

УДК 611.746.3.013

УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА СТРУКТУР ПАХВИННОГО КАНАЛУ В ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Ю.Т.Ахтемійчук, В.М.Георгіца, С.Є.Фокіна

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

З клінічної точки зору цінність ультразвукової діагностики пахвинної ділянки полягає у високій чутливості та специфічності методу при проведенні диференціальної діагностики пахвинних гриж з іншими патологічними утвореннями цієї ділянки. Сучасні ультразвукові апарати, які працюють з частотою від 7.5 до 10 МГц, дають змогу візуалізувати основні анатомічні структури пахвинної ділянки й отримати чітке уявлення про її анатомічну будову та патологічні процеси. При ультразвуковому дослідженні пахвинної ділянки у 30 дітей у віці від 1 до 6 місяців застосували певну послідовність у розміщенні датчика. На початку дослідження датчик у пахвинній ділянці розміщували паралельно пахвинній зв'язці так, щоб у центрі зображення були зовнішні клубові судини. Початковим положенням у дослідженні вважали розміщення датчика на 0.5-1 см вище і паралельно пахвинній зв'язці та перпендикулярно поверхні шкіри. При цьому оцінювали: а) вираженість пахвинної зв'язки, б) візуалізацію судин ділянки. Потім датчик, не відриваючи від поверхні шкіри, повільно схиляли у бік передньої поверхні стегна пацієнта так, щоб площина сканування перемістилася у краніальному напрямку. Продовжуючи переміщувати датчик, фіксували кут розгашування його до шкіри і обертали датчик до фронтальної осі для візуалізації задньої стінки пахвинного каналу. При поперечному скануванні великий сальник візуалізується як нерухоме гіпоехогенне утворення, а петля тонкої кишки має вигляд гіперехогенного зовнішнього кільця з гіперехогенним центром. При поздовжньому скануванні тонкої кишки видно складки слизової. При більш детальному огляді можна побачити перистальтику кишечника. Надалі датчик необхідно обертати так, щоб уявна вісь пахвинного каналу була перпендикулярна площині сканування. Датчик поступово переводили від лобкової ділянки в напрямку верхньої клубової ості. При цьому вдається отримати зріз нижніх країв внутрішнього косоного і поперечного м'язів живота. Така позиція огляду є високоінформативною з точки зору проведення диференціальної діагностики форми і параметрів патологічних утворень цієї ділянки. Завдяки даному методу можна визначити вираженість пахвинної зв'язки, нижнього краю внутрішнього косоного і поперечного м'язів живота та поперечної фасції. Вважаємо, що з появою сучасних техно-

логій можна ставити питання про діагностику початкових форм гриж, адже ультразвукова діагностика дає змогу чітко уявити стадію і характер пошкодження задньої стінки пахвинного каналу. На підставі цього можна планувати той чи інший оперативний прийом, вид шовного або пластичного матеріалу.

УДК 611.96

ПРОЕКЦИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА С ГЕОМЕТРИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

А.П.Бабуч, З.А.Зорина, С.С.Цуркану

*Университет медицины и фармации
им. П.Тестемицану, г. Кишинёв (Молдова)*

Среди факторов, определяющих рождение физически и психически здорового ребёнка, большое значение имеют форма и размеры малого таза (МТ). В различные периоды жизнедеятельности женщины эти параметры подвержены физиологическим изменениям. Немаловажную роль в модификации формы и размеров МТ играют питание, осанка, генетические факторы, вид профессиональной деятельности, различные тенденции в моде (обувь на высоком каблуке), тяжёлый физический труд, воздействие определённых мышечных структур на костную основу таза. Эти и другие факторы, изменяющие форму и размеры МТ и одновременно с этим определяющие топографию расположенных в МТ органов, послужило поводом для проведения ряда измерений с целью определения проекции органов МТ относительно полученных нами геометрических фигур в результате соединения различных костных ориентиров. У входа в МТ, в треугольнике, полученном при соединении срединной точки мыса с противоположными подвздошно-лобковыми возвышениями, проецируются ампула прямой кишки, матка с её связочным аппаратом и перешеек маточных труб. На уровне верхней апертуры МТ при соединении двумя параллельными линиями наиболее латеральных точек основания крестца с лобковыми бугорками образуется прямоугольник, в котором в заднепереднем направлении расположены прямая кишка, матка и мочевого пузыря, а также соответствующие карманы брюшины. Ромб, образующийся в результате соединения срединной точки мыса с наиболее отдалёнными точками поперечного размера входа в МТ, а последних – со срединной точкой лобкового симфиза, включает матку с придатками, их сосуды и нервы. В плоскости узкой части полости МТ при соединении седалищных остей между собой получаем основание треугольника, обращённого вершущой к середине крестцово-копчикового сустава. Срединная точка гипотенузы данного треугольника является проекционной точкой внутренне-го отверстия канала шейки матки.