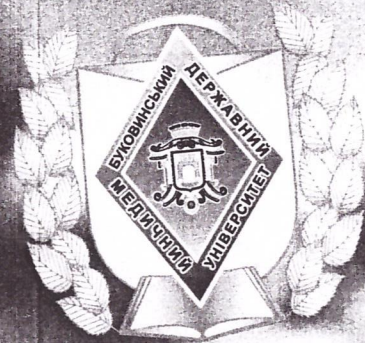


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВСЕУКРАЇНЬКА АСОЦІАЦІЯ ДИТЯЧИХ ХІРУРГІВ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ



Матеріали
науково-практичного
симпозіуму

Хірургічні аспекти
захворювань кишечника
у дітей

22-24 жовтня 2008 року
Чернівці

ковое исследование матки и придатков с использованием трансабдоминального датчика. Определяли длину, ширину и переднезадний размер матки, толщину эндометрия, длину шейки матки, размеры яичников, наличие в них фолликулов и их диаметр. Полученные результаты сравнивались с аналогичными показателями контрольной группы и общепринятыми нормами. Для оценки физического развития измеряли массу тела, рост, окружность грудной клетки, индекс массы тела по G Brey (1978). Оценка физического развития девочек проводилась по данным А.И. Баранова

Оценка наличия выраженности вторичных половых признаков проводилась по трехбалльной системе, и вычислялся суммарный «балл полового развития». Оценка полового развития проводилась по стандартам Уквальберг, Л.Г. Тумилович, М.В. Максимовой.

Для анализа влияния аппендэктомии, перенесенной в детском возрасте, на функции половой сферы женщин и формирование спаечного процесса в малом тазу проводились следующие исследования: опрос женщин, специальные гинекологические исследования, включающие исследование шейки матки в зеркалах и бимануальное вагиноабдоминальное исследование, исследование влагалищных выделений. При ультразвукографическом исследовании особое внимание обращали на признаки спаечного процесса в малом тазе. При необходимости проверяли проходимость маточных труб путем проведения метросальпингографии. Проводили диагностическую лапароскопию и эндоскопическое исследование для диагностики и оценки степени выраженности спаечного процесса в брюшной полости и малом тазе.

Результаты исследования и обсуждения. Физическое развитие девочек, как правило, соответствовало норме. Во время УЗИ матки и придатков с использованием трансабдоминального датчика выявлены признаки наличия спаечного процесса в малом тазе. Размеры матки в норме, толщина эндометрия обычная, размеры яичника соответствовали возрастным нормам. У 7 отмечалось расположение яичников у ребра матки. При опросе женщин отмечались жалобы на болезненную овуляцию и месячные, бесплодие (отсутствие беременности в течении года и более при условии регулярной половой жизни без контрацепции). В анамнезе отмечали длительное становление менструального цикла, нарушения его, дисменорею. У 4 женщин с бесплодием при непроходимости маточных труб выявленных при метросальпингографии проведена диагностическая лапароскопия (3). Полученные данные свидетельствуют о необходимости разроботки специальных лечебно-диагностических мероприятий для девочек перенесших аппендэктомию. Обязательными лечебно-диагностическими компонентами должно быть УЗИ обследование малого таза, протино-

спасечная терапия с включением препаратов лидаза и диспансерное наблюдение с привлечением детского гинеколога.

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ДІВЧАТ БУКОВИНИ

О.А. Андрієць, О.І. Боднарюк

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Проблема репродуктивного здоров'я жінок привірюється до глобальних проблем сьогодення, вирішення яких обумовлює факт подальшого існування нації основною передумовою забезпечення якого є ретельний нагляд за статевим дозріванням, своєчасним раннім виявленням порушень статевого розвитку та репродуктивного здоров'я дівчаток та підлітків.

В 2007 році під наглядом лікарів дитячих гінекологів Чернівецької області знаходилось 3,55% від усіх дівчат – жительок області віком до 18 років і більшу частину (57,02%) всіх диспансерних хворих складала група дівчат пубертатного віку. Найбільшу кількість диспансерних хворих налічувала група дівчат з порушеннями менструальної функції – 62,8% пацієнток, з них переважали пубертатні менорагії у дівчат віком 15 – 18 років (29,7%) та альгоменореї (31,6%). У дівчат віком до 15 років ці показники становили відповідно 14,3% та 15,1%, що в 1,6 рази менше ніж у дівчат старшого віку.

Запальні захворювання внутрішніх статевих органів були діагностовані у 11,2% дівчат препубертатного та у 16,8% дівчат пубертатного періодів. Запальні процеси геніталій у дівчат можуть призвести до незворотніх змін як зі сторони анатомічних співвідношень внутрішніх жіночих статевих органів, так і їх функціональної неповноцінності. Кількість дівчат із вульвовагінітами складала в загальному 33,2% від усієї диспансерної групи. Ускладнення вульвовагінітів – синехії, діагностовано у 11,1% дівчаток нейтрального та у 0,2% дівчат препубертатного періодів.

Із затримкою статевого розвитку протягом року спостерігалось 102 (4,1%) дівчинки препубертатного та 175 (4,3%) дівчат пубертатного періодів, а передчасний статевий розвиток було зареєстровано у 4 дівчаток нейтрального періоду (ізольована форма – телархе) і 52 дівчаток препубертатного періоду. Ця група дівчат потребує особливої уваги, спостереження та лікування з позицій репродуктивного здоров'я в майбутньому.

Пухлини статевих органів частіше діагностувалися у дівчат – підлітків пубертатного віку – 94 пацієнтки, в 32 випадках – у дівчат препубертатного віку.

Проаналізувавши вищенаведені дані можна констатувати, що в диспансерній групі дівчат нейтрального віку провідне місце займають вульвовагініти і складають 93,6% в межах вікової групи, а у дівчат препубертатного та пубертатного періодів – порушення менструальної функції та запальні процеси.

Все вище викладене свідчить, що дівчата, які перебувають на диспансерному обліку з приводу гінекологічних захворювань, потребують особливої уваги, так, як складають групу ризику по виникненню патології репродуктивної функції в майбутньому.

АНАТОМІЧНІ ВЗАЄМВІДНОШЕННЯ СИГМОРЕКТАЛЬНОГО СЕГМЕНТА З ОРГАНАМИ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ У ПЛОДІВ

Ю.Т. Ахтемійчук, Є.В. Гораш, Д.В. Проняєв
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Дослідження проведено на 15 трупах плодів 161,0-500,0 мм тім'яно-п'яркової довжини, що відповідає 4-10 місяцям внутрішньоутробного розвитку, методами мікро- та макропрепарування, морфометрії.

Встановлено, що впродовж плодового періоду відбувається зміна голотопічної проекції сигмокретального сегмента. На початку плодового періоду, у плодів 4-5 місяців, він розміщується в межах лівої пахвинної ділянки, в більшості випадків межує з лівою латеральною стінкою сечового міхура, лівим яєчком та петлями тонкої кишки, прилягаючи до передньої черевної стінки. В середині плодового періоду (6-7 місяців) проекція сигмокретального сегмента визначається в межах надлобкової ділянки. Він стикається з дорсальною стінкою сечового міхура, петлями тонкої кишки та передньою черевною стінкою. У плодів 8-10 місяців сигмокретальний сегмент знаходиться в межах правої пахвинної ділянки, стикається з правим яєчком, червоподібним відростком, сліпою та клубовою кишками.

Процеси зміни положення сигмокретального переходу супроводжуються накопиченням меконія в його просвіті, що, на нашу думку, є визначальним у динамічній зміні його положення.

ТОПОГРАФІЯ КРОВОНОСНИХ СУДИН ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ ПРОТОК ПЛОДІВ ЛЮДИНИ

Ю.Т. Ахтемійчук, О.В. Цигикало
Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Вивчено 37 препаратів 4-10-місячних плодів людини методами макропрепарування артерій і вен з наступною рентгенографією й препаруванням. Встановлено, що міхурова артерія (МА) на 28 препаратах є спільною правої печінкової артерії. Підходячи до жовчного міхура (ЖМ) за спільною печінковою протокою (СПП), МА розгалужується на передню (поверхневу) і задню (глибоку) гілки, які анастомозують між собою та віддають гілочки до прилеглої тканини печінки. В 6 випадках права печінкова артерія відходила від верхньої брижової артерії, в одному - від лівої печінкової артерії, у двох випадках - від гастродуоденальної артерії. У всіх випадках виявлена поворотна поверхнева гілка МА, яка спочатку кровопостачала дно ЖМ, а потім повертала вниз, розгалужуючись навколо дна ЖМ. Встановлені топографо-анатомічні особливості МА: 1) МА відходить вправо від позапечінкових жовчних проток (ПЖП) від правої печінкової артерії та розміщується в трикутнику між СПП і печінковою протокою (ПП) (трикутник Кало); 2) друга МА, що відходить вліво від ПЖП зазвичай йде попереду цих проток; 3) у випадку відходження задньої панкреатодуоденальної артерії від «нормальної» гастродуоденальної артерії, вона залягає перед спільною жовчною протокою (СЖП). Якщо вона відходить від судини за голівкою підшлункової залози, то вона також проходить позаду СЖП. Це важливо враховувати під час холедохотомії та панкреатодуоденектомії. При всіх можливих варіантах своєї топографії МА в 81,1% спостережень проходила крізь трикутник Кало в тому випадку, якщо її джерелом була права печінкова артерія. МА не виявлена в цьому трикутнику в тих випадках, коли її джерелом були гастродуоденальна або верхня брижова артерії. На більшості препаратів (33) кровопостачання ПЖП здійснювалося МА зверху та задньою поверхньою панкреатодуоденальною артерією знизу, однак було виявлено кілька варіантів кровопостачання нижнього відділу ПЖП: від правої шлункової (2), гастродуоденальної (1) або супрадуоденальної (1) артерій. Артеріальне сплетення навколо СЖП утворене ретродуоденальною та задньою верхньою панкреатодуоденальною артеріями. Колатеральний кровообіг забезпечується також двома інтрамуральними сплетеннями, які можуть бути стиснуті між набряклою слизовою та зовнішньою оболонками під час патологічних станів (холангіти або обструкція СЖП внаслідок холедохолітіазу). Печінкова поверхня ЖМ дрениється численними