МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Матеріали 86-ї підсумкової конференції науковців Буковинського державного медичного університету

Чернівці, БДМУ
2005

Л.М. Рак
ЗЛУКОВИЙ ПРОЦЕС В ПОРОЖНИНІ МАТКИ У ПАЦІЄНТОК З БЕЗПЛІДНІСТЮ, ЯКІ ЛІКУЮТЬСЯ ЗА ПРОГРАМОЮ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ 52

О.Д. Рудковська
ДО ПИТАННЯ ПРО ЕТІОПАТОГЕНЕЗ КАТАРАКТИ 59

О.Д. Рудковська
РОЛЬ АКОМОДАЦІЇ В ЕТІОПАТОГЕНЕЗІ ПЕРВИННОЇ ВІДКРИТОКУТОВОЇ ГЛАУКОМИ І КОРОТКОЗОРОСТІ 64

А.В.Семеняк
ГОРМОНАЛЬНИЙ СТАН РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ В ЖІНОК ІЗ БЕЗПЛІДНІСТЮ 68

В.К.Тащук, Т.О.Ілащук, І.К.Владковський, С.І.Гречко, Н.А.Турубарова-Леунова, О.Ю.Поліщук, П.Р.Іванчук, М.В.Шилов
СТАТЬ-ДЕТЕРМІНОВАНІ ГОМЕОСТАЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АТЕРОГЕНЕЗУ 73

С.А.Цинтар
КЛІНІКО-ГЕНЕТИЧНІ ТА МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РАКУ ЕНДОМЕТРІЯ НА ФОНІ ДОБРОЯКІСНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТІЛА МАТКИ 77

МОРФОЛОГІЯ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

Е.М.Александрова, І.С. Давиденко, Д.І. Гречко
ГІСТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕЧІНКИ НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЯКІ ЗАГИНУЛИ ВНАСЛІДОК ПЕРИНАТАЛЬНИХ ПРИЧИН 83

Ю.Т.Ахтемічук, О.М.Слободян, Д.Г.Манчуленко
УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХОЛЕДОХОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОГО ОРГАНОКОМПЛЕКСУ ПЛОДІВ ЛЮДИНИ 88

О.Я.Ванчуляк
СТАТИСТИКА 1-4 ПОРЯДКІВ РОЗПОДІЛУ ІНТЕНСИВНОСТЕЙ ЗОБРАЖЕНЬ АРХІТЕКТОНІКИ ПАРЕНХІМАТОЗНИХ БІОТКАНИН У ДІАГНОСТИЦІ ЧАСУ НАСТАННЯ СМЕРТІ 92

В.Г.Висоцька
ДИНАМІКА ЦИРКАДІАННИХ ПЕРЕБУДОВ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ СЕЧІ ТА ПЛАЗМИ КРОВІ БІЛИХ ЩУРІВ ПРИ ПОЄДНАНІЙ ДІЇ СТРЕСУ ТА СОЛЕЙ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ 98

© Ю.Т.Ахтемійчук, О.М.Слободян, Д.Г.Манчуленко, 2005
УДК 611.3.013-07

УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХОЛЕДОХОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОГО ОРГАНОКОМПЛЕКСУ ПЛОДІВ ЛЮДИНИ

Ю.Т.Ахтемійчук, О.М. Слободян, Д.Г. Манчуленко

Кафедра топографічної анатомії та оперативної хірургії
(зав. – проф. Ю.Т.Ахтемійчук)
Буковинського державного медичного університету

З розширенням і впровадженням у клінічну практику комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії, ультразвукової діагностики постає додаткова можливість своєчасного виявлення і прогнозування вад розвитку та перинатальної патології у плодів та новонароджених людини [16, 18]. Відносна дешевизна ультразвукових технологій, неінвазивність, нешкідливість, практично повна відсутність протипоказів і висока інформативність надає ультрасонографії перевагу для скринінгу та ранньої діагностики захворювань [3]. Водночас своєчасне діагностування, тлумачення ультразвукових даних і топічне визначення пошкоджень базуються на знаннях норми – топографічної анатомії органів і систем [6, 7].

Трактування ультразвукових і комп'ютерних томограм органокомплексів у плодів утруднене, що зумовлено, по-перше, відсутністю топографо-анатомічного базису, по-друге, дослідження передбачають численну кількість зрізів зі складною картиною просторових взаємовідношень анатомічних структур і, як наслідок, їх безсистемний опис, по-третє, розміри і форми досліджуваних органокомплексів набувають візуальних змін залежно від площини перерізу. Цим зумовлені помилкові діагностичні висновки [2, 17].

Отже, об'єктивно виникла необхідність у комплексному дослідженні ультразвукової анатомії плода людини з використанням сучасних технологій [8, 11].

Існуючі в літературі дані щодо визначення закономірностей будови складових холедохопанкреатодуоденального органокомплексу у

плодів нечисленні, уривчасті і безсистемні, тому потребують подальшого уточнення та доповнення [5, 6]. Відсутні комплексні роботи щодо вивчення холедохопанкреатодуоденального органокомплексу в порівняльно-анатомічному та порівняльно-ембріологічному аспектах. Не визначена динаміка змін у розвитку цієї ділянки в різні вікові періоди. Відомі дослідження проведенні без урахування ембріологічних взаємовідношень складових холедохопанкреатодуоденального органокомплексу між собою та суміжними структурами черевної порожнини.

На думку H.-G.K.Blaasa, M.B.Медведева [19], вивчення ультразвукової анатомії ембріонів у I триместрі вагітності (до 12 тижнів) залишається бути "таємницею за сімома замками". Численні дані вітчизняної та зарубіжної літератури засвідчують, що у II триместрі вагітності для ефективної боротьби з тяжкими формами природженої і спадкової патології плода ультразвукове дослідження необхідно проводити в інтервалі 20-24 тижнів (плодовий період розвитку). Незважаючи на те, що формування всіх органів і структур плода не закінчується, в цей час досягається їх оптимальна візуалізація, завдяки чому суттєво покращується діагностика аномалій [4, 12].

Г.Г. Рудько и др. [13], виявивши при УЗ-дослідженні гіперехогенний жовчний міхур у 0,16 випадків на 1000 плодів, дійшли висновку, що ізольований гіперехогенний міхур у плода має сприятливі наслідки в тих випадках, коли він не поєднується з численними вадами розвитку.

Відсутність оптимальних діагностичних програм, а також складність інтерпретації результатів різноманітних інструментальних методів дослідження призводять до помилкових висновків. Правильний діагноз – холедохоцеле – був встановлений лише у 30% хворих до операції [22]. Утруднена диференціальна діагностика між холедохоцеле і природженими вадами дванадцятипалої кишки – дивертикулярне подвоєння, присосочковий дивертикул. Холедохоцеле – природжена кіста інтрамурального відділу спільної жовчної протоки, яка може звужувати просвіт низхідної частини дванадцятипалої кишки – трапляється у 0,1-0,4% усіх кіст жовчної протоки [14].

Однією з достеменних ультразвукових ознак патології плода є гіперехогенна кишка, яка характеризується високим ступенем ехогенності її стінки, схожою з ехогенністю кісток. За даними літератури [9, 15, 20], частота виявлення гіперехогенної кишки у плода в

II і III триместрах вагітності складає 0,2-1,4%, що можна вважати ехографічною міткою природжених і спадкових захворювань.

Усі відділи тонкої кишки починають візуалізуватися при ультрасонографії у плодів з 18-го тижня вагітності, що пов'язано з появою перистальтики. Діаметр тонкої кишки у плода понад 7,0 мм може бути ознакою кишкової непрохідності [21]. Атрезія дванадцятипалої кишки найбільш частий тип природженої непрохідності тонкої кишки. Частота цієї патології, за даними Р.Ромеро и др. [12], складає 1:10000 новонароджених. Тільки у 30-52% випадків атрезія дванадцятипалої кишки ізольована вада, у 37% – поєднана з аномаліями кісткової системи, у 20% – поєднана з кільцеподібною підшлунковою залозою.

Природжені вади жовчного міхура і жовчних проток трапляються відносно рідко, їх клінічний перебіг у більшості спостережень латентний. Частіша аномалія – дистопія жовчного міхура. При цьому міхур зміщений до лівої частки або знаходиться на задній поверхні правої частки печінки [1]. Рідше (з частотою 1:7500) трапляється агенезія жовчного міхура. Дана аномалія зумовлена відсутністю закладки міхура або його зворотним розвитком під впливом невідомих причин. Різновидом агенезії є гіпоплазія жовчного міхура (вогнищеве розширення спільної жовчної протоки). Подвоєння жовчного міхура виникає внаслідок виникнення двох його зачатків в ембріональному періоді. В цих випадках один жовчний міхур розміщений в типовому місці, а інший може бути зміщений до борозни круглої зв'язки печінки, у стінку шлунка або в інші органи. Несправжня картина подвійного жовчного міхура спостерігається за наявності кісти жовчних проток або печінки [10]. Кіста спільної жовчної протоки (кістоподібне розширення спільної жовчної протоки) частіше спостерігається у хлопчиків (у 3,5 раза), ніж дівчат.

Висновок. Дослідження ультразвукової анатомії холедохопанкреатодуоденальної ділянки плодів зумовлене запитами практичної медицини щодо своєчасного виявлення і прогнозування розвитку перинатальної патології.

Література. 1. Богер М.М., Мордвов С.А. Ультразвуковая диагностика в гастроэнтерологии. – Новосибирск: Наука, 1988. – 157 с. 2. Бурих М.П., Ахтемійчук Ю.Т. Сучасні підходи щодо вивчення будови людини та клінічна анатомія // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2002. – Т. 1, №1. – С. 7-12. 3. Вороной В.Н. Опыт примене-

ния ультразвуковых систем в пренатальной диагностике акушерства и гинекологии // Новые мед. технологии. – 2002. – №3. – С. 10-13. 4. Джуманиязова К.Р., Исалухамедова М.А., Бабаржанов Б.Р. Оценка состояния гепатобилиарной системы у беременных в норме с помощью ультразвуковой диагностики // Ультразвук. и функцион. диагностика. – 2002. – №2. – С. 199-200. 5. Зубовский Г.А. Лучевая и ультразвуковая диагностика заболеваний печени и желчных путей. – М.: Медицина, 1998. – 240 с. 6. Исамухамедова М.А., Бекчанова Ш.З. Возможности эхографии в оценке состояния органов желчевыводящей системы, желудочно-кишечного тракта и ранней диагностике заболеваний пищеварительной системы у новорожденных с различной массой тела // Ультразвук. и функцион. диагностика. – 2002. – №1. – С. 59-64. 7. Коваль Г.Ю. Променева діагностика. – К.: Орбіс, 1998. – 526 с. 8. Медведев М.В., Алтынник Н.А. К вопросу об ультразвуковой оценке анатомии плода в ранние сроки беременности // Пренатал. диагностика. – 2002. – Т. 1, №2. – С. 158-159. 9. Медведев М.В., Юдина Е.В., Сыпченко Е.В., Морозова А.А. Клиническое значение ультразвуковой диагностики гиперэхогенного кишечника плода // Ультразвук. диагностика. – 1997. – №2. – С. 72-77. 10. Медведев М.В., Юдина Е.В., Сыпченко Е.В. Первый случай пренатальной диагностики удвоения жёлчного пузыря // Ультразвук. диагностика. – 1998. – №2. – С. 88-90. 11. Ольхова Е.Б. Перспективы использования ультразвуковых допплеровских технологий в хирургии новорожденных // Ультразвук. и функцион. диагностика. – 2002. – №2. – С. 251-252. 12. Ромеро Р., Пилу Д., Дженти Ф. Пренатальная диагностика врождённых пороков развития таза / Под ред. С. Лича. – М.: Медицина, 1994. – 448 с. 13. Рудько Г.Г., Юдина Е.В., Медведев М.В. Гиперэхогенный желчный пузырь у плода // Пренатальная диагностика. – 2002. – Т. 1, №3. – С. 238. 14. Соколов Ю.Ю., Чиркина Т.А., Лапушкин В.А., Беседин Г.С. Комплексная лучевая диагностика холедохоцеле у ребенка // Ультразвук. и функцион. диагностика. – 2001. – №3. – С. 98-100. 15. Цхай В.Б., Бородянская Д.Н., Синицына О.В., Макаренко Т.А. Случай пренатальной ультразвуковой диагностики гиперэхогенного кишечника в сочетании с множественными врожденными пороками развития плода // Ультразвук. диагностика. – 1998. – №3. – С. 78-80. 16. Чернобривцев О. Магнитно-резонансная томография // Новые мед. техноло-

гии. – 2001. – №3. – С. 12-15. 17. Шкляр С.П., Бурых М.П., Горяинова Г.В. Вычислительный способ качественного неинвазивного определения объема печени: Метод. указания. – Харьков, 1996. – 14 с. 18. Юдина Е.В., Медведев М.В. Современная стратегия пренатальной диагностики в ранние сроки беременности // Пренатальная диагностика врожденных пороков развития в ранние сроки беременности / Под ред. М.В.Медведева. – М.: Реальное время, 2000. – С. 152-157. 19. Blaas H.-G.K., Медведев М.В. Нормальная ультразвуковая анатомия плода в ранние сроки беременности // Пренатальная диагностика врожденных пороков развития в ранние сроки беременности / Под ред. М.В.Медведева. – М.: Реальное время, 2000. – С. 7-21. 20. Bromley B., Doubilet P., Frigoletto F.D. Is fetal hyperechoic bowel on second-trimester sonogram an indicator foramniocentesis // Obstet. Gynecol. – 1994. – V. 83. – P. 647-651. 21. Nyberg D.A., Mack L.A., Patten R.M. et al. Fetal bowel: normal sonographic findings // J. Ultrasound. Med. – 1987. – V. 6, №3. – P. 223-228. 22. Schimpl G., Sauer H., Goriupp U. et al. Choledochocele: importance of histological evaluation // J. Pediatr. Surg. – 1993. – V. 28, №12. – P. 1562-1565.