

5. Toouli J. Sphincter of Oddi: Function, dysfunction, and its management / J.Toouli. // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2009. – Vol. 24 (Suppl. 3). – P. 57–62.
6. Yasuda I. Can endoscopic papillary balloon dilation really preserve sphincter of Oddi function? / I. Yasuda, E. Tomita, M. Enya // Gut. – 2001. – V. 49. – P. 686-691.

УСФІРТИ

ДИСФУНКЦИЯ СФИНКТЕРА ОДДИ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ

Крылова Е.А., Гравировская Н.Г.

Усовершенствована диагностика патологии сфинктера Одди у больных хроническим панкреатитом с применением неинвазивного теста. Показано, что УЗ-мониторинг состояния протоковой системы поджелудочной железы с использованием стимуляторов панкреатической секреции позволяет эффективно диагностировать дисфункцию сфинктера Одди.

Ключевые слова: сфинктер Одди, поджелудочная железа, хронический панкреатит.

Стаття надійшла 19.05.2011 р.

DYSFUNCTION OF SPHINCTER OF ODDI: PROBLEMS OF DIAGNOSIS

Krylova O., Gravirovskaya N.

It was improved diagnosis of pathology of the sphincter of Oddi in patients with chronic pancreatitis by noninvasive tests. It is shown that ultrasonic monitoring of pancreatic duct system with stimulants of pancreatic secretion can effectively diagnose sphincter of Oddi dysfunction.

Key words: pancreas, chronic pancreatitis.

УДК 616.411-053.3/5-07

У.В. Ксьонз

ВІСІЗ в країні «Українська медична стоматологічна академія» у Подієва

ДИАГНОСТИКА ВАД РОЗВИТКУ СЕЛЕЗІНКИ У ДІТЕЙ

Проаналізована УЗ- діагностика об'ємних утворень селезінки у 87 дітей, проведена стандартизація УЗ при знаків патологічного процесу в селезінці у дітей, визначені критерії, які вказують на походження кіст селезінки у дітей.

Ключові слова: діти, селезінка, УЗ- діагностика.

Робота є фрагментом наукової теми «Порушення гомеостазу організму при хірургічній патології, прогнозування і корекція виявлених порушень, оптимізація діагностичної і лікувальної тактики», номер державної реєстрації 0105U007095.

З розвитком новітніх технологій в медичну практику надходять багато медико-діагностичних методів, які представляють собою складні апаратні прилади, які дають лікарю багато нової інформації про ту чи іншу патологію внутрішніх органів. Особливу роль відіграє УЗ (ультразвук) в діагностиці захворювань та вад розвитку селезінки. Неінвазивність і висока діагностична інформативність роблять даний метод основним в скринінг-діагностиці по виявленню безсимптомних утворень селезінки. За думкою більшості авторів ультразвукове сканування кардинально покращило можливості діагностики вад розвитку селезінки [1, 2, 6]. Актуальною залишається проблема диференційного підходу до оцінювання результатів ультразвукового зображення уражень селезінки.

З ультразвукового дослідження органів черевної порожнини необхідно починати передопераційне обстеження при підозрі на захворювання селезінки. Такої точки зору притримуються і інші хірурги [3, 4, 5]. Достатньо точно визначення локалізації патологічного процесу, відношення до інших органів та судин, дають можливість не тільки поставити діагноз визначити походження утворення, а також вибрати тактику оперативного втручання. Практично всі публікації, які присвячені захворюванням і травмам селезінки вказують на важливу роль ультразвукового дослідження.

Метою роботи було удосконалення методики ультразвукової діагностики при вадах розвитку селезінки у дітей.

Матеріал та методи дослідження. За період з 1998 року по 2009 рік в під час проходження УЗД було виявлено з кістозними та пухлинними утвореннями селезінки 87 дітей. У 79 дітей утворення виявились кістозними (53 хибні кісти – 67.08%, 26 істинні кісти -32.92), у 8 дітей виявлено пухлини селезінки (лімфангіом - 3, гемангіом – 3, гемангіоперицитом – 1, тератома селезінки – 1).

Ультразвукова діагностика при підозрі на вади розвитку та захворювання селезінки у дітей проводилась у комбінації двох основних режимів – сірої шкали та доплеровського дослідження. Для стандартизації проведення УЗД ми використали методику стандартизації УЗД признаков описання патологічного процесу, органу, та прилеглих структур за Борсуковим А.В. та інш. (Ультразвуковая томография

печени, желчного пузиря, желчных протоков и поджелудочной железы. 1995.) До УЗ ознак були віднесені: 1) прямі – описання органу; 2) допоміжні УЗ – признаки першого порядку (описання органу); 3) допоміжні УЗ – признаки другого порядку (описання органу в зоні патологічного осередку). Описання УЗ-признаків наведені в таблицях.

Таблиця 1

Прямі УЗ-ознаки описання осередків

УЗ-признаки	бали
Кількість осередків	
- один	0
- декілька	2
Розміри осередку(см)	
- 0-1	1
- 2-3	1
- 3-4	1
- 4-5	1
- 5-6	1
- і так далі	1
Локалізація осередку	
- ворота селезінки	3
- поверхнева	1
- інтрапаренхіматозна	1
Контури осередку	
- чіткі, рівні	0
- чіткі, нерівні	1
- нечіткі, рівні	2
- нечіткі, нерівні	3
Форма осередку	
- округла	0
- овальна	1
- невизначена	3
- ехогенність осередку	
- без відображення	0
- гіпоехогенна	2
- ізоехогенна	2
- гіперехогенна	2
- неоднорідна	3
Внутрішня структура осередку (включення)	
- без включень	0
- однорідні, впорядковані	1
- поодинокі, невпорядковані	2
- множинні, невпорядковані	3
Порожнина в осередку	
- немає порожнини	0
- по центру	2
- по периферії осередку	2
- в декількох місцях	3
Структури поза осередком	
- полоса без відображення	0
- інтенсивні відображення	2
- гіпоехогенний «обідок»	3
- бокова тінь	1
- без змін	3
Васкуляризація осередку	
- помірна	0
- посилена	3
- зменшена	2
- рівномірна	1
- нерівномірна	3

Всі УЗ-признаки оцінювались по бальній системі, а потім були піддані комп'ютерній обробці. Дані отримані після УЗ діагностики співставляли з даними комп'ютерної томографії, лапароскопії, операційні дані, дані гістологічного дослідження. Після обробки отриманих даних були виділені інформативні критерії для

кожної групи обстежених та оперованих дітей. Були виділені дві групи дітей: у яких діагноз не викликав сумнівів; у яких діагноз визивав сумнів – УЗД не дозволяло зробити висновки про природу патологічних утворень селезінки і діти потребували додаткового діагностичного до обстеження (рентген контрастні дослідження ШКТ та нирок, КТ, МРТ, сцинтиграфія)

Таблиця 2

Допоміжні УЗ – признаки першого порядку (описання органу)

Признаки	Бали
Розміри селезінки	
- не змінені	0
- збільшені	3
Контури селезінки	
- чіткі, рівні	0
- чіткі не рівні	1
- нечіткі	2
- нечіткі, нерівні	3
Структура селезінки	
- однорідна	0
- неоднорідна тотально	3
- неоднорідно локально	3
Ехогенність паренхіми	
- не змінена	0
- підвищена	1
- знижена	2
- неоднорідна	3
Ворота селезінки	
- не змінені	0
- додаткова доля	1
- збільшені лімфовузли	3
- недиференційований осередок	3
Стан селезінкової вени	
- не змінена	0
- розширена	1
- деформована	3
Другі судинні структури (судини нирок, аорта, нижня порожниста вена)	
- не змінені	0
- не визначаються	1
- розширені	1
- деформовані	3
Взаємодносини з іншими органами (шлунок, нирка, товстий кишечник, підшлункова залоза)	
- немає контакту	0
- деформація	3
- дістопія	2
Васкуляризація селезінки	
- не змінена	0
- знижена	2
- підвищена	2
- неравномірна	4

Таблиця 3

Допоміжні УЗ – признаки другого порядку (описання органу в зоні патологічного осередку).

Признаки	Бали
Контури селезінки	
- чіткі, рівні	0
- чіткі, нерівні	1
- нечіткі	2
- нечіткі, нерівні	3
Капсула селезінки та осередок	
- немає контакту	0
- є контакт	1
- збережена структура капсули	2
- не збережена структура капсули	3
Стан селезіночної вени	
- не змінена	0
- не визначається	1
- розширена	2
- деформована	3
Другі судинні структури (судини нирок, аорта, нижня порожниста вена)	
- немає контакту	0
- є контакт	1
- деформовані	2
- проростання пухлини	4

Результати досліджень та їх обговорення. УЗ-оцінка вад розвитку селезінки проводилась по повній схемі стандартизованих УЗ-признаків: 8 прямих, 9 допоміжних першого порядку, 4 допоміжних другого порядку. Після статистичної обробки були виділені найбільш інформативні признаки. Прямі інформативні УЗ-признаки: локалізація осередку, кількість осередків, форма осередку, порожнина в осередку. Допоміжні інформативні УЗ-признаки: розміри селезінки, контури селезінки, ворота селезінки, система селезіночної вени, взаємовідносини з оточуючими органами, зміни ехоструктури судинної стінки с осередковим ураженням. Після підрахунку балів діти з вадами розвитку та захворюваннями селезінки були розділені на три групи. В першу групу увійшли діти у яких сума балів по прямим ознакам складала більше 12, по допоміжним більше 10 – діти з гемангіомами, лімфангіомами та тератомою селезінки. В другу групу увійшли діти у яких сума балів по прямим ознакам менше 5, по допоміжним – менше 7 балів – діти з хибними кістами селезінки. В третю групу увійшли діти у яких сума балів по прямим ознакам 5-12, по допоміжним ознакам 7-10 балів – діти з справжніми кістами селезінки, та з утвореннями, які потребували спостереження.



Рис. 1 Післятравматична гематома селезінки.

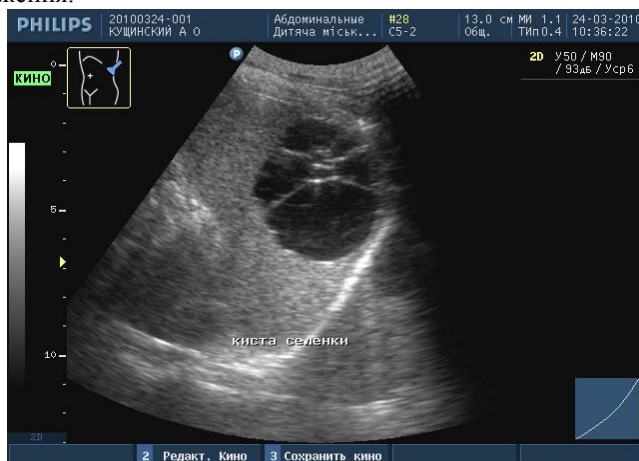


Рис. 2. Гемангіома селезінки.

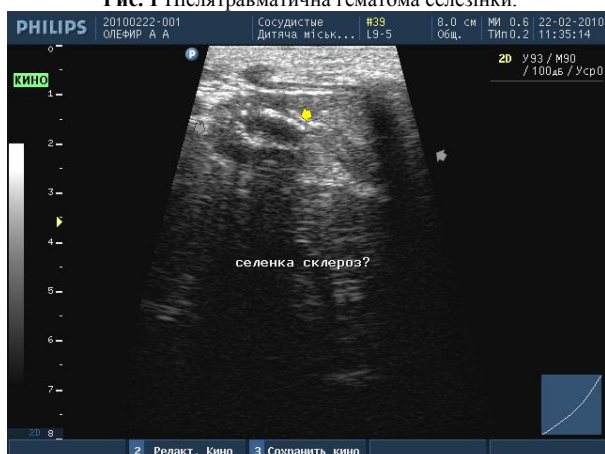


Рис3. Склероз селезінки через 6 місяців після операції правосторонньої гемігепатектомії з приводу ембріональної гепатобластоми.(дитина О., 8,5 місяців).



Рис 4. Істина кіста селезінки (дитина Б., 2 роки).

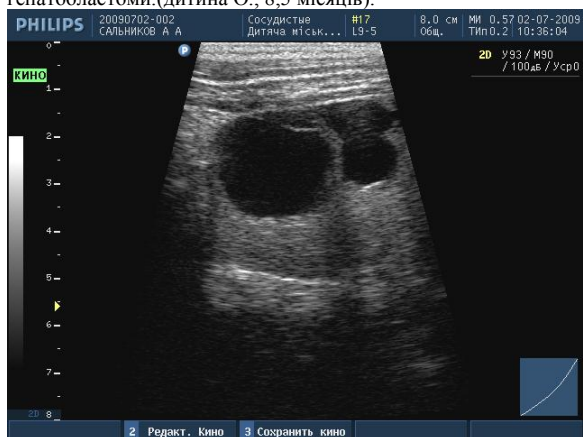


Рис.5 Хибна (післятравматична) кіста селезінки (дитина С., 14 років).

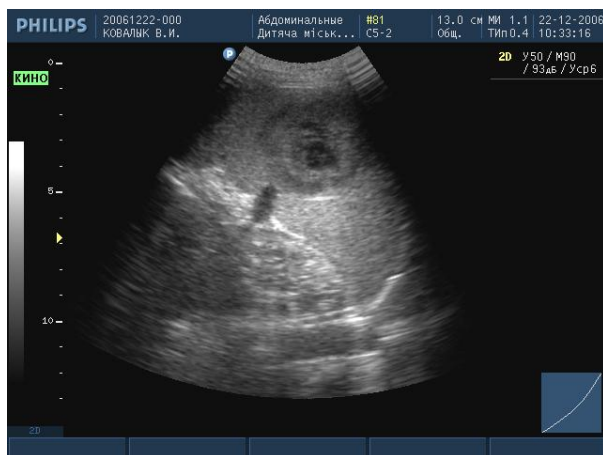


Рис 6. Гемангіоперицитома селезінки (дитина К., 13 років).

При УЗ- діагностиці кіст селезінки позитивний результат був виявлений у 71.2% випадків, 28.8 відсотків дітей з об'ємними утвореннями селезінки були віднесені до групи дітей з справжніми кістами селезінки, які потребували спостереження.

Висновки

1. УЗ діагностика вад розвитку та утворень селезінки у дітей є найбільш інформативним та доступним методом.
2. Стандартизація метрологічних підходів до діагностики вад розвитку та об'ємних утворень селезінки дасть змогу в передопераційному періоді визначити тактику та інвазивність оперативного лікування.

Література

1. Борсуков А.В. Ультразвуковая томография печени, желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы / Борсуков А.В. – Смоленск, 1995.- 160 с.
2. Дадвани С.А. Малоинвазивные вмешательства при кистах селезенки / С.А. Дадвани // Анналы хирургической гепатологии. – Маиц-Наука, 2000. – Т.5. - № 2. – С. 273-275.
3. Кубышкин В.А. Опухоли и кисты селезенки / Кубышкин В.А. – Москва: Медпрактика-М, 2007. – 287 с.
4. Тимербулатов М.В. Органосохраняющая и миниинвазивная хирургия селезенки / Тимербулатов М.В. – Москва: «МЕДпресс-информ», 2004. - 218 с.
5. Hiatt J.R. Surgical diseases of the spleen.// Heidelberg: Springer. - 1997. – P. 285-290.
6. Mesothelial splenic cyst –a case report Reddi / V.R. Reddi, M.K. Srinivas, [et al.] // Ann.Acad. Med.Singapore. – 1998, Nov; 27(6). - P. 525-529.

Резюме

ДИАГНОСТИКА ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Ксёنز И.В.

Проанализирована УЗ- диагностика объемных образований селезенки у 87 детей, проведена стандартизация УЗ признаков патологического процесса в селезенки у детей, определены критерии, которые указывают на происхождения кист селезенки у детей.

Ключевые слова: дети, селезенка, УЗ-диагностика.

Стаття надійшла 7.07.2011 р.

DIAGNOSIS OF MALFORMATIONS OF THE SPLEEN IN CHILDREN

Ksonz I.V.

Analyzed ultrasound diagnosis volumetric formations spleen in 87 children, held signs U.S. standardization of the pathological process in the spleen in children, identified criteria that indicate the origin of spleen cysts in children.

Key words: children, spleen, ultrasound diagnosis.

УДК: 616.14-083-003.92

В.І. Дяховський, Д.Г. Дем'янюк, О.М. Бєзжоробаний?, А.І. Борсуков, А.В. Дяховська
ВНІЗ України, Українська медична стоматологічна академія, Полтавська обласна клінічна лікарня
ім. М.В. Сєвєробовського, м. Полтава

ФОРМУВАННЯ ЕСТЕТИЧНОГО РУБЦЯ ПІСЛЯ ФЛЕБЕКТОМІЇ

У клініці протягом 2008-2010 років, з приводу варикозної хвороби нижніх кінцівок оперували 537 осіб. У віці до 50 років у хворих, поряд з усуненням хвороби, гостро стояло питання досягнення естетичного ефекту. Усім госпіталізованим виконували ультразвукове дуплексне сканування вен нижніх кінцівок. Під час операції використовували запропонований нами хірургічний інструментарій. Дотримувалися прецизійної техніки. Тканини рани ушивали за запронованим нами методом, який дещо змінений від методики Холстеда-Золтана. Віддалені відмінні естетичні наслідки лікування отримали у 96,1% хворих.

Ключові слова: пластична хірургія, естетичний рубець, флєбектомія.

Незмінне бажання кожної людини бути здоровою. У цивілізованому суспільстві до цього приєднується ще одне, не менш вагоме: бути красивою (красенем, красунею, кралею). Здоров'я кожного члена спільноти на 80-85% визначається суспільно-економічним укладом, 10-15% його залежить від спадковості. У 5-10% зберегти і укріпити його допомагає медицина. Інше бажання реалізується виключно спрямованим впливом на організм людини, у тому числі пластичною, естетичною, реконструктивною хірургією. Естетична хірургія займається зміною зовнішнього вигляду, форми і взаємозв'язку анатомічних структур окремих ділянок тіла. Реконструктивній хірургії належить роль відновлення форми і функції тканин утрачених внаслідок травми або вродженої патології. Пластична хірургія займається відновленням або відтворенням форм і функцій частин тіла з найкращими передбачуваними естетичними наслідками [8]. Завдяки впровадженню нових технологій,