

2

АНАТОМО-КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ ДИТЯЧОГО ВІКУ ТА НОВІ ХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

НЕОНАТАЛЬНА АНАТОМІЯ СТРАВОХІДНО- ШЛУНКОВОГО СЕГМЕНТА

Ю.Т.Ахтемійчук, Ю.В.Товкач

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

У новонародженої дитини відбуваються перші істотні навантаження на ділянку стравохідно-шлункового переходу (СШП), зумовлені харчуванням, перебуванням дитини в горизонтальному положенні, підвищенням внутрішньочеревного тиску під час крику, плачу. Це призводить до вільного закидання шлункового вмісту в стравохід, виникає симптом „мокрої плями" на подушці [1]. Дисфункція стравохідно-шлункового сфінктера (СШС) сприяє розвитку езофагіту, стриктур стравоходу тощо [2-3]. Відсутність широкого висвітлення топографо-анатомічних особливостей СШП у новонароджених зумовлюють потребу в його анатомічному дослідженні.

На 15 трупах новонароджених дітей обох статей вивчені взаємовідношення СШП із суміжними органами та структурами методами препарування, виготовлення топографо-анатомічних зрізів, морфометрії та макромікроскопії. Для вивчення скелетотопії та кровопостачання грудну частину аорти нефіксованих препаратів заповнювали рентгеноконтрастними сумішами на основі свинцевого сурика з наступною рентгенографією. Для гістологічного дослідження вирізували сегмент стравоходу на 5 мм вище діафрагми та біля кардіальної частини шлунка. Гістологічні зрізи фарбували гематоксилін-еозином і за методом ван Гізон. Статистичну обробку цифрових даних проводили за допомогою програми "Excel" [4].

Встановлено, що правий край черевної частини стравоходу без чітких меж продовжується на малу кривину шлунка. Між лівим краєм стравоходу і дном

шлунка є виражена заглибина – кардіальна вирізка. Як відомо [5], у дорослих людей кут Гіса частіше тупий. У новонароджених кут Гіса гострий і становить, за нашими даними, $80,47 \pm 2,83^\circ$, тільки в двох випадках (з 15-ти) нами виявлено прямий кут. Вважаємо, що наявність гострого кута Гіса в новонароджених є допоміжним замикальним механізмом СШП. Збільшення його величини в новонароджених дітей може бути причиною частих зригувань, що відбуваються внаслідок функціональної активності шлунка в неонатальному періоді онтогенезу.

Черевна частина стравоходу вкрита очеревиною, спереду і справа вона стиється з лівою часткою печінки, зліва – з верхнім краєм селезінки. Кровопостання черевної частини стравоходу здійснюється гілками лівої шлункової артерії. На рівні стравохідного розтвору діафрагми стравохід кровопостачається гілками діафрагмальних артерій і висхідною гілкою лівої шлункової артерії.

Діаметр стравоходу над розтвором діафрагми становить $5,7 \pm 0,17$ мм, на рівні стравохідного розтвору діафрагми – $5,19 \pm 0,14$ мм, діаметр черевної частини стравоходу – $5,65 \pm 0,16$ мм. Ці дані можуть вказувати на наявність діафрагмального звуження стравоходу. При зіставленні одержаних даних з результатами раніше проведеного нами дослідження [6] виявилось, що довжина черевної частини стравоходу в новонароджених ($1,17 \pm 0,19$ мм) менша, ніж у плодів. Вважаємо, що цей анатомічний факт зумовлений збільшенням кута Гіса в новонароджених у порівнянні з плодовим періодом.

За даними гістологічного дослідження, слизова оболонка наддіафрагмального сегмента стравоходу характеризується вираженою складчатістю. Кількість поздовжніх складок становить від 5-ти до 8-ми. Слизова оболонка і підслизовий прошарок сформовані, в їх товщі є виражені підслизові венозні сплетення, заповнені елементами крові. Просвіт черевної частини стравоходу характеризується зірчастою формою. Епітелій слизової оболонки багат шаровий плоский. Підслизовий прошарок з вираженою м'язовою пластинкою добре розвинений, багатий на кровоносні судини, особливо венозні. Виражене скупчення венозних судин і лімфатичних вузликів спостерігається на межі стравоходу і кардіальної частини шлунка. Судини підслизового прошарку черевної частини стравоходу розміщені двома шарами. Поверхневі судини мають менший діаметр, ніж глибокі. Як повідомляє С.С.Селиверстов [7], у шлунку складки слизової оболонки та підслизове венозне сплетення виконують функцію еластичного замикача. Черевна частина стравоходу має виражену м'язову оболонку. Товщина його циркулярного шару коливається від 0,4 до 0,7 мм. До його серозної оболонки прилягають групи лімфатичних вузликів. Останні мають високий ступінь диференціації, тобто чітко поділяються на кіркову і мозкову зони. На рівні стравохідно-шлункового переходу слизово-підслизовий шар випинає у просвіт шлунка у вигляді складки, наявність якої в дорослих заперечується [5]. На межі переходу в шлунок добре виражені кровоносні судини, які переповнені елементами крові. Чітко виявляються сформовані секреторні трубчасті кардіальні зало-

зи стравоходу, вивідні протоки яких вистелені призматичними клітинами. Вони пронизують власну пластинку слизової оболонки стравоходу і відкриваються на поверхні багатощарового плоского незроговілого епітелію.

Висновки. 1. Наявність скупчення венозних судин у підслизовому прошарку черевної частини стравоходу новонароджених свідчить про формування підслизового венозного сплетення. 2. Формування м'язової пластинки слизової оболонки, потовщення циркулярного м'язового шару черевної частини стравоходу і наявність додаткових замикальних компонентів стравохідно-шлункового переходу (гострий кут Гіса, складка Губарева) свідчать про подальше формування стравохідно-шлункового сфінктера у новонароджених.

Література

1. Степанов Э.А., Красовская Т.В., Кучеров Ю.И. Лечение гастроэзофагеального рефлюкса у новорожденных // *Дет. хирургия.* – 1998. – № 1. – С. 4-7.
2. Баиров В.Г., Приворотский В.Ф., Азизов Б.Д. и др. Диагностика и лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей // *Вестн. хирургии.* – 1999. – № 3. – С. 38-41.
3. Камбарова В.И. Возрастные преобразования стенки брюшного отдела пищевода у человека / *Тез. IV конгр. Междунар. ассоц. морфологов // Морфология.* – 1998. – Т. 113, № 3. – С. 55.
4. Медико-биологическая статистика / Под. ред. С. Гланус: Пер. с англ. – М.: Практика, 1999 – 460 с.
5. Колесников Л.Л. Сфинктерный аппарат человека. – СПб.: СпецЛит, 2000. – 184 с.
6. Ахтемийчук Ю.Т., Товкач Ю.В. Топографо-анатомические особенности пищеводно-желудочного перехода у плодов человека четвертого месяца / *Тез. докл. VIII конгр. Междунар. ассоц. морфологов (Орел, 15 сентября 2006 г.) // Морфология.* – 2006. – Т. 129, № 4. – С. 14.
7. Селиверстов С.С. Особенности слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода / *Тез. III конгр. Междунар. ассоц. морфологов (Тверь, 20-21 июня 1996 г.) // Морфология.* – 1996. – Т. 109, № 2. – С. 89.

КІЛЬКІСНЕ ВИЗНАЧЕННЯ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ КЛІТИН АНТРАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА

Д.П.Бевза

*Державний патологоанатомічний центр України
(м. Хмельницький), Івано-Франківський державний медичний
університет*

Нейроендокринні клітини шлунка, які продукують пептидні гормони і біогенні аміни, впливають на процеси проліферації і диференціювання клітин. У шлунково-кишковому тракті найбільша кількість нейроендокринних клітин (апудоцитів) знаходиться в антральному відділі шлунка. Найважливіші з них – ентохромафінні Ес-клітини, які є джерелом серотоніну та мелатоніну.

Ми визначали загальну кількість апудоцитів і кількість Ес-клітин у слизовій оболонці антрального відділу шлунка у дітей різних вікових груп. Для дослід-

ження брали секційний матеріал – 35 шлунків померлих дітей (по 6-8 випадків з кожної вікової групи) без патології шлунково-кишкового тракту в періоді до 6 годин від моменту смерті до розтину. Матеріал фіксували в модифікованому розчині Буена. Шматочки вирізали з малої кривини, передньої і задньої стінок у межах воротарної печери. Зрізи товщиною 3-5 мкм фарбували гематоксиліном і еозином, альціановим і толуїдиновим синім, а також проводили аргентафінну реакцію – імпрегнацію сріблом за Масоном у модифікації Гамперля. На гістологічних зрізах за допомогою комп'ютерного аналізатора зображення "Olympus DP-Soft" при збільшенні мікроскопа 400 підраховували кількість нейроендокринних аргірофільних і аргентафінних клітин на 1 мм² слизової оболонки шлунка. Статистичну обробку результатів проводили з використанням критерію Стьюдента.

На 1 мм² слизової оболонки антрального відділу шлунка в новонароджених дітей виявлено 104,1±18,8 аргірофільних та 48,9±10,7 аргентафінних нейроендокриноцитів. З віком кількість виявлених апудоцитів зростає: грудний вік – 118±18,9 аргірофільних та 51,7±12,4 аргентафінних нейроендокриноцитів; раннє і перше дитинство – 134,2±19,3 та 58,6±11,9 відповідно; друге дитинство – 168,9±22,7 і 73,8±11,4; підлітковий вік – 194,2±24,1 і 98,7±14,6; юнацький вік – 230,6±26,5 і 110,7±19,3 відповідно.

Отже, кількість виявлених аргірофільних та аргентафінних нейроендокринних клітин досягає максимальних величин у юнацькому віці.

НАРУШЕНИЕ ФИКСАЦИИ И ПОЛОЖЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ КАК ПРИЧИНА КОЛОСТАЗА И ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ

В.Н.Грона, А.А.Музалев, В.К.Литовка

*Донецкий государственный медицинский университет
им. М.Горького, Донецкая областная детская клиническая
больница*

Хронические запоры и боли в животе – одна из самых распространенных жалоб, по поводу которых большое число детей обращается к педиатрам и детским хирургам. На протяжении длительного времени их наблюдают со следующими диагнозами: дискинезия желчевыводящих путей, гастрит, гастродуоденит, хронический колит. Часть детей оперируют по поводу простого аппендицита, однако боли сохраняются и после аппендектомии. Одной из причин хронических запоров и болей может быть нарушение фиксации и положения толстой кишки (ТК). Противоречивость данных литературы в толковании отдельных видов нарушения фиксации ТК явилась основанием данного исследования.

Цель работы: изучить особенности клинических и рентгенологических проявлений нарушения фиксации ТК. Изучены 106 историй болезни у детей с хроническими запорами и болями в животе за период с 1995 по 2005 год. Из 106 больных девочек было 81 (76 %), мальчиков – 25 (24 %). Из них 32 ребенка лечились в гастроэнтерологическом отделении ОДКБ г. Донецка по поводу болей в животе и запоров, которым установлен один из видов нарушения положения ТК. Рецидивирующие боли в животе на протяжении 2-5 лет отмечались у 46 (43 %) детей, у 60 (57 %) установлено сочетание болей в животе с хроническими запорами от 3 до 5 суток. У 6 больных (из 106) ранее была выполнена операция по поводу простого аппендицита, однако подобные боли сохранились. Комплексное обследование детей включало ирригографию, ректороманоскопию или колоноскопию, по показаниям – ФГДС и контрастное исследование пищеварительного канала. Девочки подвергались осмотру гинеколога. Ирригографию проводили в положении лежа и стоя, а степень нарушения функции ТК оценивали при заполнении и после опорожнения.

Установлено три варианта положения ТК у детей с болями в животе и колостазом. 1. Правосторонний колоптоз (26 %) – патологическая подвижность правой половины ТК, опущение правого угла и поперечной ободочной кишки до уровня подвздошной ямки. 2. Тотальный колоптоз (15 %) – отсутствие фиксации ТК в области обоих углов и опущение всей ободочной кишки до уровня таза. 3. Синдром Пайра (59 %) – наличие острых правого и левого углов в виде "двустволки" с опущением удлинненной поперечной ободочной кишки в виде "гирлянды" в малый таз.

У детей старше 10 лет в 62 % случаев тотальный колоптоз и синдром Пайра сочетались с гастроптозом (расширение и удлинение желудка вплоть до уровня малого таза). Рентгенологически желудок при этом напоминает "висячую каплю". Эвакуация из желудка задерживается до 6-8 час., что может быть одной из причин развития гастрита. В 25 % случаев при гастроптозе отмечен и дуоденоптоз. Натяжение гепатодуоденальной связки может быть одной из причин холестаза и развития дискинезии желчевыводящих путей.

Выводы. 1. Нарушение фиксации ободочной кишки у детей может быть одной из причин хронических запоров и болей в животе. 2. Комплексное обследование пациентов позволяет установить истинную причину хронических болей в животе и холестаза, а также оптимизировать методы лечения.

КОНСТИТУЦІЙНА КЛАСИФІКАЦІЯ ЦЕНТРАЛЬНИХ РІЗЦІВ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЄПИ

М.С.Івановська, З.З.Масна

*Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького*

Збереження естетичної форми обличчя є однією з основних ознак фізіологічного

прикусу. Проте, як свідчить стоматологічна практика, форма і розміри верхніх центральних різців характеризуються значною варіабельністю.

Мета дослідження: визначити основні форми коронок центральних різців верхньої щелепи і їх частоту в дітей 14-16 років. Обстежено щелепно-лицеву ділянку та зубні ряди 100 підлітків – учнів Львівських шкіл (62 хлопці та 48 дівчат). У процесі вивчення особливостей форм та розмірів центральних різців верхньої щелепи виділено три основні типи будови їх коронок: А – трапецієподібна форма, В – прямокутна форма, С – овальна форма. Встановлено, що різці з трапецієподібною формою коронки найчастіше трапляються в осіб нормостенічного конституційного типу, різці з прямокутною коронкою – в астеніків, з овальною – в гіперстеніків. Серед обстежених осіб жіночої статі у 22 виявлено трапецієподібну форму різців, у 15 – прямокутну, в 11 – овальну. У 28 осіб чоловічої статі виявлена трапецієподібна форма різців, у 24 – прямокутна; у 10 – овальна.

Висновки. 1. Форма та розміри центральних різців верхньої щелепи залежать від конституційного типу будови тіла. 2. В осіб обох статей найчастіше трапляється тип А коронки верхніх центральних різців, найрідше – тип С. 3. Класифікація центральних різців за формою і розміром залежно від конституційного типу має важливе значення в практичній стоматології – при виконанні реставраційних процедур та ортодонтичному лікуванні.

ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КІСТОЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРЕНХІМАТОЗНИХ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

***В.А.Дігтяр, В.І.Сушко, О.Л.Хитрик, Л.М.Бондарюк,
О.М.Барсук, А.Г.Запорожченко, Б.Г.Ашкіназі, В.М.Байбаков,
Д.М.Лук'яненко***

*Дніпропетровська державна медична академія,
Дніпропетровська обласна дитяча клінічна лікарня*

Загальна проблема традиційного оперативного лікування кістозних захворювань печінки та селезінки у дітей полягає в наявності високої хірургічної агресії, потребі широкого оперативного доступу та високій імовірності виникнення післяопераційних ускладнень.

З 2004 року нами впроваджена методика лапароскопічної кістектомії з приводу ехінококових кіст печінки та посттравматичних кіст селезінки. Виконано 18 лапароскопічних операцій пацієнтам віком від 6 до 18 років: з приводу ехінококозу печінки – 10, кіст селезінки – 8. Лапароскопічна корекція передбачає відсмоктування вмісту кісти, висікання її стінки з подальшою

перитонізацією вмістища, санацію та дренажування черевної порожнини. Лапароскопічне видалення ехінококових кіст має певні особливості. Щоб запобігти обсіменінню черевної порожнини сколіксами ехінококу та виникненню рецидивів попередньо знезаражували вміст кісти 10 % розчином формаліну з експозицією – 3 хв. Втручання виконували за допомогою лапароскопічного обладнання фірми "Карл Шторц" з використанням ножиць з біполярною коагуляцією на зразок Robi, що забезпечувало успіх техніки виконання та запобігало кровотечі. Час виконання втручань коливався від 40 до 90 хв., конверсій на лапаротомію не було. Післяопераційний період тривав у середньому 8 днів. Післяопераційних ускладнень та рецидивів захворювання не спостерігали.

Отже, методом вибору при лікуванні набутих кістозних захворювань паренхіматозних органів черевної порожнини у дітей можна вважати лапароскопічні технології.

ВОЗРАСТНАЯ МОРФОЛОГИЯ КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ

И.М.Катеренюк

*Государственный университет медицины и фармации
им. Н.Тестемицану, г. Кишинёв (Молдова)*

На висцеральной поверхности печени левая продольная борозда разделена посредством *fissura portalis principalis* на передний и задний отделы. Передний отдел начинается пупочной вырезкой (*incisura ligamenti teretis*) и содержит у плода пупочную вену, у взрослых – круглую связку печени (КСП). В заднем отделе борозды располагается облитерированный венозный проток.

В верхних отделах преперитонеального пространства КСП располагается между поперечной фасцией и брюшиной, на 1-2 см вправо от срединной линии. КСП можно разделить на ряд сегментов: внепеченочный – самый длинный, расположенный в дубликатуре серповидной связки, диаметром 2-4 мм, полностью или частично облитерированный; промежуточный – короткий, направленный к одноименной борозде печени; подпеченочный – расположенный в одноименной щели.

Окрашивание тотальных анатомических препаратов реактивом Шиффа позволило выявить особенности нервно-сосудисто-тканевых взаимоотношений в КСП в возрастном аспекте. Внепеченочный отдел КСП находится в тесных взаимоотношениях с серповидной связкой, в дубликатуре которой он располагается. В переднем отделе КСП сопровождается хорошо выраженными нервными стволиками, отдающими первичные, вторичные и третичные ветви, которые образуют в составе нервного сплетения дуги и петли, вытянутые вдоль ее длин-

ника. На этом уровне наблюдается перераспределение нервных волокон, их переход из одного нервного пучка в другой в обоюдном направлении и обмен волокнами между сплетениями круглой и серповидной связок. В переднезаднем направлении КСП становится более индивидуализированной, а количество сопровождающих ее нервных элементов и диаметр связки увеличиваются. В подпеченочном отделе по окружности КСП выявлено развитое крупнопетлистое нервное сплетение, состоящее из нервных волокон (чаще извитых), которые образуют петли разнообразной формы. На фоне нервного сплетения висцеральной брюшины нижней поверхности печени, в непосредственной близости от связки, участки печеночной ткани пронизаны нервными волокнами. На этом уровне хорошо выражены нервные связи между сплетениями КСП и прилегающей серозной оболочке.

У детей раннего возраста хорошо выраженная КСП часто необлитерирована полностью, окружена кровеносными сосудами и нервами разного калибра, расположенными на фоне развитого нервного сплетения, в составе которого хорошо выделяются поверхностное, крупнопетлистое и глубокое мелкопетлистое сплетения. Иногда необлитерированные участки КСП встречаются и у взрослых.

В пределах задних отделов КСП установлены нервные связи между ветвями сплетения нижней полой вены (названное нами – кавопеченочным сплетением) и нервными стволиками афферентной ножки органа (волокнами переднего и заднего печеночных сплетений), посредством *lig. venosum*. Эти межсистемные связи осуществляются, с одной стороны, по ходу пупочной вены/круглой связки, а с другой – по венозному потоку/*lig. venosum*.

ПРИСТРІЙ ДЛЯ ПІЛРОМІОТОМІЇ

Д.Ю.Кривченя, Б.М.Боднар, С.В.Шестобуз

*Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця
(м. Київ), Буковинський державний медичний університет
(м. Чернівці)*

Нами розроблено пристрій для запобігання можливим ускладненням під час операцій на гастродуоденальному сегменті з приводу природженого пілоростенозу. Пристрій являє собою модифікований затискач Більрота. Його робочі пластини частини замінені на пластини з хромванадієвої сталі V-подібної форми, приварені аргоном.

Даний пристрій застосовано у клініці дитячої хірургії Буковинського медуніверситету протягом 2002-2006 рр. у 17 дітей під час пілороміотомії за методом Фреде-Рамштедта. Після лінійного розсікання серозної оболонки в межах безсудинного поля передньої поверхні гіпертрофованого воротаря помір-

ними рухами вздовж розрізу в напрямку від шлунка до дванадцятипалої кишки розводять м'язові волокна та фіброзні тяжі до моменту пролабування слизової оболонки. Поворот пристрою на 180° запобігає пошкодженню "дзьоба" дванадцятипалої кишки під час міотомії. В жодному разі ускладнень не було.

ДИНАМІКА ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ЩЕЛЕП В ОНТОГЕНЕЗІ

З.З.Масна, Ю.С.Сафонова, Р.П.Криницький

*Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького*

Процеси структурної перебудови щелеп, зокрема їх коміркових відростків у процесі формування молочного та постійного прикусів у дитячому, підлітковому та юнацькому віці, після втрати зубів у дорослому та старечому віці, а також при різноманітних патологічних станах широко висвітлені в науковій літературі. Нами вивчені закономірності вікової динаміки щільності кісткової тканини коміркових відростків нижньої щелепи 50 осіб різного віку (10 – період молочного прикусу, 10 – період змінного прикусу, 10 – період формування постійного прикусу, 10 – період сформованого постійного прикусу, 10 – особи літнього віку з дефектами зубних рядів). Щільність кісткової тканини визначали апаратом для проведення дентальної радіовізіографії фірми SIEMENS з програмним забезпеченням TROPHY RADIOLOGY.

Встановлено, що показники щільності кісткової тканини досліджуваної ділянки значно знижуються при прорізуванні та зміні зубів, а також після їх патологічної втрати, що свідчить про переважання в ці періоди процесів резорбції. Показники максимальної щільності виявлені в період сформованого постійного прикусу. Знання особливостей вікової динаміки досліджуваного показника має велике значення для практичної стоматології (відкриває нові перспективи стоматологічної імплантології), дозволяючи вчасно проводити корекцію мінерального складу кістки, стимулювати її структурну перебудову, чи, навпаки, запобігати їй.

ОСОБЛИВОСТІ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ, ПЕРВИННО ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ У ХІРУРГІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ

Д.Ю.Нечитайло, Т.М.Міхєєва

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

За останній час значно зріс рівень дитячої гастроудоденальної патології. Основна кількість таких дітей відразу звертається до гастроентеролога. В той же

час, із-за клініко-анатомічних особливостей травної системи певний відсоток дітей первинно потрапляє до хірургічного відділення.

Мета роботи: з'ясувати особливості гастроудоденальної патології у дітей, що були первинно госпіталізовані у хірургічне відділення. Нами обстежено 18 дітей віком від 4 до 12 років, які лікувалися у гастроентерологічному відділенні МДКЛ № 1 м. Чернівці, але спочатку були госпіталізовані в хірургічне відділення з підозрою на гострий апендицит. Використовували антропометричні, клінічні, лабораторні та інструментальні методи. Проведено визначення фізичного та психомоторного розвитку дітей, клінічне обстеження, ендоскопічне обстеження, зондування та стандартні лабораторні аналізи. Всім дітям при госпіталізації встановлено діагноз: гострий апендицит. Після виключення хірургічної патології вони були направлені у гастроентерологічне відділення.

Повне обстеження виявило такі види гастроудоденальної патології: гострий ерозивний гастроудоденіт (54 %), загострення хронічного холециститу (12 %), поєданого в одному випадку з лямбліозом. Крім того, у 7 % дітей діагностовано аскаридоз, у 27 % дітей відзначили наявність синдрому подразненого кишечника, у 2 дітей – абдомінальну форму мігрені. Нервово-психічний розвиток обстежених дітей та емоційний баланс мали певні особливості. Психовегетативний синдром спостерігався у 10 % дітей, в одній дитини виявлено ознаки перманентної вегетативної недостатності. На основі проведеного дослідження встановлені види гастроудоденальної патології у дітей, які найчастіше призводять до первинної госпіталізації у хірургічне відділення, що необхідно врахувати як педіатрам, так і дитячим хірургам при проведенні диференційного діагнозу.

ДІАГНОСТИКА І ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ТРАВМ ШЛУНКА

В.П.Польовий

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Згідно з класифікацією А.Н.Філатова, розрізняють відкриті та закриті травми шлунка. Закриті діляться на такі види: 1) ушкодження, спричинені ударом у живіт або його стисненням; 2) удар шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) без порушення цілісності серозної та слизової оболонок; 3) надриви окремих оболонок стінки шлунка і ДПК; 4) повні розриви стінок; 5) розчавлення шлунка і ДПК.

За період 1995-2007 рр. на лікуванні перебувало 19 пацієнтів (чоловіків – 16, жінок – 3) з різними видами ушкоджень шлунка, віком 15-72 років. До однієї години після травмування госпіталізовано 10 пацієнтів, до шести – 4, до 24 год. – 3, понад 24 год. – 2. Механізм травмування був такий: удар у надчеревну

ділянку – 7, стискання тулуба на рівні надчеревної ділянки – 4, падіння на живіт – 5, вогнепальні поранення – 3. Розриви визначалися в межах тіла шлунка (11), на передній стінці воротарної (5) та кардіальної (1) частин, на малій кривині (2). Протягом 2-х год. після госпіталізації оперовано 16 осіб, після 6 год. – 3. До оперативного втручання ушкодження шлунка діагностовано тільки в 2-х осіб. Із 12 хворих з поєднаною травмою 10 госпіталізовані в стані шоку та з великою внутрішньою кровотечею (1500-2000 мл), з них 5 осіб померло.

Лапароцентез і лапароскопія застосовані нами шість разів. Наявність патологічного вмісту або крові в черевній порожнині слугувала приводом для невідкладного хірургічного втручання. Розрив шлунка або підозру на його ушкодження вважали показанням до негайного оперативного лікування. Під час ревізії оцінювали цілісність задньої стінки шлунка, наявні гематоми в його проекції. Операція полягала у відсіканні рваних країв рани, зашиванні розривів дворядними швами, декомпресії шлунка поліхлорвініловим зондом та дренажуванні черевної порожнини. Нами розроблений спосіб хірургічного лікування пошкоджень шлунка (декл. пат. № 14789). За збірною статистикою, летальність внаслідок закритих ушкоджень шлунка досягає 41-46%, за нашими даними – 26,3%.

Вважаємо, що передумовами зниження летальності пацієнтів із травмою шлунка є негайна госпіталізація постраждалих у хірургічний стаціонар, рання діагностика розриву органа, невідкладне оперативне втручання, протишокова терапія в перед- та післяопераційному періодах, ретельний догляд.

АНАТОМІЧНІ ВАРІАНТИ ІЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КУТА І КИШКОВА ІНВАГІНАЦІЯ

О.Є.Худяков, М.В.Антипов, Л.М.Дугадко, М.Г.Руденко,

І.О.Здиховський

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

Однією з актуальних проблем дитячої хірургічної гастроентерології є кишкова інвагінація, яка вирізняється раптовим початком, швидким перебігом і розвитком тяжких ускладнень. Частіше на це захворювання страждають діти грудного віку, що наштовхує дослідників вважати основною причиною інвагінації незрілість сфінктерного апарату баугінієвої заслінки, надмірну рухомість сліпої і висхідної ободової кишок, відносну вікову невідповідність діаметрів термінального відділу клубової і сліпої кишок. Для уточнення ролі даних анатомічних чинників у виникненні інвагінації нами під час оперативних втручань з приводу цієї патології в 16 дітей грудного віку проведено вимірювання діаметрів клубової і сліпої кишок, довжини брижі сліпої і висхідної ободової кишок. Також визначали рухомість правої половини товстої кишки

завдяки вимірюванню кута відхилення її від вертикальної осі. Звертали увагу на варіанти будови сліпої кишки (лійкоподібний і мішкоподібний) і варіанти впадання клубової кишки в сліпу (високий і низький). Вік хворих коливався від 4 міс. до 1 року. У дослідження включені діти тільки з тонко-товстокишковою інвагінацією.

Одержані результати показали, що чіткого зв'язку між кишковою інвагінацією у дітей грудного віку і наявністю підвищеної рухомості правої половини ободової кишки немає. У переважній більшості хворих ілеоцекальний кут фіксований відповідно до віку, довжина брижі сліпої кишки не перевищувала 5 см. Залежності від типу будови сліпої кишки та виду впадання клубової кишки в сліпу також не виявлено. Відношення діаметрів тонкої і товстої кишок не оцінювали із-за вираженого набряку термінального відділу клубової кишки, залученого в інвагінат.

Отже, в патогенетичному аспекті на перший план виступає посилена перистальтика і рухомість клубової кишки. Слабкість сфінктерного апарату баугінієвої заслінки в цьому випадку є вторинною.

КОНСТИТУЦИОННЫЕ И ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У МАЛЬЧИКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

И.А.Чешик, Е.К.Шестерина, С.Н.Никонович, В.Н.Жданович

Гомельский государственный медицинский университет

(Беларусь)

Углубленные медицинские осмотры детей показали достоверно высокие уровни заболеваемости детей до 14 лет отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, врожденными аномалиями развития, болезнями нервной системы, новообразованиями, болезнями системы кровообращения, органов пищеварения, костно-мышечной системы, органов чувств. Физическое развитие (ФР) как совокупность различных показателей (длина, масса, форма, сила и др.), обусловленных комплексом наследственных и социальных факторов, считается одним из важнейших критериев, отражающих состояние здоровья детского населения [1]. Для изучения ФР детей и подростков разработана унифицированная методика измерений человеческого тела и его частей. Данные, полученные при антропометрических обследованиях однородных групп, могут послужить основой для популяционного мониторинга на конкретной территории.

Для многих хронических заболеваний детского возраста не существует определенной симптоматики, относящейся к раннему этапу развития болезни, поэтому нарушение ФР является одним из первых признаков неблагополучия и

служит показанием для углубленного обследования ребёнка. Морфологический статус отражает влияние многочисленных эндогенных и экзогенных факторов, поэтому уровень и гармоничность ФР – важные социально-экономические показатели, особенно при регулярном динамическом наблюдении за здоровьем, которое должно постоянно находиться в поле зрения специалистов [2-3]. Антропометрическое обследование и использование связанных с ним методов позволяет дополнить клиническую картину рядом признаков, характеризующих заболевание, и тем самым уточнить диагноз [4].

Имеются данные [5], что ФР характеризуется увеличением с возрастом количества детей с дисгармоничным морфофункциональным статусом с 26-28 % до 42-56 %, а в структуре заболеваемости первое место занимают болезни органов пищеварения. Часто и длительно болеющие мальчики чаще имеют более высокие значения массы тела и окружности грудной клетки [6]. Лица грудномышечного типа конституции наиболее подвержены заболеваниям органов пищеварения. Среди больных с язвенной болезнью число лиц с астеническим телосложением в 3,2 раза выше, а с нормостеническим – в 2,6 раза ниже [7].

Дерматоглифический анализ является традиционным методом антропологии и генетики. Гребневый узор в некоторых аспектах является весьма важным антропологическим признаком. Признаки дерматоглифики характеризуются количественной вариабельностью, индивидуальной специфичностью и групповым многообразием, высокой полигенной наследуемостью и отсутствием изменений при воздействии постнатальных факторов. Они могут быть использованы в медицинских целях как фактор-индикатор предрасположенности к различным формам патологии. В настоящее время с помощью изучения кожного рисунка выявляют туберкулез, сахарный диабет, острый лейкоз, глаукому, язву двенадцатиперстной кишки и др. Имеются публикации об изменениях дерматоглифики у больных инфарктом миокарда, нейросенсорной тугоухостью [8].

Нами проведены антропометрическое и дерматоглифическое обследование 54 мальчиков в возрасте от 10 до 16 лет, проживающих в Гомельской области, и имеющих клинически установленный диагноз: хронический гастрит или хронический гастродуоденит. Группу контроля (ГК) составили 66 практически здоровых мальчиков того же возраста, проживающие в тех же экологических условиях. Определение возраста детей проводили путем вычитания даты рождения из даты обследования. При этом к определенной возрастной группе относили детей с 6 месяцев предыдущего возрастного года до 5 месяцев 29 дней текущего года. Антропометрические данные получены на основе унифицированной методики В.В.Бунака [9]. Соматометрическая программа включала следующие показатели ФР: масса тела (МТ), длина тела (ДТ), окружность грудной клетки (ОГК), ширина плеч. Определяли их соотношения – антропометрические индексы – для комплексной оценки физического и функционального состояния организма: соотношения показателей ДТ, МТ и ОГК. Каждому

значению ДТ в пределах "нормы" соответствует определенный размах изменчивости МТ и ОГК с учетом половых различий [10]. Отклонения от этих соответствий рассматриваются как показатели дисгармоничности ФР, связанные со снижением функциональных способностей организма [11]. При помощи антропометрического индекса Пинье определяли конституциональные типы обследованных.

Для исследования дерматоглифических показателей использовалась методика снятия отпечатков ладонных поверхностей кистей на линованную плотную писчую бумагу. Отпечатки снимали с помощью типографской краски, которую наносили на ладонь валиком шириной 5 см. Лист микропористой резины толщиной 5-10 мм использовался для более равномерного прижатия бумаги к ладони. Анализ дерматоглифических рисунков проводили по классической методике [12] в модификации Т.Д.Гладковой [8].

При проведении анализа дерматоглифических признаков на правой и левой

Таблица 1

Распределение дерматоглифических индексов пальцевых узоров у больных гастритом (%)

Индексы	Рука	Контроль	Гастрит
Индекс Фуругаты	правая	30,1	81,8
	левая	30	50,8
Индекс Данкмеера	правая	8,8	6,2
	левая	18,2	8,3
Индекс Полла	правая	2,7	5,1
	левая	5,5	4,2

Таблица 2

Распределение обследованных мальчиков по соматотипам

Тип конституции	Гастрит		Контроль	
	n	%	n	%
Астенический	32	59,25	38	57,58
Нормостенический	22	40,75	26	39,42
Гиперстенический	0	0	2	3,0
Всего	54	100	66	100

руке в исследуемой нозологической группе и ГК отмечена значимая асимметрия распределения некоторых из них. В группе больных гастритом выявлены следующие наиболее значимые фенотипические маркеры. Характерными в сравнении с контролем особенностями на правой руке оказались завитковые узоры на первом и пятом пальцах ($48 \pm 0,64$ % – гастрит, $23 \pm 0,33$ % – ГК; $27 \pm 0,02$ % – гастрит, $6 \pm 0,66$ % – ГК). На левой руке достоверно значимыми ($P < 0,05$) признаками дерматоглифического фенотипа являются: истинный (петлевой) узор в области гипотенара ($24 \pm 0,32$ % – гастрит, $3 \pm 0,33$ % – ГК), петлевой узор в области третьего и четвертого межпальцевых промежутков ($54 \pm 0,05$ % – гастрит, 20 % – ГК; $67 \pm 0,56$ % – гастрит, $43 \pm 0,33$ % – ГК), завитковый узор на четвертом пальце ($56 \pm 0,75$ % – гастрит, $26 \pm 0,66$ % – ГК).

Для оценки процентного соотношения пальцевых узоров в исследуемых группах использовались качественные индексы Фуругаты, Данкмеера и Полла. Индексы, отражающие процентное соотношение завитков и петель, дуг и завитков, дуг и петель на групповом уровне приведены в таблице 1.

На основании распределения значений индекса Пинье мальчики обеих исследуемых групп были разделены по типам телосложения (табл. 2).

Другие исследованные антропометрические показатели достоверно значимых групповых отличий не имеют.

Выводы. 1. Конституциональные типы мальчиков, имеющих патологию со стороны органов пищеварения, не имеют существенных отличий от своих условно здоровых сверстников и не могут являться критерием формирования групп риска по гастроэнтерологическим заболеваниям. 2. Проведенные исследования позволили выделить ряд дерматоглифических маркеров, которые указывают на информативность выбранного подхода и при проведении дальнейших исследований позволяют разработать критерии донозологической диагностики гастроэнтерологической патологии.

Литература

1. Ямпольская Ю.А. Физическое развитие школьников Москвы в последнее десятилетие // *Гигиена и санитария*. – 2000. – № 1. – С. 65-68.
2. Матвеева Н.А., Кузмичев Ю.Г., Богомолова Е.С. и др. Динамика физического развития школьников Нижнего Новгорода // *Гигиена и санитария*. – 1997. – № 2. – С. 26-28.
3. Клиорин А.И. Конституция человека // *Terra Medica*. – 1996. – № 4. – С. 4-9.
4. Meaney F.J. Anthropologists in medical genetics: a developing niche // *Amer. J. Phys. Anthropol.* – 1984. – V. 63, № 2. – P. 192.
5. Кучма В.Р., Суханова Н.Н., Катечкина Н.А., Каретина С.А. Изучение влияния образа жизни на физическое развитие и состояние здоровья школьников // *Гигиена и санитария*. – 1996. – № 1. – С. 27-28.
6. Полина Н.И., Иванова В.И. Физическое развитие здоровых и часто длительно болеющих школьников г. Минска // *Новости спорт. и мед. антропол.* – 1991. – Вып. 3 (7). – С. 57.
7. Мелешкина К.Г., Буглак Н.П. Влияние конституциональных особенностей на фенотипические проявления язвенной болезни // *Тез. докл. I съезда мед. генет. СССР*. – Львов, 1988. – С. 67.
8. Гладкова Т.Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека. – М., 1966. – 151 с.
9. Бунак В.В. Методика антропометрических исследований. – М.: Изд-во МГУ, 1931. – 121 с.
10. Бунак В.В. Опыт

типологии пропорций тела и стандартизации главных антропометрических размеров // Учен. записки МГУ. – 1937. – Вып. 10. – С. 7-102. 11. Chamla M.-C. Microvariation morphologiques chez des habitants de la region parisienne en fonction de l'origine geographique et des categories professionnells // Bull. et mem. soc. anthropol. Paris. – 1979. – V. 6, № 3. – P. 269-293. 12. Cummins H., Midlo Ch. Finger Prints Palms and Soles. An Intosduction to Dermatoglyphics. – Philadelphia, 1943. – 236 p.

СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ МАЛЬЧИКОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И.А.Чешик, Е.К.Шестерина, С.Н.Никонович, В.Н.Жданович

Гомельский государственный медицинский университет

(Беларусь)

Проведено исследование антропометрических показателей 190 мальчиков в возрасте от 10 до 16 лет, проживающих в Гомельской области. К I группе, включающей 54 человека, отнесены лица, имеющие на момент обследования в анамнезе установленный диагноз – хронический гастрит или хронический гастродуоденит. Во II группу (136 чел.) вошли условно здоровые дети. Соматометрическая программа включала следующие показатели физического развития: масса и длина тела, окружность грудной клетки, ширина плеч и таза, толщина жировых складок лица, туловища и конечностей. Определялись их соотношения – антропометрические индексы (Пинье, Эрисмана и др.), производилась оценка конституционного типа, рассчитывалась массовая доля жира в организме мальчиков. Электронные базы данных составлены в таблицах Excel и импортированы в пакет статистических программ Statistica 6.0. Математические данные обработаны с использованием требований параметрической и непараметрической статистики.

При сравнении данных на групповом уровне достоверных различий ни по одному из полученных антропометрических параметров, а также по конституционным типам не выявлено. Таким образом, соматометрические характеристики не могут служить критерием оценки предрасположенности к возникновению гастроэнтерологических заболеваний у детей в возрасте 10-16 лет.
