

6. Pepenin V. R. K voprosu ob ultrazvukovoy diagnostike zabolevaniy predstavitelnoy zhelezy / V. R. Pepenin, A. K. Doroshenko, V. N. Akulin [i dr.] // Zdorove muzhchiny. – 2007. – No 3. – S.166-168.
7. Hallo O. E. Morfo-funktsionalna charakteristika peredmiurovoy zalozi i yaechka u cholovikiv reproduktivnogo viku ta pislya gernioplastiki / O. E. Hallo // Galitskiy likarskiy visnik. – 2011. – No 1. – S.71-72.
8. Schaeffer A. J. Epidemiology and demographics of prostatitis / A. J. Schaeffer // Europ.Urol.Supplem/ - 2003. - №2. – P.5-10.
9. Schill W. B. Andrology for the Clinician / W. B. Schill, F. H. Comhaire, T. B. Hargreave // Москва. « ГЭОТАР- Медиа ». – 2011. –793 p.

Реферати

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН ВОЗРАСТОМ 22-35 ЛЕТ

Геращенко С. Б., Грицуляк Б. В., Грицуляк В. Б., Поливкан М. И., Халло О. Э.

Методами ультразвуковой диагностики и гистологии у 19 мужчин возрастом 22-35 лет исследовали гемодинамические и структурные особенности предстательной железы. Нами установлено, что в этом возрасте объем органа составляет (21,1±2,0) см³, а масса – (21,9±1,8) г, ширина предстательной железы – (37,4±2,0) мм, толщина – (24,5±1,8) мм и длина (22,8±2,1) мм. Пиковая систолическая скорость кровотока равняется (18,85±3,0) см/с, а диастолическая скорость кровотока – (5,76±0,03) см/с, индекс резистентности составляет (0,71±0,02) ус.ед., а объемный кровоток – (0,060±0,012) л/мин. У мужчин зрелого возраста гистологически предстательная железа имеет дольчатое строение, секреторные отделы долек альвеолярно-трубчатые, их эпителий призматический, соотношение между железистой паренхимой и мышечно-эластической стромой составляет 69,9 % к 30,1 %. В норме при цветном доплеровском картировании нами получено четкое изображение кровеносных сосудов предстательной железы. Капсулярные кровеносные сосуды в поперечном разрезе представлены точечными отдельными цветными сигналами диаметром (3,0±0,2) мм. Уретральные артерии и периуретральные вены имеют прямое направление и симметрично размещаются в периуретральной зоне. Возле предстательной железы по переднему и боковому контуру под видом трубчатых структур определяются сосудистые структуры венозных сплетений. Диаметр вен не превышает (4,0±0,1) мм.

Ключевые слова: предстательная железа, гемодинамические параметры.

Стаття надійшла 30.05.2015 p.

HEMODYNAMIC AND STRUCTURAL PECULIARITIES OF THE PROSTATE GLAND IN MEN AGED BETWEEN 22 AND 35 YEARS

Herashchenko S. B., Hrytsuliak B. V., Hrytsuliak V. B., Polyvkan M. I., Khallo O. Y.

Using the methods of ultrasonic diagnostics and histology, we have researched the hemodynamic and structural peculiarities of the prostate in 19 men aged between 22 and 35. We have found out that in the given age the volume of the said organ is – (21.1±2.0) cm³, the weight – (21.9±1.8) g, the width - (37.4±2.0) mm, the thickness – (24.5±1.8) mm and the length - (22.8±2.1) mm. The peak systolic blood flow velocity is (18.85±3.0) cm/sec and the diastolic one – (5.76±0.03) cm/sec, the resistance index is (0.71±0.02) conv. units and the volumetric flow rate – (0.060±0.012) l/min. Histologically, the prostate of men of a mature age is well developed and has an apparent lobular structure. The secretory segments of the prostate lobules are alveolar-tubular, the epithelium of the terminal parts of glands is prismatic, with the ratio of glandular parenchyma to elastic muscular stroma between 69.9 % and 30.1 %. By means of Doppler color flow imaging, we have obtained a clear image of prostatic blood vessels in normal condition. The capsular blood vessels in the transverse section are represented by separate dotted color signals with a diameter of (3.0±0.2) mm. The urethral arteries and periurethral veins have a straight direction and are symmetrically located in the periurethral area. Next to the prostate gland along the anterior and the lateral border, one can observe tubular vascular structures of venous plexuses. The vein diameter usually does not exceed (4.0±0.1) mm.

Key words: prostate, haemodynamic parameters.

Рецензент Гунас І.В.

УДК 618.1:616,381-072.1

А. А. Громова, Л. А. Нестеренко, В. Б. Мартиненко
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДА ПІДГОТОВКИ КИШКІВНИКА ПРИ ПРОВЕДЕННІ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

У роботі представлено досвід підготовки кишечника хворим, з гінекологічними захворюваннями, які вимагають оперативного втручання шляхом лапароскопії з використанням поліетиленгліколя, та проведення очисних клізм. Ефективність передопераційної підготовки кишечника, в обох групах хворих, оцінювалася під час операції. Результати клінічних досліджень показали на переваги передопераційної підготовки кишечника із застосуванням препарату що містить поліетиленгліколь.

Ключові слова: підготовка кишечника, лапароскопія.

Лапароскопія сьогодні є сучасним методом, який широко застосовується в загальній хірургії та гінекології. Особливо ефективно лапароскопія використовується в лікуванні багатьох гінекологічних захворювань, таких як ендометріоз, пухлини матки і яєчників, що дозволяє позбавити пацієнок від тривалого лікування [4].

Виконання гінекологічних операцій лапароскопічним доступом пов'язано з анатомічним близьким розташуванням тонкого та товстого кишечника які часто пов'язані з патологічним процесом при запальних захворюваннях жіночих статевих органів, ендометріозі, злуковій хворобі

органів черевної порожнини та інші. Також причиною об'ємних утворень малого тазу може бути патологія шлунково-кишкового тракту. Тому для виключення патології проводять по показанням фіброезофагодуоденоскопію, колоноскопію [2, 3].

Для лапароскопічних операцій важливо відсутність здуття петель кишківника. Накладення пневмоперітонеума є одним з важливих етапів лапароскопії. Введення газу в черевну порожнину необхідно для збільшення її об'єму і створення вільного простору між передньою черевною стінкою і кишечником, необхідного для переміщення інструментів і поліпшення умов для огляду. Звичайно ж, адекватна підготовка кишечника пацієнта перед проведенням лапароскопічних операцій просто необхідна. Голодування перед операцією не рекомендується, оскільки воно сприяє метаболічного ацидозу і обмінних порушень в післяопераційному періоді [1, 6, 9].

Зараз сформувалося два підходи до підготовки кишечника перед операцією. Перший полягає в повній відмові від будь-якої підготовки, якщо не планується безпосереднього втручання на кишці. Другий - підготовка проводиться у всіх випадках. В оперативній гінекології достатньо протягом 3х днів, що передують операції, дотримуватися дієти: зранку - легкий сніданок, в обід - рідина, ввечері - солодкий чай.

Існують різноманітні способи, які використовують для підготовки кишечника перед операцією. Це традиційні способи, до яких відносять нешлакову дієту, очисні клізми, прийом проносних засобів, загальне промивання шлунку та кишечника (лаваж). Але практика показала, що традиційні методи себе виправдовують не завжди через деякі недоліки. Нешлакова дієта створює сприятливі умови для звільнення тонкого кишечника, але воно не завжди достатнє. За допомогою очисних клізм можна досягти звільнення тільки дистального відділу товстої кишки. При вивченні ефективності традиційної підготовки в умовах стаціонару було показано, що повної відсутності кишкового вмісту вдається досягти тільки в 29-37% випадків [5, 7, 8]. Тригаційний лаваж кишечника манітолом та сольовими розчинами - складна у виконанні методика, яка важко переноситься пацієнтами і супроводжується різними ускладненнями, які пов'язані з водно-електролітними порушеннями і має чимало протипоказань. Тому в сучасній медицині вона розглядається виключно в історичному аспекті.

Сучасне очищення кишечника перед проведенням різних маніпуляцій, включаючи оперативні втручання - підготовка препаратом що містить поліетиленгліколь [2].

Метою роботи було визначення оптимального метода передопераційної підготовки кишечника у гінекологічних пацієнток традиційними методами та шляхом використання препарату, який мстить поліетиленгліколь.

Матеріал та методи дослідження. Методи дослідження: клініко-лабораторний, суб'єктивний і об'єктивний методи оцінки. Обстежено 97 жінок у віці від 20 до 45 років з різними гінекологічними захворюваннями, які вимагають оперативного лікування лапароскопічним доступом. При поступленні в стаціонар усім жінкам до операції проводили комплексне клініко-лабораторне обстеження. У 2-х з них виявлено міома матки з аденоміозом, у 14 - міома матки, у 48 - кістома яєчників і у 33 жінок – непліддя обумовлене трубним фактором.

Результати дослідження та їх обговорення. Всі обстежені жінки були поділені на 2 групи. I групу (ОГ) склали 52 жінки яким для передопераційної підготовки кишківника протягом трьох діб застосовували нешлакову дієту. Бажано харчуватися нежирними бульйонами, рибою, сиром, кашами та кефіром. Пацієнтки приймали напередодні оперативного втручання препарат що містить поліетиленгліколь за схемою: один пакетик препарату (64г) розчиняли в 1 літрі охолодженої, кип'яченої води. Для повного випорожнення кишечника, необхідно 3-4 пакета препарату - близько 3-4 літрів розчину. Після обіду, хворі, кожні 15 хвилин, приймали по 1 склянці приготовленого розчину. У всіх пацієнток протягом 4-5 годин спостерігалася 5-7 кратна дефекація. Усі без винятку хворі добре переносили препарат. Будь-яких порушень загального стану у жінок не спостерігалось. II групу - контроль (ГК) склали 45 жінок, яким до операції протягом трьох діб для підготовки кишечника застосовували нешлакову дієту. Напередодні операції, ввечері проводили очисну клізму (1,5 літра рідини).

Ефективність передопераційної підготовки кишечника, в обох груп хворих, оцінювалася під час операції - проводилася ревізія органів черевної порожнини. При цьому у жінок ОГ в 100% виявлено відсутність газів в кишечнику і його повне спорожнення, а це сприяло комфортній роботі хірурга. Практично не змінювалися показники гемоглобіну, електролітів, гематокриту і біохімічних показників білкового, азотистого та вуглеводного складу плазми крові. Не змінювалася динаміка електрокардіограми. Це все свідчить про те, що використання препарату класу макроглів для підготовки кишечника перед проведенням операції у пацієнтів не

призводить до змін гомеостазу та гемодинаміки. У 42 жінок КГ(93%), під час обзорної лапароскопії, встановлено повне спорознення кишечника.

Переваги передопераційної підготовки кишківника, гінекологічним хворим, з застосуванням препарату що містить поліетиленгліколь, у простоті процедури. Хворі самостійно проводять підготовку в домашніх умовах. Немає необхідності участі в проведенні такої процедури медперсоналу.

Висновок

Встановлено, що передопераційна підготовка кишківника гінекологічним хворим перед лапароскопією, препаратом що містить поліетиленгліколь, є оптимальним і ефективним методом.

Список літератури

1. Adamenko O. I. Podgotovka kishechnika k lechebnyim i diagnosticheskim protseduram / O. I. Adamenko, V. Yu. Pirogovskiy, B. V. Sorokin [i dr.].
2. Buriy A. N. Sravnitel'naya otsenka kachestva podgotovki patsientov k fibrokolonoskopii traditsionnyim metodom i preparatom Fortrans Meditsina svItu / A. N. Buriy, A. Yu. Nazarenko // - 2006, S. 18-21.
3. Vorobyev G. I. Osnovy koloproktologii «MIA» / G. I. Vorobyev // - Moskva, - 2006, 10 s.
4. Gromova A. M. Klinichna efektyvnist zastosuvannya mezogelya z metoyu profilaktiki zlukovogo protsesu pid chas hirurgichnih metodiv likuvannya tuboovarialnogo bezplidnya / A. M. Gromova, L. A. Nesterenko, V. B. Martynenko [i dr.] // Svit meditsini ta biologiyi. - 2014.- No 3(45) .- S. 32-34.
5. Semionkin E. I. Koloproktologiya / E. I. Semionkin // - Medpraktika, - 2004, Moskva, S. 54-59.
6. Beck D. E. Comparison of oral lavage methods for preoperative colon cleansing / D. E. Beck, V. W. Fazio, D. G. Jagelman // - Dis. Colon rectum, - 1986, Vol.29, N 11, P. 699-703.
7. Haves R. H. Comparative efficacy of colon cleansing methods / R. H. Haves, G. A. Lehman, R. L. Brunelle [et al.] // - Am.J.Roentgenology, - 1984, Vol.142, N 2, P. 309-310.
8. Sarna S. K. Physiology and pathophysiology of colonic motor activity / S. K. Sarna // - Part I, - 1991, Vol. 36, P. 827-862.
9. Oberlin P. Mechanical preparation of bowel for surgery / P. Oberlin // - Coloproctology, - 1986, Vol.8, N 5, P. 296-299.

Реферати

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА ПОДГОТОВКИ КИШЕЧНИКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Громова А. М., Нестеренко Л. А., Мартыненко В. Б.

В работе представлен опыт подготовки кишечника больным, с гинекологическими заболеваниями, требующим оперативного вмешательства путём лапароскопии с использованием полиэтиленгликоля и проведения очистительных клизм. Эффективность предоперационной подготовки кишечника, в обеих группах больных, оценивалась во время операции. Результаты клинических исследований показали на преимущества предоперационной подготовки кишечника с применением препарата содержащего полиэтиленгликоль.

Ключевые слова: Подготовка кишечника, лапароскопия.

Стаття надійшла 4.06.2015 р.

OPTIMIZATION OF METHOD OF BOWEL PREPARATION FOR LAPAROSCOPIC SURGERY IN GYNECOLOGICAL PATIENTS

Gromova A. M., Nesterenko L. A., Martynenko V. B.

The paper presents the experience of preparing the bowel patients with gynecological diseases requiring surgical intervention by laparoscopy using polyethylenglycol and conduction of cleansing enemas. Efficacy preoperative bowel in both groups of patients was evaluated during the operation. Clinical studies have shown the benefits of preoperative bowel preparation with polyethylene glycol-containing preparation.

Key words: colon preparation, laparoscopy.

Рецензент Ляховський В.І.

УДК 611.9:575.191:612.017.1:612:656

І. В. Гунас, С. В. Пінчук, А. О. Іваніш

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

РЕГРЕСІЙНІ МОДЕЛІ КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНИХ РОЗМІРІВ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА НА МЕДІАННО-САГІТАЛЬНИХ ЗРІЗАХ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ДІВЧАТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ БУДОВИ І РОЗМІРІВ ТІЛА

За допомогою методу регресійного аналізу у практично здорових дівчат Поділля ендомезоморфного соматотипу, у більшості випадків, побудовані достовірні моделі (з коефіцієнтом детермінації від 0,604 до 0,839) комп'ютерно-томографічних розмірів поперекового відділу хребта на медіанно-сагітальних зрізах в залежності від особливостей антропометричних і соматотипологічних показників. Серед предикторів даних розмірів хребта найбільш часто відмічаються кефалометричні показники і обхватні розміри тіла (по 17,8 %), товщина шкірно-жирових складок (17,1 %), поперечні розміри тіла (13,2 %), ширина дистальних епіфізів довгих трубчастих кісток кінцівок (10,9 %) і поздовжні розміри тіла (10,8 %). У дівчат без розподілу на різні соматотипи усі комп'ютерно-томографічні розміри поперечного відділу хребта на медіанно-сагітальних зрізах залежать від сумарного комплексу антропометричних ознак менше, ніж на 60 %.