

да, кардіотокографічні та доплерометричні дослідження, а також визначення вмісту основних ендокринологічних показників.

Динаміка фетометричних змін є дуже цінним інформативним тестом в оцінці стану фетоплацентарного комплексу. З цілої низки таких показників ми вважали за доцільне вивчити чотири: розміри голівки плода (біпарієтальний, лобно-потилічний, периметр та площу); діаметр живота, три розміри грудної клітки (поперечний, передньо-задній та серединний), а також середню довжину трубчастих кісток (стегнової, плечової, ліктьової та променевої; великої та малої гомілкової).

Резюмуючи результати динамічних біометричних досліджень, необхідно відмітити той факт, що наявність рубця на матці є суттєвим фактором ризику розвитку фетоплацентарної недостатності з затримкою внутрішньоутробного розвитку плода, причому за асиметричним варіантом (вірогідне зниження всіх розмірів, що вивчаються). Крім того, необхідно відмітити недостатню ефективність використовуваних лікувально-профілактичних методик щодо ведення жінок з рубцем на матці, що, безумовно, вказує на необхідність їх удосконалення.

Особливий інтерес являють

доплерометричні дані, одержані в динаміці вагітності. Отже, як показали результати доплерометричних досліджень, проведених з урахуванням факторів ризику, однією з головних причин розвитку фетоплацентарної недостатності у вагітних з рубцем на матці є перенесені після першої операції гнійно-запальні ускладнення або порушення контрактильної здатності матки. Даний факт має, безумовно, велике прогностичне значення, а також вказує на необхідність удосконалення лікувально-профілактичних заходів, які існують.

Для повної оцінки функціонального стану фетоплацентарного комплексу ми вважали за доцільне проведення ендокринологічних досліджень. Встановлені зміни ендокринологічного статусу свідчать про те, що у вагітних з рубцем на матці виявляється виражена фетоплацентарна недостатність із гіпофункцією плаценти як органа ендокринної системи. Характерною особливістю є той факт, що гіпоестрогенія проявляється вже в 28 тиж вагітності, тимчасом як ехографічні та доплерометричні зміни тільки з 32–33 тиж. Це вказує, на нашу думку, на необхідність комплексної корекції фетоплацентарної недостатності в цій групі хворих уже після 20 тиж, тобто після фор-

мування фетоплацентарного комплексу.

Висновки

Таким чином, як свідчать дані нашої наукової роботи, наявність рубця на матці є суттєвим фактором ризику розвитку фетоплацентарної недостатності. Особливо це виражено у випадку перенесених після першої операції гнійно-запальних ускладнень та порушень контрактильної здатності матки. Використовувані в наш час лікувально-профілактичні заходи при високому ризику розвитку фетоплацентарної недостатності у жінок з рубцем на матці є недостатньо ефективними. Це диктує необхідність удосконалення лікувально-профілактичної методики.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В. В., Ланцев Е. А.* Кесарево сечение. — СПб.: Всеосоюз. молодеж. кн. центр. Фил. «Васильевский остров», 1999. — 147 с.
2. *Бейлин А. Л., Кретова Н. Е., Каллаева П. А.* Кесарево сечение при миоме матки // Вопросы охраны материнства и детства. — 1990. — № 4. — С. 55-58.
3. *Кулаков В. И., Шмаков Г. С.* Миомэктомия и беременность. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — 344 с.
4. *Babknia A., Rock, J. A., Jones H. W.* Pregnancy success following abdominal myomectomy for infertility // Fertil. and Steril. — 1998. — Vol. 30, N 6. — P. 644.

УДК 616.348/.351-089.87:616.34-089.844]-084:614.253.83

Ф. І. Гюльмамедов, О. І. Міміношвілі, П. Ф. Гюльмамедов,
О. П. Кухто, Г. К. Кухто, О. М. Нестеренко, Г. Є. Полунін

ПРОФІЛАКТИКА ЯТРОГЕННИХ УШКОДЖЕНЬ ПРИ ВІДНОВЛЕННІ КИШКОВОЇ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ГАРТМАНА

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Проблема медичної і соціальної реабілітації хворих із колостою, незважаючи на її вивчення протягом багатьох років, залишається надзвичайно

актуальною і сьогодні [1; 2]. Найважливішим аспектом цієї проблеми в сучасній колопроктології є відновлення кишкової безперервності після операцій,

що закінчуються виведенням одностовбурної колостоми.

Особливості виконання реконструктивно-відновних операцій (РВО) після операції



Гартмана (ОГ) полягають у складності анатомічного поділу органів малого таза і формування «майданчика» для створення анастомозу при короткій куксі прямої кишки (ПК) і вираженому спайковому процесі у малому тазі [3; 4]. Саме при мобілізації кукси ПК і виникають максимальні утруднення, що нерідко призводить до ятрогенного ушкодження сечового міхура, тонкої кишки, які звичайно щільно фіксуються до кукси ПК, частіше до її верхівки. Не менш важливою проблемою залишається профілактика ушкоджень вен пресакрального сплетення.

Ятрогенні ускладнення, що виникають внаслідок мобілізації короткої кукси ПК, впливають на результат операції і значно подовжують терміни реабілітації хворих, а також можуть служити причиною тяжких післяопераційних ускладнень і, нерідко, летального кінця. Якщо врахувати, що більша частина хворих з колостомою — це люди працездатного віку, то стає очевидним і економічний збиток унаслідок тривалої непрацездатності пацієнтів.

На результати РВО у хворих з одностовбурною колостомою впливає відповідність обраного хірургом способу відновлення (особливо тактики мобілізації кукси ПК) і зміненого топографо-анатомічного співвідношення між органами, що виникає після ОГ [5–7]. Для розв'язання даної проблеми деякі автори пропонують вводити в куксу ПК ректоскоп із джерелом світла, аби полегшити пошук верхівки кукси ПК, яка найчастіше буває просто впаєна в конгломерат кишкових петель і великого сальника. Інші пропонують при виконанні ОГ фіксувати куксу у певному положенні до промонторія.

Мета нашого дослідження — зменшення кількості ятрогенних ушкоджень органів малого таза. Для досягнення цієї мети було поставлено завдання — впровадити й оцінити

ефективність нового способу мобілізації кукси ПК.

Для профілактики ятрогенного ушкодження сечового міхура і вен пресакрального сплетення нами запропоновано спосіб відновлення кишкової безперервності [8], що полягає в такому: після лапаротомії проводять ревізію черевної порожнини, видаляють з передньої черевної стінки стомовану кишку, формують трансплантат з ободової кишки (ОК), достатній для зведення за анальний канал і з адекватним кровопостачанням. Мобілізують ПК через розріз, що облямовує сфінктер по задньому півколу, відокремлюючи прилеглу стінку зі збереженням живильних судин до її верхівки і нижньої поверхні тазового листка очеревини. Тупо і шляхом гідравлічного препарування відокремлюють фіксовану до кукси стінку сечового міхура, а розріз тазового листка очеревини з боку черевної порожнини виконують під контролем руки хірурга та введеного в куксу ПК металевого зонда, формують «майданчик» на куксі ПК, достатній за розмірами для зведення ОК і формування безшовного анастомозу. Після цього трансплантат з мобільного відділу ОК зводиться на проміжну і фіксується до періанальної шкіри.

Нами проаналізовано результати РВО у 37 хворих, в яких довжина кукси становила від 7 до 10 см і відновлення виконано шляхом зведення ОК за анальний канал. Усіх хворих було розподілено на 2 групи; контрольну групу склали пацієнти, в яких куксу було мобілізовано з боку черевної порожнини (30 осіб), досліджувану групу — хворі, яким було виконано мобілізацію кукси ПК запропонованим способом (7 осіб).

Усіх хворих перед виконанням РВО обстежено. Крім загальноклінічних обстежень, виконували: колоректографію, ендоскопічне обстеження від-

ключених відділів ТК із біопсією і морфологічним вивченням. За показаннями вивчався стан функціонуючих відділів ТК. До плану обстеження включалося ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і комп'ютерна томографія для діагностики «холодних абсцесів» (частіше навколо лігатур, в апікальних відділах кукси) і пролонгації пухлинного процесу. Діагностична цінність цих методів — близько 80 %. Ендоскопічне обстеження відключених відділів поряд з біопсією дозволило виявити в терміні від 2 міс прогресуюче наростання атрофічних, а за наявності запалення і рубцевих змін. Колоректографія ефективно уточнює зміни топографо-анатомічних взаємовідношень у черевній порожнині і порожнині малого таза. Такий обсяг обстеження разом з аналізом післяопераційних ускладнень на попередніх етапах дозволяє прогнозувати інтраопераційні умови РВО [1; 4; 6].

Інтервал часу, що минув з моменту радикальної операції (1-й етап хірургічного лікування) до відновної операції (2-й етап хірургічного лікування) становив від 5 міс до 12 років. Причини такого розкиду:

- 1) відмовлення хворого від повторних втручань (12 %);
- 2) наявність супровідних захворювань (23 %), у подальшому досягнуто компенсованого стану;
- 3) сімейні обставини — (65 %).

У 4 пацієнтів контрольної групи, яким здійснювалася мобілізація кукси ПК з боку черевної порожнини, було виконано розтин просвіту сечового міхура. Дефект зашито, у сечовий міхур уведено катетер Фоллея, в усіх випадках відбулося одужання.

У 12 спостереженнях, внаслідок неспроможності кукси ПК до спайкового процесу долучився сечовий міхур (4 випадки — основна група, 8 випадків — контрольна група), у



2 хворих контрольної групи розвинулися рубцево-атрофічні зміни в куксі, під час мобілізації якої і було розітнуто просвіт сечового міхура. У 7 хворих контрольної групи при мобілізації кукси розітнуто абсцес між куксою ПК і тілом матки, виконано санацію абсцесу в ході операції. Завдяки антибіотикопрофілактиці запобігли генералізації інфекції в черевній порожнині. У 2 хворих контрольної групи трапилася кровотеча з вен пресакрального сплетення, яку вдалося припинити зі значними технічними труднощами.

Внаслідок проведених досліджень з'ясовано, що в групі пацієнтів, яким куксу ПК було мобілізовано запропонованим способом, у жодному випадку не відзначалося ятрогенного ушкодження сечового міхура, а також пресакрального венозного сплетення.

Висновки

Застосування розробленого в клініці способу мобілізації кукси прямої кишки, а точніше, створення необхідного майданчика для зведення ободової кишки за анальний канал, дозволило знизити частоту ятрогенних ускладнень, і, насамперед, сечового міхура і вен пресакрального сплетення, отже, поліпшити безпосередні і віддалені результати РВО у хворих, які перенесли операцію Гартмана, а також скоротити терміни їх медичної і соціальної реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Воробьев Г. И., Рудин З. П. Жученко А. П. Восстановление непрерывности толстой кишки после операций Гартмана // Хирургия. — 1985. — № 2. — С. 54-57.
2. Яицкий Н. А., Васильев С. А. Реконструктивно-восстановительные операции при «короткой культе» прямой кишки // Труды Междунар. конф.

«Хирургия 2000». — М., 2000. — С. 400-401.

3. Рудин Э. П. Восстановление непрерывности толстой кишки у больных с колостомой // Хирургия. — 1984. — № 3. — С. 70-73.

4. *Reconstructive surgery of the colon* / J. S. Aldrete et al. // Amer. J. Surg. — 1998. — Vol. 171, N 6. — P. 1007-1014.

5. *Восстановительные операции на толстой кишке при многоэтапном хирургическом лечении ее повреждения* / Л. Г. Завгородний, Ф. И. Гюльмамедов, Г. К. Кухто и др. // Хирургия. — 1983. — № 3. — С. 87-91.

6. *Реконструктивные операции на толстой кишке* / В. И. Кукош, М. В. Кукош, Н. К. Разумовский, Н. С. Грекова / Труды Междунар. конф. «Хирургия 2000». — М., 2000. — С. 134-135.

7. *Ackland T. N. The closure of colostomy opening* // Austr. and New Zealand J. Surg. — 1994. — N 16. — P. 125-141.

8. *Спосіб відновлення кишкової безперервності після операції Гартмана* / Ф. І. Гюльмамедов, О. М. Белозерцев, Г. Є. Полунін та ін. // Декларативний патент на винахід 51068 А А61В17/00 від 15.11.2002 р. — Бюл. № 10.

УДК 618.17:616.155.392-053.2

Н. І. Кіцера¹, Г. Р. Акоюян¹, Р. С. Поліщук², Н. В. Гельнер¹

ОСОБЛИВОСТІ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У МАТЕРІВ ДІТЕЙ З ГОСТРОЮ ЛІМФОБЛАСТНОЮ ЛЕЙКЕМІЄЮ

¹Інститут спадкової патології АМН України, Львів,

²Львівська обласна дитяча спеціалізована клінічна лікарня

Одним із важливих напрямків сучасної онкології є вивчення спектра етіологічних чинників, які сприяють виникненню пухлинного процесу та визначають характер його перебігу [1]. На даний час основна увага зосереджена на вивченні генетичних маркерів онкологічної патології, серед яких чималу роль відіграють генетичні дефекти програми контролю за стабільністю геному та репарації пошкоджень ДНК [2; 3]. Відомо, що дисбаланс геному часто поєднується з гормональним дисбалансом. У свою чергу, гормональний дисба-

ланс може призводити до хромосомної та геномної нестабільності та підвищувати ризик малігнізації тканин [4]. Генетична програма контролю за стабільністю геному запобігає онкотрансформації клітин та розвитку пухлинних процесів [2; 3].

Факт виникнення у дитини лімфопроліферативного процесу вказує на певну генетичну схильність до дестабілізації геному, яка реалізується в порушеннях регуляції клітинного циклу, репарації ДНК та елімінації клітин з аномальним каріотипом. Зважаючи на відсутність аномалій фенотипу у дітей з

гострою лімфобластною лейкемією (ГЛЛ), ймовірно йдеться про гетерозиготне носійство гіпоморфних мутацій за певними генами, задіяними у даних програмах. Оскільки означені гени успадковуються від батьків, не виключено, що ті ж самі генетичні дефекти, які спричиняють схильність дитини до розвитку ГЛЛ, можуть негативно впливати на процеси дозрівання статевих клітин у матері.

Порушення менструальної функції мають складну природу і формуються за мультифакторним принципом [5; 6]. При

