

УДК 611.342:611.018.73

**ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПОСТРОЕНИЯ РЕЛЬЕФА
СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА**

Коваленко В. В., Шестерина Е. К.

Научный руководитель: к.м.н, проф. С. Д. Денисов

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В настоящее время широкий спектр патологических процессов в двенадцатиперстной кишке требует частых эндоскопических манипуляций с диагностическими и лечебными целями, становится показанием к гастродуоденальной и панкреатодуоденальной резекциям, реконструктивным операциям, в том числе и в самые ранние периоды жизни [1–3]. В силу указанных причин не теряет актуальности необходимость накопления детальных знаний о дефинитивном строении всех элементов стенки двенадцатиперстной кишки, и в особенности рельефных образований ее слизистой оболочки.

Цель и задачи исследования

Выявить закономерности построения рельефа слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки у человека.

Материалы и методы исследования

Методом макромикропрепарирования 9 препаратов двенадцатиперстной кишки детей в возрасте от нескольких месяцев до 12 лет и 11 препаратов двенадцатиперстной кишки взрослых людей обоих полов, умерших от причин, не связанных с патологией желчевыводящих путей и панкреатодуоденальной системы.

Результаты и их обсуждение

В ходе исследования выявлен ряд закономерностей построения рельефа слизистой оболочки в различных отделах двенадцатиперстной кишки.

Слизистая оболочка луковицы характеризуется наличием широких незначительных по высоте складок преимущественно продольного и косопродольного направления, расположенных либо попарно (складки тесно прилежат друг к другу и имеют почти идентичную форму и направление), либо в виде одиночных продольных выпячиваний. Иногда «классические» складки в области луковицы отсутствуют, на их месте определяются локальные возвышения слизистой оболочки различных размеров и формы. В такой структурной организации угадываются черты рельефа слизистой оболочки привратниковой части желудка. Исходя из этого сходства, луковицу двенадцатиперстной кишки можно представить как некую переходную структуру между желудком и тонкой кишкой, сочетающую в себе особенности строения смежных с ней отделов пищеварительной трубки.

В нисходящей части двенадцатиперстной кишки следует выделять две группы складок слизистой оболочки: основные и дополнительные. Основные складки имеют поперечную направленность, нередко раздвоены (главным образом на латеральной стенке) и анастомозируют между собой при помощи коротких дополнительных складок, характеризующихся продольным или косопродольным направлением и зачастую извилистым ходом. Максимальное количество анастомозов основных складок через дополнительные отмечается на латеральной стенке двенадцатиперстной кишки. Благодаря наличию анастомозов между складками поверхность слизистой оболочки нисходящей части двенадцатиперстной кишки представляет собой подобие рельефной сетки с ячейками различных размеров и формы.

На медиальной стенке двенадцатиперстной кишки, по линии сращения с головкой

поджелудочной железы, поперечные складки более узкие и высокие, располагаются в непосредственной близости друг от друга. Такая же полоса «сгущения» складок отмечается в горизонтальной и восходящей частях. Подобная особенность построения рельефа, по-видимому, выполняет функцию дополнительной защиты большого сосочка от рефлюкса дуоденального содержимого, т. к. густо расположенные и достаточно высокие складки более плотно охватывают его устье.

У новорожденных основные и дополнительные складки выражены слабо, между ними прослеживаются единичные анастомозы. В области большого дуоденального сосочка (БДС) складки зачастую полностью отсутствуют, а сам сосочек возвышается над поверхностью слизистой оболочки наподобие почки.

Большой дуоденальный сосочек располагается преимущественно на заднемедиальной поверхности нисходящей части, но встречаются варианты его локализации на переднемедиальной стенке. Уровень расположения сосочка обычно соответствует границе либо между нижней и средней третью, либо между средней и верхней третью нисходящей части двенадцатиперстной кишки. У новорожденных БДС имеет овоидную форму с заостренной верхушкой и округлым устьем. У взрослых и детей старшего возраста форма сосочка уплощенно округлая со щелевидным или округлым устьем.

Независимо от формы, места и уровня локализации, БДС всегда располагается на дистальном конце продольной складки, которая имеет вид валикообразного возвышения слизистой оболочки. Непосредственно над основанием продольной складки определяется четко выраженная высокая поперечная складка, наподобие «капюшона» прикрывающая область сосочка сверху. По бокам к продольной складке примыкают пересекающие ее 1–2 короткие поперечные складки. Иногда они пересекают продольную складку по ее поверхности под прямым или близким к нему углом. Этот факт свидетельствует о том, что в образовании продольной складки принимают участие не только слизистая оболочка, но также подслизистая основа и мышечная оболочка кишечной стенки. Иными словами, продольная складка не является «истинной» складкой, ввиду того, что в ее образовании участвуют не только слои слизистой оболочки. Поэтому в данном случае правомерно использовать термин «возвышение», который более точно характеризует структуру данного анатомического образования.

Постоянным элементом парапапиллярной области является тонкая продольная складка (уздечка), распространяющаяся от устья сосочка в направлении тощей кишки, достигающая области нижнего изгиба и непосредственно продолжающаяся в поперечную складку. Благодаря наличию уздечки устье БДС всегда направлено дистально, чаще под острым углом по отношению к медиальной стенке кишки. С обеих сторон к уздечке примыкают 8–9 поперечных складок, некоторые из них пересекают ее. Локализация уздечки соответствует полосе «сгущения» складок на медиальной стенке. Благодаря наличию вышеописанных складок БДС оказывается погруженным в небольшое углубление на медиальной стенке нисходящей части двенадцатиперстной кишки.

В области нижнего изгиба двенадцатиперстной кишки зачастую складки либо отсутствуют, либо отмечается наличие коротких поперечных, незначительных по размерам складочек, расположенных преимущественно на медиальной стенке. Это может служить ориентиром при эндоскопических исследованиях в качестве анатомической границы между нисходящей и горизонтальной частями двенадцатиперстной кишки.

В аборальном направлении (от луковицы до восходящей части двенадцатиперстной кишки) форма и размеры складок изменяются: широкие и невысокие складки проксимальных отделов кишки (верхняя часть и верхняя половина нисходящей части) постепенно замещаются узкими (тонкими) и высокими складками дистальных отделов. В горизонтальной и восходящей частях двенадцатиперстной кишки поперечные складки

значительно тоньше, выше, чем в предыдущих отделах, располагаются гуще и черепицеобразно накладываются друг на друга.

Выводы

1. В луковице двенадцатиперстной кишки выявляются широкие и невысокие складки продольного и косопродольного направления. Прослеживается сходство с рельефом слизистой оболочки привратниковой части желудка.

2. На медиальной стенке отчетливо определяется полоса «сгущения» поперечных складок: они становятся более узкими и высокими и располагаются в непосредственной близости друг от друга.

3. Для обозначения продольной складки, вероятно, лучше использовать термин «вышшение», ввиду того, что она не является «истинной» складкой, т. к. в ее образовании принимают участие подслизистая основа и мышечная оболочка кишечной стенки.

4. Устье БДС фиксировано уздечкой, которая обеспечивает его дистальную направленность чаще под острым углом.

5. Область нижнего изгиба характеризуется наличием единичных складок, что может служить анатомическим ориентиром при эндоскопических манипуляциях.

6. В направлении от луковицы до восходящей части двенадцатиперстной кишки ширина складок уменьшается, а высота и плотность их расположения увеличиваются.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Маев, И. В.* Болезни двенадцатиперстной кишки / И. В. Маев, А. А. Самсонов. — М., «МЕДпресс-информ», 2005. — 512 с.
2. *Меджидов, Р. Т.* Анатомо-функциональное состояние двенадцатиперстной кишки и его значение в реализации трансдуоденальных вмешательств / Р. Т. Меджидов, М. А. Алиев, З. Р. Хабибулаева // Омский науч. вестник. — 2005. — № 2. — С. 78–83.
3. *Slivka, A.* Therapeutic biliary endoscopy / A. Slivka, D. L. Carr-Locke // Endoscopy. — 1999. — Vol. 24, № 1. — P. 100–119.

УДК 351.95

ЮВЕНАЛЬНАЯ ЮСТИЦИЯ: ПОЛЬЗА ИЛИ ВРЕД?

Коваленко Т. И.

Научный руководитель: старший преподаватель Л. Г. Соболева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Система ювенальной юстиции в Республике Беларусь находится на стадии становления и разработки проекта Концепции «О ювенальной юстиции Республики Беларусь». Нормативно-правовая основа ее формирования — Законы Республики Беларусь «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (2003 г.) и «Об основах деятельности по профилактике правонарушений» (2008 г.), которые не в полной мере соответствуют современным социальным реалиям, уровню развития криминологии и нуждаются в модернизации [1].

Ювенальная юстиция (от лат. *juvenālis* «юношеский» и лат. *jūstitia* «правосудие») — система государственных органов, осуществляющих правосудие по делам о преступлениях и правонарушениях, совершенных несовершеннолетними, а также государственных и негосударственных структур, проводящих контроль за исправлением и реабилитацией несовершеннолетних преступников и профилактику детской преступности, социальную защиту семьи и прав ребёнка. Реализуется в рамках Европейской социальной хартии, закрепляющей ряд социальных прав человека.

Помимо правосудия для несовершеннолетних ювенальная юстиция включает в себя профилактику: подростковой преступности; преступлений против детей; социально-психологическую реабилитацию несовершеннолетних, как совершивших преступление