

БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АНАТОМО-ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ
ДИТЯЧОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

МАТЕРІАЛИ

3-го НАУКОВОГО СИМПОЗИУМУ

За редакцією професора Ю.Т.Ахтемійчука

Чернівці, 2012

УДК 611.3+616.3]-053.2-089
ББК 28.86+54.13
А 64

**Анатомо-хірургічні аспекти дитячої гастроентерології: матеріали 3-го Наукового симпозиуму (Чернівці, 20 квітня 2012 р.) / за редакцією Ю.Т.Ахтемійчука. – Чернівці, 2012. – 216 с.
ISBN 978-966-697-422-1**

Матеріали симпозиуму присвячені актуальним питанням перинатальної анатомії органів травлення, теоретичним і практичним аспектам травної системи дитячого віку та педіатричної гастроентерології, а також пограничним питанням клінічної та експериментальної медицини. У збірнику вміщені статті та тези доповідей науковців Буковинського державного медичного університету, навчальних і наукових закладів України, а також Російської Федерації, Білорусі та Молдови.

Книга призначена для викладачів вищих медичних навчальних закладів, науковців, лікарів, молодих вчених та студентів.

Рецензенти:

заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор Б.М. Боднар (Чернівці);
доктор медичних наук, професор Г.Я. Костюк (Вінниця);
доктор медичних наук, професор В.С. Пикалюк (Сімферополь).

Видано за рішенням вченої ради Буковинського державного медичного університету від 22.03.2012 р. (протокол № 7).

ISBN 978-966-697-422-1

© Буковинський державний медичний університет, 2012

АНАТОМО-КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ

АНАТОМО-ТОПОГРАФІЧНІ ТА ОРГАНОМЕТРИЧНІ ПОКАЗНИКИ ШЛУНКА

Ю.Т.Ахтемійчук, В.О.Ольховський

Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці), Харківський національний медичний університет

Відомості наукової літератури про вікові зміни форми, розмірів і топографії шлунка (Шл) людини обмежені. За даними А.Антонеску [1], у новонароджених Шл має веретеноподібну форму. Дно Шл нерозвинене, а його велика кривина випнута наперед. В цей час воротарна частина Шл розвинута слабко, а печера воротаря відсутня. Найбільш значний ріст Шл та зміни його форми спостерігаються протягом першого року життя. До 10 місяців Шл набуває округлої форми, а до 1,5 років – грушоподібної. У міру росту Шл особливо збільшується його велика кривина, воротарна частина і дно [2, 3]. Форма Шл, властива людині зрілого віку, встановлюється до 7-10 років [4]. Шл новонароджених має довжину 5 см, ширину – 3 см. У 3-місячної дитини довжина Шл становить 6-7 см, ширина – 5-5,5 см. В однорічному віці довжина Шл становить 8-9 см, ширина 6-7 см; у 8 років – 14-18 та 8-10 см відповідно. Об'єм Шл новонародженого становить лише 7-10 мл, але швидко збільшується в перші дні життя: протягом першого дня подвоюється, за 3-й день збільшується в 4 рази, за 4-й – у 7 разів. На 10-й день об'єм Шл малюка досягає вже 80 мл, а до кінця першого місяця об'єм Шл сягає 90-150 мл. Надалі автори відмічають повільніше збільшення об'єму Шл: у 2-місячної дитини – 130-175 мл, у 4-місячної – 230-235 мл, у 8-місячної – 360-365 мл, у 12-місячної – 440-525 мл, у 4-річної – 810-820 мл, у 8-річної – 930-1020 мл. У 12 років об'єм Шл досягає 1,5 л [1, 4, 5]. Для порівняння, об'єм Шл людини зрілого віку становить від 1-1,5 до 2-3 л. Середній об'єм Шл людини зрілого віку більшість вчених вважає 1,5-2,5 л [5-7]. У чоловіків об'єм Шл трохи більший, ніж у жінок. Форма Шл непостійна і змінюється залежно від кількості вмісту, функціонального стану, положення тулуба, режиму харчування, стану прилеглих органів. У порожньому і нескороченому стані Шл має вигляд плоского мішка з передньою і задньою стінками, які стикаються між собою [8, 9]. Підкреслюється [6, 10], що в скороченому вигляді Шл має нерівномірну ковбасоподібну форму, а при зниженні тонусу він подовжується. Помічено, що під час процесу травлення Шл ділиться м'язами на розширену ліву частину і скорочену трубкоподібну

праву частину. Рентгенологічно у вертикальному положенні у верхній частині Шл визначається скупчення повітря, що заковтується з їжею («шлунковий міхур»). При зміні положення тіла газовий міхур переміщається в порожнині Шл, змінюючи його форму. В літературі наводяться значні індивідуальні варіанти форми Шл. На підставі рентгенанатомічних досліджень автори виділяють кілька форм Шл [10]. Довгий Шл у формі панчохи розташовується вертикально: нижній край його опускається до рівня ІV поперекового хребця; воротарна частина визначається по серединній лінії або вліво від неї, на рівні ІІ поперекового хребця. Підкреслюється, що така форма частіше спостерігається в людей з доліхоморфною статурою. Шл у формі гачка (форма Рідера) розташовується під дуже гострим кутом до хребта, його нижній край сягає рівня ІІІ поперекового хребця. В такому разі тіло Шл і воротарна частина утворюють майже прямий кут. Воротар Шл визначається на рівні І-ІІ поперекових хребців по серединній лінії або трохи вправо від неї. Така форма частіше трапляється в людей з доліхо- і мезоморфною статурою. Шл у формі рогу (форма Гольцкнехта) розміщений косо до хребта або поперечно, вище ніж при гачкоподібній формі; нижній край Шл досягає лише рівня ІІ поперекового хребця, а кут між тілом і воротарною частиною відсутній. При такій формі воротар Шл визначається праворуч від серединної лінії на рівні І поперекового хребця. Цю форму Шл поєднують із брахіморфною статурою людини [2]. Дані літератури про частоту наведених форм Шл суперечливі. Клінічні та морфологічні дослідження [2, 6-10] розмірів Шл показали, що вони залежать від його форми і ступеня наповнення. Так, за даними Д.Б.Бекова [2], гачкоподібна форма Шл трапляється в 90% здорових людей. Інші вчені [8, 9] повідомляють, що в здорових людей Шл у формі гачка виявляється в 80% (частіше в жінок), у формі рогу – у 20%. За даними А.І.Горбашка [6, 7], найчастіше (55%) трапляється Шл у формі рогу, рідше (36%) – гачкоподібної форми, дуже рідко (9%) – у формі панчохи. Особливо мінлива форма Шл в рентгеновському зображенні [8, 9]. Наприклад, Шл гачкоподібної форми при повторному дослідженні в того ж дня може мати вже форму рогу. Така мінливість форми Шл пояснюється розходженням між його тонусом і станом суміжних органів. Форма Шл може мінятися і в момент дослідження: на початку дослідження Шл іноді сприймається у формі рогу, а після прийому хворим повної порції контрастної речовини він набуває форми гачка. Останнє пов'язується з поворотами Шл при наповненні. Істотних статевих розбіжностей форми Шл не встановлено [6, 7, 10], проте деякі автори [9] зазначають, що в жінок частіше трапляється Шл у формі панчохи і гачка.

Література. 1. Антонеску А. Анатомия ребенка / Антонеску А.; пер. с рум. Э.Флореску. – Бухарест: Меридианэ, 1970. – 123 с. 2. Беков Д.Б. Индивидуальная анатомическая изменчивость органов, систем и формы тела человека / Беков Д.Б., Вовк Ю.Н., Ткаченко Д.А. – К.: Здоровье, 1989. – 240 с. 3. Тураходжаев С.А. Возрастные топографоанатомические особенности желудка у плодов, новорожденных, детей различного возраста и взрослых:

автореф. дисс. на соискание науч. степени к. мед. н. / С.А.Тураходжаев. – Ярославль, 1993. – 25 с. 4. Валькер Ф.И. Топографоанатомические особенности детского возраста / Валькер Ф.И. – М.-Л.: Медгиз, 1938. – 311 с. 5. Леонтьева Н.Н. Анатомия и физиология детского организма / Н.Н.Леонтьева, К.В.Маринова. – М.: Просвещение, 1986. – 287 с. 6. Горбашко А.И. Практическое значение топографии основных сосудов и нервов желудка при выполнении органосохраняющих операций / А.И.Горбашко, О.Х.Батчаев // Вестн. хирургии. – 1980. – № 2. – С. 28-34. 7. Горбашко А.И. Способ селективной проксимальной ваготомии / А.И.Горбашко, Н.Н.Иванов // Вестн. хирургии. – 1989. – № 10. – С. 112-115. 8. Шалимов А.А. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки / А.А.Шалимов, В.Ф.Саенко. – К.: Здоров'я, 1972. – 355 с. 9. Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта / А.А.Шалимов, В.Ф.Саенко. – К.: Здоров'я, 1987. – 566 с. 10. Максименков А.Н. Хирургическая анатомия живота / Максименков А.Н. – Л.: Медгиз, 1972. – 688 с.

АНОМАЛІ РОЗВИТКУ ТОВСТОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ

Л.М.Бабій, О.Є.Вітріченко, О.М.Сазонова, Є.В.Савицька

Харківський національний медичний університет, Харківська медична академія післядипломної освіти

Серед захворювань кишечника перше місце за частотою посідають запори. Частота цієї патології у дітей до року становить 17,6%, а в старшому віці – 10-25%. Одним з провідних етіологічних чинників є аномалії товстої кишки. Гіперплазія товстої кишки (гігантизм товстої кишки природжений) – розширення і подовження товстої кишки. Розрізняють декілька варіантів. Доліхосигма – природжене подовження сигмоподібної ободової кишки (СОК). У новонароджених вона має довгу брижу, її петлі можуть розташовуватися в різних ділянках живота. В перші роки життя СОК розташовується високо, після 5 років вона дедалі більше опускається в порожнину таза. Брижа в постнатальному періоді відносно коротшає і СОК стає більше фіксованою. Як правило, вона утворює 2-3 і більше додаткових петель (синдроми двостволки, тристволки). Мегадоліхосигма (доліхомегасигма) – подовження СОК з розширенням, що досягає у дітей 10-20 см, і потовщенням стінки. Доліхоколон – подовження товстої кишки за рахунок надмірного зростання в довжину поперечної ободової кишки, низхідної і сигмоподібної ободових кишок без її розширення. Мегадоліхоколон – подовження супроводжується рівномірним розширенням просвіту товстої кишки, гіпертрофією її стінки та відсутністю гаустр. Мета дослідження – вивчення частоти доліхосигми за наявності запорів. Під нашим наглядом перебувало 47 дітей дошкільного і молодшого шкільного віку з хронічним запором, госпіталізованих в гастроентерологічне відділення ХМДКЛ № 19. Із загального числа обстежуваних у 32 рентгенологічно була діагностована

Ринжук Л.В., Нікіфор Л.В., Макаренко Г.М., Рак Л.М., Гресько М.Д. Позаматкова вагітність: клінічний випадок родорозршення 34-тижневої черевної вагітності.....	47
Рябий С.І., Гайдич Л.І. Структурна організація м'язових замикачів спільної жовчної протоки в перинатальному періоді онтогенезу.....	50
Слободян О.М. Спосіб визначення критеріїв оцінки перинатального розвитку дванадцятипалої кишки.....	50
Слободян О.М., Калинчук А.І. Анатомічне дослідження привушно-жувальної ділянки у плодів.....	51
Смірнова Т.В. Розвиток сльозового апарату людини на 7-9 тижнях гестації.....	52
Хмара Т.В., Стрижаковська Л.О. Мікроскопічна анатомія губчастої частини сечівника і залоз Літтре у плодів людини.....	52
Цигикало О.В. Метод контрастного епіскопічного тривимірного реконструювання мікроскопічних анатомічних структур.....	53
Шумко Б.І., Луканьова С.М., Козак М.М. Топографія селезінкової вени у другому триместрі внутрішньоутробного розвитку.....	54
Ясніковська С.М. Природжені вади шлунково-кишкового тракту в структурі множинних вад.....	55

АНАТОМО-КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ У ДІТЕЙ

Ахтемійчук Ю.Т., Ольховський В.О. Анатомо-топографічні та органометричні показники шлунка.....	56
Бабій Л.М., Вітріченко О.Є., Сазонова О.М., Савицька Є.В. Аномалії розвитку товстої кишки у дітей.....	58
Боднар О.Б. Анатомічні особливості клубово-сліпокишкового сегмента при хірургічному лікуванні недостатності ілеоцекального замикального апарату у дітей.....	59
Боднар Я.Я., Бутницький Ю.І., Миколенко А.З., Трач Росоловська С.В., Фурдела М.Я., Орел О.С. Морфометричні параметри слизової оболонки дванадцятипалої кишки при НР-асоційованому гастродуоденіті у дітей.....	60
Габор Г.Г., Боднар Я.Я., Орел Ю.М., Орел М.М. Гістоморфометрична характеристика печінки новонародженого при респіраторному дистрес-синдромі.....	61
Захарчук О.І., Кадельник Л.О. Ураження печінки у дітей при токсикарозі.....	62
Ковальський М.П., Єршов В.Ю. Орієнтовний алгоритм хірургічної тактики при кишкових атрезіях у новонароджених.....	66
Кузняк Н.Б., Годованець О.І. Особливості клінічного перебігу хронічного катарального гінгівіту в дітей при надлишку нітратів у питній воді.....	67
Масна З.З., Ступницький І.Р. Частота зубощелепних аномалій у підлітків.....	68

**АНАТОМО-ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ
ДИТЯЧОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ**

МАТЕРІАЛИ

3-го НАУКОВОГО СИМПОЗИУМУ

(Чернівці, 20 квітня 2012 року)

Комп'ютерний набір – Д.В. Проняєв

Комп'ютерна верстка – Д.В. Проняєв

Наукове редагування – Ю.Т. Ахтемійчук

Коректор – О.Р. Сенчик