

пии требуют дальнейшей разработки. Все еще остаются нерешенными вопросы, восстановление структуры и функции периапикальных тканей после лечения деструктивных форм заболевания.

Ключевые слова: хронический верхушечный периодонтит, одонтогенная инфекция, диагностика.

RATIONALE FOR THE QUALITY OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH DESTRUCTIVE FORMS OF CHRONIC APICAL PERIODONTITIS

N.V. Vatamaniuk, O.B. Belikov

Abstract. In recent years certain progress has been made in search of new and updating known methods of treatment of chronic periodontitis. However, many questions of causal and pathogenetic therapy require further development. There are still unresolved issues a restoration of the structure and function of the periapical tissues after a treatment of destructive forms of the disease.

Key words: chronic apical periodontitis, odontogenic infection, diagnosis.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – доц. Н.Б. Кузник

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 4 (64). – P. 30-33

Надійшла до редакції 21.09.2012 року

© Н.В. Ватаманюк, О.Б. Бєліков, 2012

УДК 611.351

О.Я. Вітенюк

ЗОВНІШНЯ БУДОВА ТА КРОВОПОСТАЧАННЯ ПРЯМОЇ КИШКИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ОНТОГЕНЕЗУ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. За допомогою анатомічних методів дослідження встановлено, що на внутрішній поверхні прямокишкової стінки з третього триместру внутрішньоутробного розвитку визначаються як поперечні, так і поздовжні складки. Верхня та середня поперечна складки прямої кишки найбільші, поздовжні складки більше

виражені в дистальному відділі прямої кишки. Середні прямокишкової артерії в перинатальному періоді онтогенезу найваріабельніші.

Ключові слова: пряма кишка, анатомія, плід, новонароджений, людина.

Вступ. Проблема аноректальних вад – одна з провідних у новонароджених дітей, що зумовлено високою частотою (60-70 %) віддалених ускладнень (нетримання калу і газів, хронічні запори, стриктури в ділянці відхідника, дивертикули і стенози сечівника) [4, 9]. Незважаючи на певні успіхи дитячої хірургії, відсоток незадовільних наслідків після хірургічного лікування аноректальних вад зберігається високим [8]. Питання термінів хірургічного втручання та його техніки при різних формах природжених вад прямої кишки досі не вирішені [5, 6]. Тому поглиблене вивчення анатомо-функціональних особливостей прямої кишки (ПК) відповідно до виконання радикальних та реконструктивно-відновлювальних етапів оперативного втручання сприятиме поліпшенню операційних результатів та якості життя оперованих хворих [2, 10]. Незважаючи на велику кількість наукових публікацій і тривалу історію дослідження будови аноректального сегмента [1, 3, 7], і досі відсутній спільний погляд щодо його морфогенезу та виникнення анатомічних варіантів ПК. Для визначення особливостей процесів органогенезу ПК слід звернути особли-

ву увагу на особливості її макробудови і кровопостачання в перинатальному періоді онтогенезу.

Мета дослідження. Встановити особливості макробудови і кровопостачання прямої кишки в перинатальному періоді онтогенезу людини.

Матеріал і методи. Дослідження проведено на 53 препаратах трупів плодів (від 4 до 10 місяців) та дев'яти новонароджених (зокрема, п'ять окремих органоконструкцій) без зовнішніх ознак анатомічних відхилень або аномалій та без явних макроскопічних відхилень від нормальної будови шлунково-кишкового тракту. Використовували сучасні адекватні анатомічні методи дослідження: макромікропрепарування, ін'єкцію кровоносних судин із наступним препаруванням та рентгенографією, морфометрію. Метод ін'єкції хрононосних судин проводили за допомогою ін'єкційної суміші на основі свинцевого сурику (свинцевий сурик, ефір, клей БФ-6 або універсальний клей "Момент") або харчовою желатиною з домішками червоної туші на свіжих нефіксованих препаратах, які вводили через низхідну частину аорти.

Результати дослідження та їх обговорення. З віком плодів внутрішній рельєф ПК змінюється.

© О.Я. Вітенюк, 2012

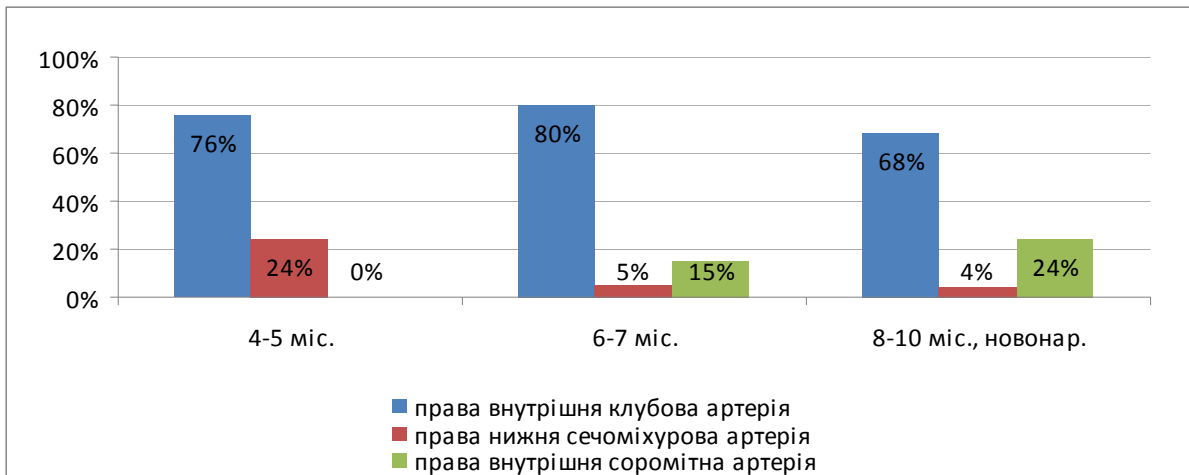


Рис. 1. Джерела правої середньої прямокишкової артерії у перинатальному періоді онтогенезу

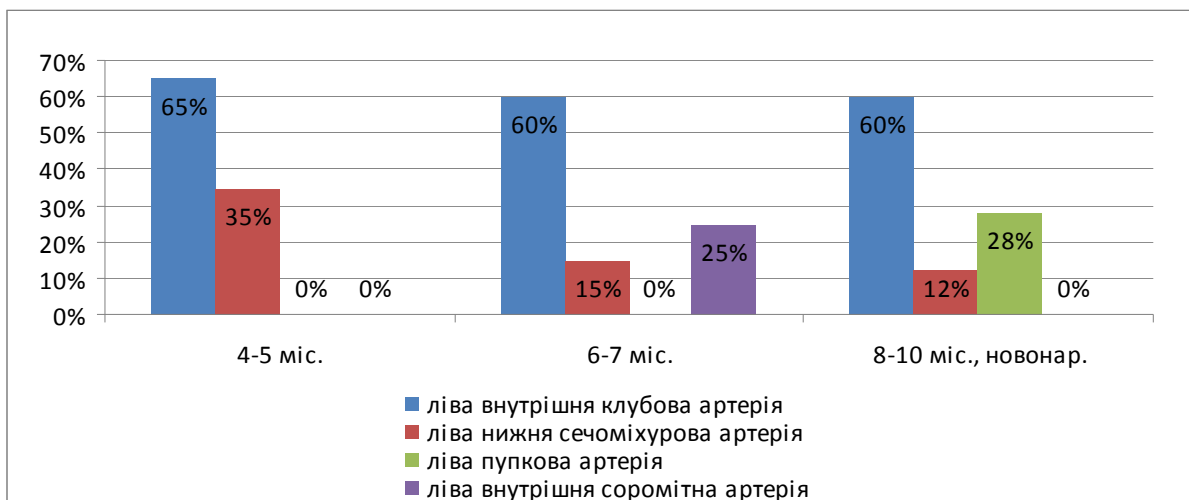


Рис. 2. Джерела лівої середньої прямокишкової артерії у перинатальному періоді онтогенезу

У ранніх (4-5-місячних) плодів поперечні та поздовжні складки слизової оболонки не виражені, у 6-місячних – починають виявлятися поперечні складки: верхня та середня, які заповнюють майже 1/3 просвіту кишки, нижня – майже не виражена. На початку 7-го місяця розвитку (плоди від 301,0 до 320,0 мм тім'яно-п'яткової довжини (ТПД)) рельєф внутрішньої поверхні ПК хвилястий. Всі поперечні складки слизової оболонки ПК виражені, найбільшою складкою, яка заповнює просвіт кишки на 1/2, є середня. Наприкінці 7-го місяця розвитку (плоди від 321,0 до 350,0 мм ТПД) на внутрішній поверхні прямокишкової стінки виявляються як поперечні, так і поздовжні складки слизової оболонки. Майже 2/3 просвіту ампули ПК заповнює середня поперечна складка, меншою (1/2 просвіту кишки) є верхня, ще меншою – нижня. У пізніх (8-10-місячних) плодів та новонароджених ПК містить як поперечні, так і поздовжні складки, які чітко виявляються макроскопічно. Верхня та середня поперечні складки ПК найбільші, вони заповнюють просвіт кишки на 2/3 її діаметра, меншою є нижня (до 1/2 просвіту). Поздовжні складки найбільше виражені в нижніх відділах кишки.

У перинатальному періоді онтогенезу відхідниково-прямокишкова лінія – межа між ампулою ПК та хірургічним відхідниковим каналом – маловиражена. З віком плодів збільшується кількість відхідникових стовпів: від 6-9 – у 7-місячних плодів до 7-10 – у 8-10-місячних плодів та новонароджених. Упродовж плодового та раннього неонатального періодів онтогенезу відхідникові пазухи маловиражені.

У 12 % випадків у 8-10-місячних плодів (у 3 % – упродовж перинатального періоду онтогенезу) виявлено варіант будови внутрішньої поверхні ПК, для якого характерно наявність чотирьох поперечних складок: верхньої, середньовверхньої, середньонижньої, нижньої. Верхня – розміщена у верхніх відділах ампули кишки зліва, дві середніх (верхня та нижня) – справа, на відстані одна від другої до 10,0 мм, нижня – у нижніх відділах ампули кишки зліва. У цих випадках найбільшою поперечною складкою, яка заповнює 1/2 просвіту кишки, є нижня.

Кровопостачання ПК у перинатальному періоді онтогенезу людини відбувається верхньою прямокишковою (непарна) та середньою прямокишковою (парна) артеріями. Відхідниковий ка-

нал кровопостається парною нижньою прямокишковою артерією – гілкою внутрішньої соромітної артерії.

Верхня прямокишкова артерія (ВПА) – гілка верхньої брижової артерії, простягається у каудальному напрямі по задній поверхні надампулярної частини та ампули ПК між стінкою кишки та тазовою поверхнею крижової кістки. ВПА проходить майже посередині ПК, у 10 % спостережень вона розміщена зліва від серединної лінії, ближче до лівої бічної поверхні кишки. ВПА перетинає задню стінку лівої загальної клубової вени, по ходу віддає гілки до надампулярної частини та ампули ПК. У 4-7-місячних плодів у нижньому відділі ампули ПК на рівні III та IV крижових хребців ВПА дихотомічно ділиться. У 8-10-місячних та новонароджених у дистальній частині ПК ВПА частіше (84 %) поділяється на дві кінцеві гілки, у 16 % випадків – на три.

Права середня прямокишкова артерія (ПСПА) у більшості спостережень (76 % – 4-5-місячних плодів, 80 % – у 6-7-місячних плодів, 68 % – у 8-10-місячних та новонароджених) бере початок від правої внутрішньої клубової артерії. ПСПА розміщена між правою сечоміхуровою та правою внутрішньою соромітною артеріями. У 24 % випадків у 4-5-місячних плодів, у 5 % у 6-7-місячних плодів та в 4 % у 8-10-місячних плодів та новонароджених ПСПА починається від спільного стовбура, який відгалужується від правої внутрішньої клубової артерії, після чого поділяється на праву нижню сечоміхурову на середню прямокишкову артерію. У 6-7-місячних плодів ПСПА у 15 % спостережень бере початок від правої внутрішньої соромітної артерії, у 8-10-місячних плодів та новонароджених – у 24 % (рис. 1). Цікавим є те, що з віком плодів зменшуються показники відгалуження ПСПА від правої внутрішньої клубової та правої нижньої сечоміхурової артерії.

Ліва середня прямокишкова артерія (ЛСПА) у 65 % випадків у 4-5-місячних плодів та в 60 % у 6-10-місячних плодів та новонароджених є гілкою лівої внутрішньої клубової артерії, від якої відгалужується краніальніше ліва внутрішня соромітна артерія. У 4-5-місячних плодів ЛСПА у 35 % спостережень починається від спільного стовбура, який бере початок від лівої внутрішньої клубової артерії, після чого поділяється на ліву нижню сечоміхурову на середню прямокишкову артерію. У 6-7-місячних плодів ЛСПА у 25 % випадків є гілкою лівої внутрішньої соромітної артерії, у 15 % – разом із лівою нижньою сечоміхуровою артерією починається спільним стовбуром від лівої внутрішньої клубової артерії. У 8-10-місячних плодів та новонароджених у 28 % випадків ЛСПА – гілка лівої пупкової артерії, в решті спостережень (12 %) – гілка спільного стовбура, який починається від лівої внутрішньої клубової артерії, після чого поділяється на ліву нижню сечоміхурову та ЛСПА (рис. 2). Для ЛСПА характерний більший відсоток варіабель-

ного відгалуження від додаткових артерій. ЛСПА, крім вище зазначених додаткових артерій, від яких починається права середня прямокишкова, бере початок від лівої пупкової артерії у ранніх та пізніх плодів. Відгалуження даної артерії від лівої внутрішньої соромітної артерії характерно для 6-7-місячних плодів.

У всіх випадках ПСПА відходить краніальніше лівої. Середні прямокишкові артерії розміщені в бічних зв'язках прямої кишки, біля бічних поверхонь ампули прямої кишки частіше (87 %) поділяються на дві гілки. На основі даного анатомічного факту – дихотомічного поділу середньої прямокишкової артерії обабіч ампули ПК – можна визначити ширину ампули ПК на рентгенограмах, вимірявши відстань між точками поділу артерій без виконання макромікропрепарування об'єктів дослідження.

Висновки

1. На внутрішній поверхні прямокишкової стінки з третього триместру внутрішньоутробного розвитку визначаються як поперечні, так і поздовжні складки. Верхня та середня поперечна складки прямої кишки найбільші, вони заповнюють просвіт кишки на $2/3$ її діаметра. Поздовжні складки більше виражені в дистальному відділі кишки.

2. Середні прямокишкові артерії в перинатальному періоді онтогенезу є найбільш варіабельними, частіше (68 %) вони починаються від внутрішніх клубових артерій, рідше (32 %) – від пупкових артерій, нижніх сечоміхурових та внутрішніх соромітних артерій.

Перспективи подальших досліджень. З'ясувати анатомічні особливості кровопостачання прямої кишки та відхідникового каналу впродовж всього онтогенезу людини.

Література

1. Жуков Б.Н. Колопроктологія / Б.Н. Жуков. – Самара, 2000. – 315 с.
2. Лурін І.А. Статистичний аналіз діагностичної цінності методів передопераційної топографічної діагностики екстрасфінктерних норниць прямої кишки / І.А. Лурін, Є.В. Цема // Укр. ж. малоінвазив. та ендоскоп. хірургії. – 2007. – Т. 11, № 2. – С. 11-16.
3. Основы колопроктологии / Под. ред. Г.И. Воробьева. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – 432 с.
4. Противоестественный задний проход на сигмовидной кишке как первый этап хирургической коррекции пороков развития аноректальной области у новорожденных / В.В. Иванов, М.А. Аксельров, В.М. Аксельров [и др.] // Дет. хирургия. – 2008. – № 1. – С. 14-16.
5. Хирургическое лечение атрезии прямой кишки / Э.А. Семилов, В.И. Щербина, В.Г. Цуман [и др.] // Дет. хирургия. – 2003. – № 6. – С. 49-51.
6. Чепурной Г.И. Проктопластика при атрезии прямой кишки / Г.И. Чепурной, В.В. Орловс-

- кий, А.П. Саламаха // Дет. хирургия. – 2001. – № 3. – С. 26-29.
7. Bharucha A.E. Pelvic floor; anatomy and function / A.E. Bharucha // Neurogastroenterol. Motil. – 2006. – Vol. 18, № 7. – P. 507-519.
8. Demirbas S. Comparison of laparoscopic and open surgery for total rectal prolapse / S. Demirbas, M.L. Akin // Surg. Today. – 2005. – Vol. 35, № 6. – P. 446-452.
9. Madbouly K.M. Clinically based management of rectal prolapse / K.M. Madbouly, A.J. Senagore, H.J. Delaney // Ibid. – 2003. – Vol. 17. – P. 99-103.
10. Purkayastha S. Comparison of open vs. laparoscopic abdominal rectopexy for full – thickness rectal prolapse: a meta – analysis / S. Purkayastha, P. Tekkis, T.A. Athanasiou // Dis. Colon Rectum. – 2005. – Vol. 48, № 10. – P. 1930-1940.

ВНЕШНЕЕ СТРОЕНИЕ И КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА

О.Я. Вітенюк

Резюме. С помощью анатомических методов исследования установлено, что на внутренней поверхности прямокишечной стенки начиная с третьего триместра внутриутробного развития определяются как поперечные, так и вертикальные складки. Верхняя и средняя поперечные складки прямой кишки более большие, вертикальные складки больше выраженные в дистальных отделах прямой кишки. Средние прямокишечные артерии в перинатальном периоде онтогенеза более переменные.

Ключевые слова: прямая кишка, анатомия, плод, новорожденный, человек.

THE EXTERNAL STRUCTURE AND BLOOD SUPPLY OF THE RECTUM IN THE PERINATAL PERIOD OF ONTOGENESIS

O.Ya. Vitenok

Abstract. It has been established by means of the anatomical methods of research that both the transverse and longitudinal folds are identified on the internal surface of the rectal wall, beginning from the third trimester of the intrauterine development. The superior and median transverse folds of the rectum are the largest, the longitudinal folds are more evident in the distal portion of the rectum. The middle rectal arteries are the most variable in the perinatal period of ontogenesis.

Key words: rectum, anatomy, fetus, newborn, human.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. В.В. Кривецкий

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 4 (64). – P. 33-36

Надійшла до редакції 02.10.2012 року

© О.Я. Вітенюк, 2012

УДК 616.61-008.64:616.65-006.3.03

К.А. Владиченко

ФІБРИНОЛІТИЧНА АКТИВНІСТЬ КРОВІ ПРИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНІЙ РЕЗЕКЦІЇ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Досліджено динаміку показників фібринолітичної активності сироватки крові при оперативному лікуванні пацієнтів із доброякісною гіперплазією передміхурової залози. Оперативне втручання виконувалося в об'ємі – трансуретральна резекція передміхурової залози. З'ясовано особливості стану фібринолізу під час інтра- та післяопераційного періодів. Проаналізовано стан фібринолітичної активності крові в пацієнтів

із доброякісною гіперплазією передміхурової залози та в контрольній групі, до якої включено чоловіків ідентичного віку.

Ключові слова: доброякісна гіперплазія передміхурової залози, трансуретральна резекція, фібринолітична активність крові.

Вступ. На сьогодні одним із найбільш оптимальних шляхів оперативного лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози

(ДГПЗ) є її трансуретральна резекція (ТУР) [2]. Особливістю даного контингенту пацієнтів є вікове зниження функціонально-

© К.А. Владиченко, 2012