

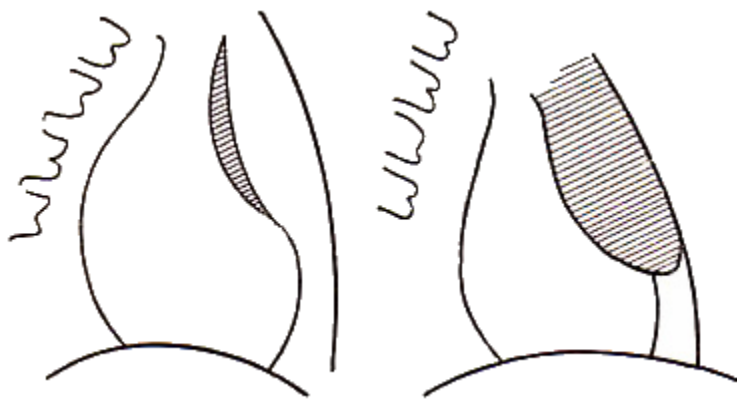
În concluzie trebuie menționat că timusul, la fel ca și măduva osoasă, face parte din sistemul imun central. Însă, spre deosebire de măduva osoasă, timusul are drept funcție doar sinteza T-limfocitelor.

Concluzii

1. Sintopia timusului se modifică o dată cu vârsta
2. Patologia timusului duce la scăderea funcției imune a organismului
3. Sunt posibile glande timice supranumerare pe traiectul migrării în procesul de dezvoltare.

Bibliografie

1. Bașchirov P. N Anatomia omului – M.: sub red. Universitatea din Moscova, 1982.
2. B. V Petrovschii Enciclopedia mare medicala. /sub red. academ: «Encicloredia noua »,
3. Hanț Feniș Atlas de anatomia omului.– Minsc: «Școala superioară », 1996.
4. R. D. Sinelinicov Atlas de anatomia omului / <Medicina >, 1974.
5. Sapin- M. R. Anatomia omului: în 2vol../ M.: «Medicina», 1993.
6. Thomas McCracken, Noul atlas de anatomia omului – Red <Aquila>. Thomas McCracken 2006
7. www.becomehealthynow.com/.../thymus1.jpg
8. www.biology.clc.uc.edu/.../Endocrine_organs.htm



Pic. 1

Pic. 2

Schema 3. Topografia timusului (proectia laterala)

1 – timus normal

2 – timus hipertrofiat

LOCURILE SLABE ALE PEREȚILOR ABDOMENULUI ȘI BAZINULUI

Ecaterina Milohina

(Conducător științific – Tamara Hacina, conferențiar universitar)

Catedra Anatomia Omului

Summary

In this work weak parts of abdominal walls and pelvis cavities are described, as they are considered the main causes of hernia formation. A special attention is addressed towards the localization of weak places where rare hernia cases can be found, as in similar situation wrong diagnosis or treatment are possible.

Rezumat

În studiul prezent sunt descrise locurile slabe ale pereților abdomenului și ale bazinului, care favorizează apariția herniilor. În centrul atenției se află problema localizării zonelor slabe, unde, de regulă, sunt localizate tipurile rare de hernii. În aceste cazuri sunt posibile erori în diagnosticul și tratamentul acestora.

Actualitatea temei

Tema este actuală din cauza faptului că herniile peretelui abdominal anterior constituie una din cele mai frecvente afecțiuni la om, întâlnindu-se la 5-6% din populație. În 75% din cazuri este vorba de hernii inghinale și femurale, 15-20% constituind herniile ventrale. În pofida faptului, că afit herniile peretelui abdominal superior și posterior, cât și herniile bazinului (orificiului

obturator, perineului și orificiilor sciatic) se întâlnesc mai rar, anume ele constituie o problemă majoră în medicina practică. O mare importanță îi revine cunoașterii metodelor de profilaxie a herniilor.

Scopul

1) în baza cercetărilor proprii și studiului literaturii de specialitate de a descrie localizarea locurilor slabe ale pereților abdomenului și bazinului, o atenție deosebită acordând locurilor de formare a herniilor rare.

2) Sistematizarea rezultatelor obținute, evidențiind potențialele pericole legate de prezența herniilor.

Material și metode

Studiul a fost realizat pe clișee radiologice de la copii și adulți, material cadaveric, asistarea la înlăturarea chirurgicală a herniilor. Preparatele au fost studiate, supuse morfometriei, fotografiate.

Rezultate și discuții

A fost studiată o familie cu manifestări frecvente de hernii la membrii ei din diferite categorii de vârstă. Cauza de bază în apariția herniilor o reprezintă apariția patologică sau dilatarea patologică a orificiului din peretele abdominal (poarta herniară). Există o predispunere ereditară către hernii (insuficiența congenitală a țesutului conjunctiv). Anume din această cauză herniile deseori apar în asocieră cu așa afecțiuni ca: boala varicoasă a membrelor inferioare, picior plat, hemoroizi. Drept factori predispozanți pot servi: suprasolicitarea fizică legată de ridicarea greutăților excesive, nașteri multiple și complicate, sportul de performanță, constipațiile cronice, afecțiunile pulmonare însoțite de tuse chinuitoare, afecțiunile urologice ce se manifestă prin obstrucții ale pasajului urinar, obezitate exprimată, cahexie, intervențiile chirurgicale pe organele cavității abdominale, traume de diferită genă, particularitățile constituționale ale organismului. De obicei în cazul herniilor, durerea este prima acuză a pacientului, ea intensificându-se la efort fizic și atenuându-se în stare de repaus. Frecvent, la inspecția zonei dureroase, pacientul depistează o proeminență dureroasă. Ulterior aceste acuze reapar regulat la efort fizic, iar proeminența crește în dimensiuni.

Cauzele dezvoltării herniilor.

Factorii predispozanți contribuie la slăbirea peretelui abdominal, la mărirea orificiului anatomic existent, la apariția proeminenței herniare:

Fon ereditar nefavorabil – insuficiența înăscută a țesutului conjunctiv, care frecvent este asociată cu afecțiuni ale aparatului locomotor (picior plat, scolioză), boala varicoasă, miopie progresivă, prolapsul valvei mitrale, dischinezie traheobronhială etc.

Particularitățile constituționale – persoanele astenice, sarcinile, anomalii de dezvoltare a peretelui abdominal anterior și a canalului inghinal (în cazul herniilor congenitale).

Particularitățile individuale, de sex și de vârstă – **vârsta** (peretele abdominal slab la copiii primului an de viață, hipotrofia țesuturilor peretelui abdominal la persoanele în etate), sexul (particularitățile structurii bazinului și dimensiunile mari ale inelului femural la femei, formarea canalului inghinal la bărbați), micșorarea bruscă a masei corporale, traumele peretelui abdominal, cicatricile postoperatorii, secționarea nervilor ce inervează peretele abdominal (de exemplu în caz de apendectomie).

Factorii determinanți determină creșterea presiunii intraabdominale:

- 1) munca fizică grea sau ridicarea unei greutăți,
- 2) naștere complicată
- 3) dizurie provocată de hiperplazia benignă sau tumorile prostatei, îngustarea uretrei,
- 4) constipații cronice,
- 5) tuse îndelungată în cazul afecțiunilor pulmonare cronice
- 6) plîns frecvent în perioada ***copilăriei fragede***

Cauza formării **herniilor congenitale** este insuficiența dezvoltării peretelui abdominal în perioada intrauterină. La început se formează poarta herniară și sacul herniar, apoi la efort fizic organele interne pătrund în sacul herniar.

În cazul **herniilor dobândite** organele interne parcă ar împinge peritoneul parietal prin orificiul peretelui abdominal, unimomentan formînd poarta herniară și sacul herniar.

Herniile diafragmale

Herniile diafragmale (Fig.1) constituie 2% din totalitatea herniilor. Afecțiunea poate fi depistată în timpul examenului renghenologic la 5-7% din bolnavii cu acuze gastrice. Prin definiție hernia diafragmală înseamnă pătrunderea organelor interne printr-un defect al diafragmei dintr-o cavitate în alta. În perioada embrionară diafragma apare în rezultatul contopirii membranei pleuroperitoneale, septului transversal și mesoesofagusului.

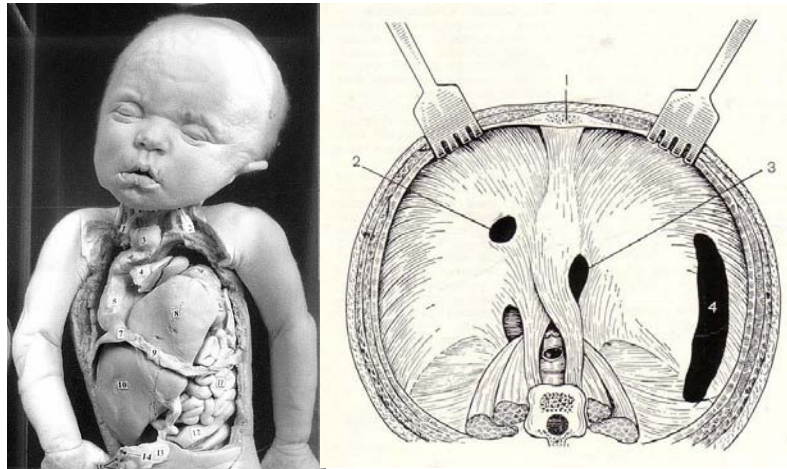


Fig.1 A. Hernie diafragmală. B. Locurile slabe ale diafragmei

1 – sternul, 2 – foramen venae caeve, 3 – hiatus esophageus, 4 – defect diafragmal.

Acțiunea factorilor nocivi asupra gestantei și produsului

de concepție pot determina apariția la nou-născut a unui defect parțial sau total de diafragmă. Dacă dereglarea dezvoltării are loc pînă la formarea membranei diafragmei, atunci hernia nu posedă sac herniar (definirea corectă ar fi – eventrație). Dacă această dereglare survine la un termen mai tardiv, cînd partea membranoasă a diafragmului deja s-a format și are loc retardul dezvoltării porțiunii musculare, sacului herniar care constă din 2 pelicule seroase pătrunde prin poarta herniară care este reprezentată de acea zonă din diafragm care nu conține mușchi. Partea anterioară a diafragmului, lipsită de mușchi, în zona de unire a lui cu sternul și coastele, este locul de formare a herniilor sternocostale. Această zonă poartă denumirea de triunghiul sternocostal Larrey, iar herniile respective se numesc hernii ale triunghiului sternocostal Larrey. În cazul absenței lipsei acoperămîntului seros este prezent orificiul sternocostal Morgagni. În legătură cu particularitățile de dispunere a mușchilor anteriori și posteriori din cadrul triunghiului lombocostal Bogdalec, această zonă poate fi un loc de apariție a herniilor.

Locurile slabe ale peretelui abdominal anterior

Deja din momentul nașterii la fiecare persoană există locuri slabe în peretele abdominal (canalul ighinal, ombelicul, aponeuroza liniei albe) (Fig. 2), prin care în rezultatul mai multor circumstanțe sub piele pot proemina organele interne cu formarea herniei. Astfel, cauza de bază în apariția herniilor o constituie apariția patologică sau dilatarea patologică a orificiului din peretele abdominal (poarta herniară) (Fig.3).

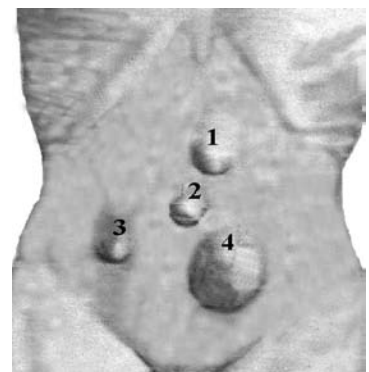


Fig. 2 Herniile peretelui abdominal anterior

1- hernia liniei albe; 2- hernie ombelicală; 3- hernia liniei semilunare; 4- hernie postoperativă.

Herniile rare

Herniile xifoide apar la prezența defectelor în procesul xifoid.

Prin fisurile și orificiile procesului xifoid pot protruziona lipoamele preperitoneale, cît și herniile veritabile. Diagnosticul poate fi pus în baza apariției unei densități care se prezintă sub formă de defect în zona procesului xifoid.

Herniile liniei semilunare(Spiegel) (Fig. 2) se localizează pe linia care unește ombelicul cu spina ilaca anterior superior, în

locul trecerii fibrelor musculare ale mușchilor oblic intern și transvers abdominal în aponeuroză. Tratament: chirurgical. În cazul herniilor mici poarta herniară se închide strat cu strat prin aplicarea suturilor; în cazul herniilor de dimensiuni mari după suturarea mușchiului e nevoie de creat o duplicatură a aponeurozei.

Herniile lombare. Locurile

slabe ale zonei lombare sunt triunghiul Petit și spațiul Lesgaft-Grunfeld (Fig. 3).

Triunghiul Petit este format de marginea laterală a mușchiului lat al spatelui, marginea posterioară a mușchiului oblic extern abdominal, baza triunghiului este formată de creasta osului iliac. Spațiul Lesgaft-Grunfeld se află între mușchiul oblic intern al abdomenului lateral și inferior,

mușchii longitudinali ai spatelui și mușchiul pătrat medial, mușchiul dințat inferior și coasta XII superior. Spațiul are o formă de dreptunghi. Planșeul spațiului este format de aponeuroza mușchiului transvers abdominal. În aceste locuri se pot forma herniile lombare. După etiologie ele pot fi înăscute și dobândite (traumatice, spontane). Diagnosticarea acestor hernii nu este o procedură dificilă. Tratamentul este chirurgical.

Herniile obturatorii apar prin defectele membranei obturatorii a orificiului obturator. Mai frecvent se întâlnesc la femei de vîrstă înaintată, datorită dimensiunilor mari a orificiului obturator și unghiului de înclinare mai exprimat al bazinului la femei. Proeminența herniară se localizează pe partea anterioară a femurului. Herniile obturatorii interstițiale nu se văd la inspecție și se depistează numai în cazul strangulării sau intraoperator. Tratamentul este chirurgical.

Herniile perineale (anterioare și posterioare) (Fig. 4). Hernia perineală anterioară la femei începe din fosa vezico-uterină a peritoneului și iese în partea centrală a labiei genitale mari. Hernia perineală posterioară începe la bărbați din fosa vezico-rectală, iar la femei din fosa utero-rectală, trece posterior de linia intersciatică

prin fisura mușchiului ridicător al anusului și iese în țesutul celulo-adipos al fosei ischiorectale. Hernia perineală posterioară se poate localiza anterior sau posterior de orificiul anal. Herniile perineale se întâlnesc mai frecvent la femei. În calitate de conținut al sacului herniar poate fi vezica urinară, organele genitale feminine. În diagnosticarea herniilor perineale o mare importanță o are localizarea proeminenței herniare.

Hernia perineală anterioară la femei

trebuie diferențiată de hernia inghinală, care de asemenea iese în labia genitală mare.

Ajută la diagnostic tactul vaginal, prominarea herniară a herniei perineale poate fi palpată între vagin și osul ischiatic.

Herniile ischiatic (Fig. 5) pot ieși prin orificiul ischiatic mare sau mic. Proeminența herniară se localizează sub mușchiul gluteu mare, ieșind uneori de sub marginea inferioară a lui. Hernia se află într-o strînsă legătură cu nervul sciatic, din carecauză durerile pot iradia pe traiectul nervului.

Fig. 3 Herniile lombare.

1- superioară (spațiul Lesgaft-Grunfeld);
2- inferioară (Triunghiul Petit).

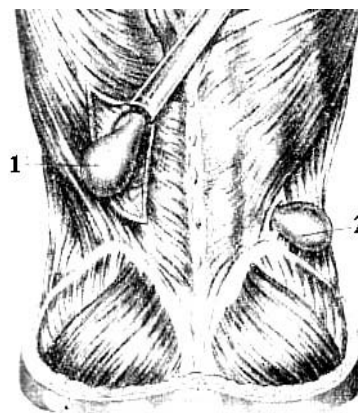
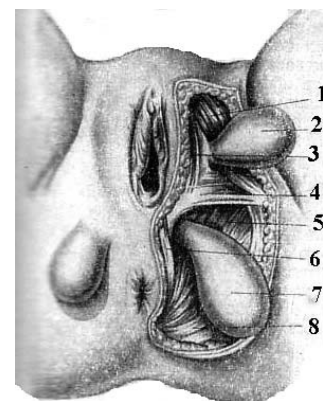


Fig. 4. Herniile perineale 1- m.ischiocavernosus; 2- hernie perineală anterioară; 3- m.bulbocavernosus; 4- m.transversus perinea superficialis; 5-m.levator ani; 6-m.sphincter ani externus; 7 –hernie perineală posterioară; 8- m.gluteus



Herniile ischiatică mai frecvent se întâlnesc la femei datorită diametrului transversal al bazinului mai mare. Hernia poate conține intestinul subțire, omentul mare. Tratamentul este chirurgical.

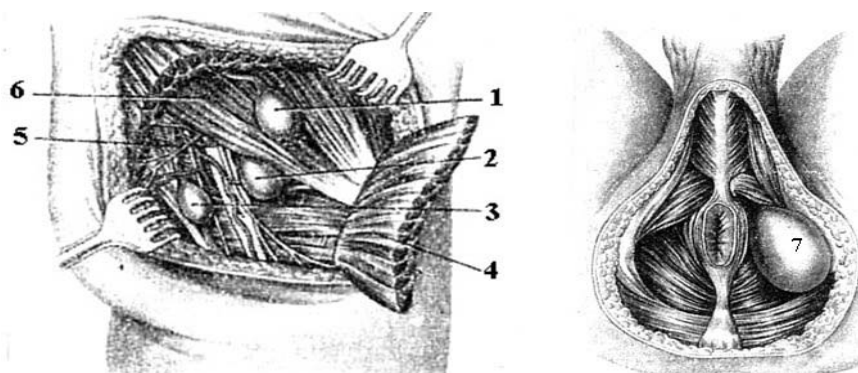
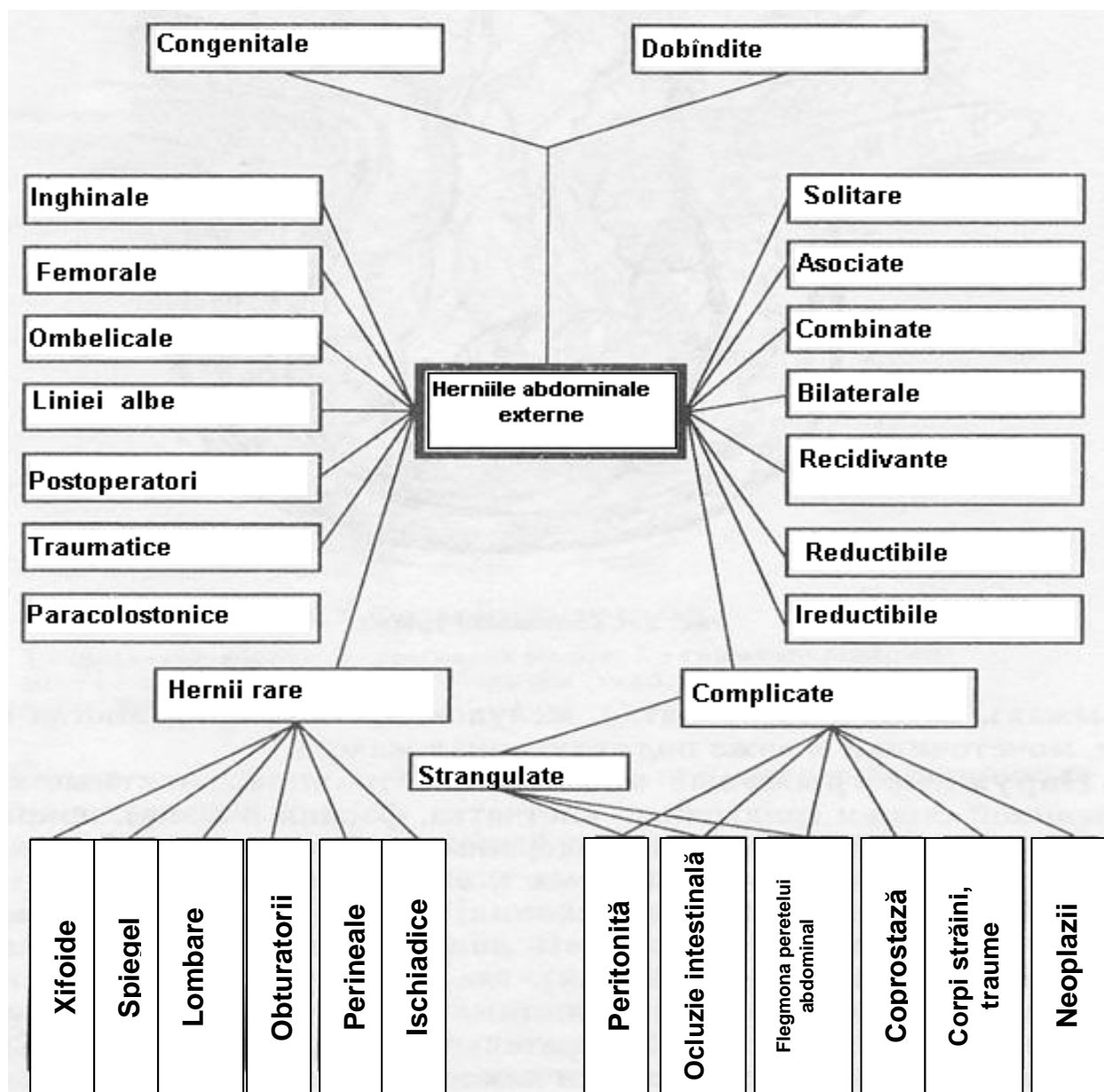


Fig. 5 Varietățile herniilor ischiatică
 1- suprapiriformă; 2- infrapiriformă; 3- spino-tuberală; 4- m. gluteus major; 5- a. glutea; 6- m. piriformis; 7- ischiorectală



Schema 1. Clasificarea herniilor abdominale externe

Prolapsul uterin mai este numit hernie a diafragmului pelvian sau insuficiență a planșeului pelvian. Este foarte răspândit la femeile de vîrstă postclimacterică, care au născut de sinestătător mai mult de o dată. Aproximativ jumătate din femeile care au născut mai mult de o dată per vias naturalis suferă de prolaps uterin într-o măsură mai mult sau mai puțin exprimată. Prolapsul uterului sau modificarea poziției lui în cavitatea bazinului cu deplasarea lui în jos pe traiectul canalului inghinal poartă denumirea de prolaps parțial sau total al uterului. În unele cazuri uterul prolabează direct în vagin. În formele ușoare de prolaps uterin, colul uterului proemină anterior în partea inferioară a fantei genitale. În cazuri grave are loc prolabarea totală a uterului.

Concluzii

1. Rezultatele studiului respectiv au demonstrat prezența locurilor slabe în pereții abdomenului, locuri în care e posibilă apariția herniilor.
2. În multe cazuri, cunoscînd cauzele, poate fi preîntîmpinată apariția herniilor.
3. Herniile reprezintă o grupă de afecțiuni chirurgicale foarte variată după localizare, formă, dimensiuni, manifestări clinice, ceea ce impune o abordare individuală a fiecărui caz în parte.

Bibliografie

1. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенберг Г.М. - Эндохирургия паховых и бедренных грыж. 2000 г.
2. Егиев В.Н. - Пенатяжная герниопластика. 2002 г.
3. Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. - Атлас оперативной хирургии грыж. 2003 г.
4. Фёдоров И.В. Чугунов А.Н. - Герниология 2004 г.
5. Мешалкин Е.Н., Цитовский Ю.И. - Аллопластика грыж. 1960 г.
6. Славин Л.Е., Фёдоров И.В., Сигал Е.И. - Осложнения хирургии грыж живота 2005 г.
7. http://dnevnik.bigmir.net/view_article/dnevnik/597958/
8. http://hernia.surgery.ru/hernia_pathogenesis/
9. <http://www.dr-md.ru/spine/discdesease/bigHernia/>
10. www.center-zdorovie.ru/info_
11. www.rusmedserv.com/proct/grizh2.jpg

VARIANTE ȘI ANOMALII ALE ORGANELOR GENITALE FEMENINE INTERNE

Anna Leanca

(Conducător științific- dr. conf. univ. Tamara Hacina)

Catedra Anatomia Omului

Summary

Variants and anomalies of the female genital internal organs

The objective of this research is to study and analyze the forms, sizes and position variants of the female genital internal organs.

Rezumat

Tema acestei lucrări o constituie studierea și analiza formelor, dimensiunilor, variantelor de poziție ale organelor genitale feminine interne.

Actualitatea temei

Variantele și anomaliile de dezvoltare ale organelor genitale feminine interne au o importanță deosebită în practica medicală. Acestea pot duce la avorturi spontane, complicații în timpul sarcinii și la riscul ruperii uterului la naștere.

Variante de poziție ale organelor genitale duc la acuze de dureri din partea pacientelor în regiunea bazinului mic și este o problemă a infertilității.