальний ступінь синдрому НДСТ (див.рис.).

Для об'єктивного підтвердження порушень обміну сполучної тканини у пацієнтів з ХЗ було вивчено вміст вільного оксипроліну в сироватці

крові – індикатора спрямованості обміну колагену (таблиця 5).

У досліджуваних групах рівень вільного оксипроліну в сироватці крові значно перевищував норму (1,42 мкг/мл). У дітей, що мали фенотипові ознаки дисплазії сполучної тканини, спостерігалося перевищення нормальних показників вільного оксипроліну в 2,5–3 рази. У дітей із субкомпенсованим перебігом ХЗ рівень вільного оксипроліну достовірно ($p < 0,05$) перевищував такий у дітей із компенсованим перебігом. При вивченні концентрації вільного оксипроліну в сироватці крові у пацієнтів з ХЗ на тлі ВАТК було встановлено, що кількість оксипроліну сироватки крові зростає із зростанням ступеня НДСТ та залежить від стадії перебігу ХЗ (таблиця 6).

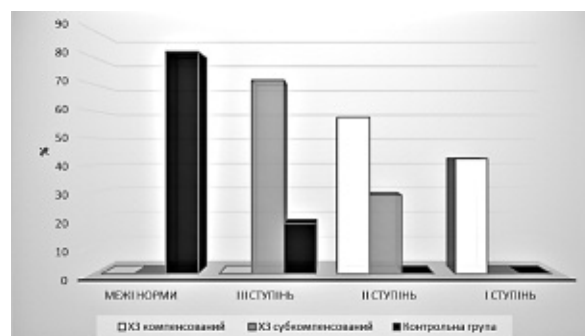


Рис. Ступінь тяжкості дисплазії сполучної тканини у дітей із хронічними запорами на тлі доліхосигми.

Висновки.

1. Результати проведеного комплексного клініко-лабораторного та інструментального обстеження свідчать про значну частоту недиференційованої дисплазії сполучної тканини серед дітей із ХЗ на тлі ВАТК (доліхосигми).

2. Найбільш поширеними фенотиповими проявами синдрому НДСТ у дітей із ХЗ на тлі ВАТК є деформація хребта у вигляді сколіозу, кіфосколіозу в поєднанні з воронкоподібною деформацією

Таблиця 5

Рівень вільного оксипроліну в сироватці крові хворих із хронічними запорами, (мкг/мл)

| Діти з компенсованим запором | Діти з субкомпенсованим запором | Практично здорові діти |
|------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| 3,68 ± 0,06*/** | 4,39 ± 0,28*/** | 1,41 ± 0,34 |

Примітка: * – $p < 0,05$ порівняно з показниками хворих і практично здорових дітей,

** – $p < 0,01$ порівняно з показниками хворих із компенсованим та субкомпенсованим перебігом.

Рівень вільного оксипроліну в сироватці крові (мкг/мл) у хворих із хронічними запорами залежно від ступеня тяжкості недиференційованої дисплазії сполучної тканини

| Ступінь НДСТ | Діти з компенсованим запором | Діти з субкомпенсованим запором | Практично здорові діти |
|--|------------------------------|---------------------------------|------------------------|
| Мінімальний ступінь НДСТ (III ступінь) | 2,48 ± 0,41*/** | 2,68 ± 0,19*/** | 1,51 ± 0,34 |
| Помірний ступінь НДСТ (II ступінь) | 2,62 ± 0,09*/** | 3,89 ± 0,06*/** | |
| Максимальний ступінь НДСТ (I ступінь) | 2,98 ± 0,30*/** | 4,32 ± 0,39*/** | |

Примітка: * – $p < 0,01$ порівняно з показниками хворих і практично здорових дітей,

** – $p < 0,01$ порівняно з показниками хворих із компенсованим та субкомпенсованим перебігом.

грудної клітки, наявність гіпереластичної або млявої шкіри з судинною сіткою, ділянок де- або гіперпигментації та келоїдних рубців. Ці зовнішні стигми НДСТ достовірно частіше ($p < 0,05$) реєструють у дітей з ХЗ у стадії субкомпенсації.

3. Виявлення поєднання стигм синдрому НДСТ, характерних для дітей з ХЗ, сприятиме покращенню діагностики ВАТК як причини розвитку ХЗ, даватиме можливість прогнозування тяжкості клінічного перебігу ХЗ у пацієнтів на ранніх етапах розвитку клінічних проявів.

4. У дітей із ХЗ на тлі ВАТК виявлено підвищення рівня вільного оксипроліну в сироватці крові, який відображає прогресування стадії перебігу патологічного процесу. При субкомпенсованій стадії перебігу рівень вільного оксипроліну в 2,5 рази вищий за такий при компенсованій стадії перебігу, що може використовуватись як діагностичний маркер прогресування патологічного процесу в товстій кишці.

Список літератури

1. Демин В.Ф. Значение соединительнотканых дисплазий в патологии детского возраста. / В.Ф. Демин, С.О. Ключников, М.А. Ключникова // Вопросы современной педиатрии. – 2005. – Т. 4. – №1 – С. 50–56.
2. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (классификация, диагностика, лечение и диспансеризация) / Т.И. Кадурина. – СПб.: Невский диалект, 2000. – 271 с.
3. Киргизов И.В. Морфологические предпосылки формирования хронических запоров у детей / И.В. Киргизов, А.М. Сухоруков, И.С. Горбунов // Детская хирургия. – 2001. – № 2. – С. 39–42.
4. Клеменов А.В. Внекардиальные проявления дисплазии соединительной ткани при пролапсе митрального клапана // Российский кардиологический журнал. – 2004. – №1 (45). – С. 87–89.
5. Ленюшкин А.И. Хирургическая колопроктология детского возраста. – М.: Медицина, 1999. – 366 с.
6. Осипенко М.Ф. Мега- и долихоколон: клинические проявления, факторы риска, патогенез, диагностика // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005 – Т. 15. – №4 – С. 74–81.
7. Осипенко М.Ф. Синдром дисплазии соединительной ткани и синдром раздраженного кишечника / М.Ф. Осипенко, Н.Н. Фролова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006. – Т. 16. – №1 – С. 54–60.
8. Сичинава И.В. Запоры у детей / И.В. Сичинава, А.В. Горелов // Детский доктор. – 2001. – № 4. – С. 40–44.
9. Спивак Е.М. Синдром гипермобильности суставов у детей и подростков / Е.М. Спивак. – Ярославль, 2003. – 126 с.
10. Хавкин А.И. Хронические запоры у детей / Хавкин А.И., Жихарева Н.С., Рачкова Н.С. // Лечащий врач. – 2003. – №5. – С. 42–44.
11. Хавкин А.И. Применение осмотических слабительных у детей / А.И. Хавкин, М.Л. Бабаян // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т.7. – №3. – С. 99–102.
12. Цимбалова Е.Г. Хронические запоры у детей / Е.Г. Цимбалова, А.С. Потапов, К.Н. Баранов // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – Т.1. – №6. – С. 56–61.
13. Шараев П.Н. Методы лабораторного исследования показателей обмена коллагена в биологических жидкостях: Информационное письмо для врачей клинической лабораторной диагностики / П.Н. Шараев, В.Г. Иванов, А.Л. Гаврилов и др. – Ижевск, 2003. – 19 с.
14. Шумов Н.Д. Алгоритм дифференциальной диагностики хронических запоров у детей / Н.Д. Шумов, А.В. Бородачев, А.Л. Ионов [и др.] // Детская хирургия. – 2006. – №1. – С. 9–11.
15. Belsey Greenfield S. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children / S. Belsey Greenfield, D. Candy et al. // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2010. – V.31. – №9. – P. 938–949.
16. Benninga M.A. Childhood constipation: is there new light in the tunnel? / M.A. Benninga, W.P. Voskuil, J.A. Taminiau // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2004. – V.39. – №5. – P. 448–464.

Г.Б. Боднар

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

Резюме. В статье представлены результаты комплексного клинического и лабораторного обследования детей с хроническими запорами на фоне врожденной аномалии толстой кишки.

Ключевые слова: запоры, дети, долихосигма, дисплазия соединительной ткани.

G. Bodnar

CLINICAL AND FUNCTIONAL SIGNIFICANCE UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA AND ITS INFLUENCE ON THE COURSE OF CHRONIC CONSTIPATION IN CHILDREN

Summary. The article presents the results of clinical and laboratory examinations of children with chronic constipation to congenital abnormalities of the colon.

Key words: constipation, children dolichosigmoid, connective tissue dysplasia.

Матеріал надійшов до редакції 15.02.2013