УДК 611.65

Варіант анатомії внутрішніх жіночих статевих органів плода на 7-му місяці пренатального розвитку

Проняєв Д. В.

Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці)

Дослідження закономірностей становлення будови і топографії плода має важливе значення для розуміння механізмів нормального і патологічного формоутворення органів. Надзвичайно важливим є встановлення часу появи тих чи інших внутрішньоутробних перетворень, які в цілому забезпечують системогенез плода. Тому постає потреба встановити спільний погляд науковців щодо оцінки морфологічних характеристик на всіх етапах розвитку плода людини, адже й досі відсутня єдина система, в якій морфогенез був би висвітлений у повній хронологічній послідовності.

При дослідженні плода 260,0 мм ТКД виявлений рідкісний варіант топографії внутрішніх жіночих статевих органів. Так, правий яєчник розміщувався у порожнині великого таза, поблизу правої пахвинної зв'язки, а лівий яєчник – нижче від правого, на межі між великим і малим тазом. Зовнішній обвід таза на рівні клубового гребеня становив 190,0 мм. Правий яєчник поздовжньої тригранної форми, займав косе положення. У яєчнику визначалися задня гладенька, передньо-верхня і задньо-нижня поверхні; верхній, нижній вільні і передній – брижовий краї; трубний і матковий кінці. Матковий, загострений кінець тісно прилягав до задньої поверхні тіла матки спереду, а позаду – до прямої кишки. Трубний кінець яєчника у вигляді гачка прилягав до торочок лійки маткової труби. Позаду трубного кінця яєчника знаходилися права зовнішня клубова артерія та сечовід. Довжина яєчника становила 15,0 мм, ширина – 5,0 мм, товщина (в середній частині) – 3,5 мм. Підвішувальна зв'язка яєчника прикріплювалась у нижнього краю яєчника на відстані 4,0 мм від верхівки трубного кінця яєчника. Власна зв'язка яєчника,

довжиною 2,0 мм, прикріплювалась до задньої поверхні тіла матки нижче маткової труби. Брижа яєчника була довжиною 10,0 мм і шириною 1,5 мм. До передньо-верхньої поверхні яєчника прилягала ампула маткової труби. Загальна довжина правої маткової труби становила 21,0 мм, при цьому довжина окремих частин дорівнювала: перешийка – 5,0 мм, ампули – 10,0 мм, лійки – 5,0 мм. Ампула маткової труби у вигляді трьох петель прилягала спереду до правої пупкової артерії, зовнішній діаметр якої становив 4,1 мм. Перешийок маткової труби розміщувався над верхнім краєм яєчника.

Лівий яєчник**,** поздовжньої неправильної тригранної форми, займав горизонтальне положення. У яєчнику розрізнялися верхня, передня і задньо-нижня поверхні; верхній, нижній і передній брижовий краї; матковий і трубний кінці. Матковий заокруглений кінець яєчника розміщувався нижче пограничної лінії, позаду тіла матки, а його верхівка торкалася бічної стінки прямої кишки. Трубний кінець яєчника, заокруглений, розміщувався на рівні остьової лінії, прилягав до торочок лійки лівої маткової труби. Позаду яєчника розташовувались ліва зовнішня клубова артерія, а медіальніше від останньої – лівий сечовід. Підвішувальна зв'язка яєчника прикріплювалась до бічного краю брижі яєчника. Власна зв'язка яєчника, довжиною 2,9 мм, прикріплювалась до задньої поверхні тіла матки, дещо нижче маткової труби. Пристінковий листок очеревини переходив з великого поперекового м'яза на маткову трубу, покриваючи її з усіх боків, після чого фіксувався до заднього краю яєчника, утворюючи його брижу, довжиною 9,0 мм і шириною 2,0 мм. Довжина яєчника дорівнювала 14,5 мм, ширина – 5,0 мм, товщина – 2,1 мм. Лівій матковій трубі була притаманна S-подібна форма. Загальна довжина маткової труби становила 19,2 мм, а довжина окремих її частин дорівнювала: перешийка – 4,0 мм, ампули – 8,2 мм і лійки – 5,0 мм.

Дно і верхня частина тіла матки знаходилась в порожнині великого таза, а нижня частина тіла і шийка матки – в порожнині

малого таза. Відстань між матковими трубами на рівні дна матки становила 4,0 мм.

УДК 611.718.1:616.34-007.43

Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж с высоким риском развития синдрома повышенного внутрибрюшного давления

Рамаев С. М., Рамалданов С. К.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Одной из ведущих проблем в герниологии являются больные с большими и гигантскими послеоперационными вентральними грыжами (ПОВГ). Из-за резкого повышения внутрибрюшного давления (ПВБД) у этих больных имеется высокий риск развития в раннем послеоперационном периоде синдрома повышенного внутрибрюшного давления, характеризующегося развитием ряда осложнений: нарастающей сердечнососудистой и дыхательной недостаточности, трудно поддающейся консервативному лечению, известного под названием синдрома Бетцнера (Веретник Г. И. и соавт., 1999 г.; Muysoms F. E., 2009), а так же тромбоэмболических осложнений, в связи с чем таким больным нередко отказывают в операции (Федоров В. Д. и соавт. 2000; Jargon D., 2008). Увеличение давления в брюшной полости приводит к нарушению функции сердечнососудистой и дыхательной систем, что на фоне сопутствующей патологи ведет к развитию осложнений, которые приводят к увеличению сроков госпитализации, дополнительным расходам на медикаментозное обеспечение, ухудшают качество жизни в послеоперационном периоде и могут угрожать жизни больных (Henriksen N. A. и соавт., 2011). При выполнении операций по поводу больших ПОВГ высока послеоперационная летальность, особенно после экстренных