

Через 90 суток после перевязки ОЖП гистологические изменения в нейронах поясной коры нормализуются, что хорошо заметно и при подсчете числа нейронов с различной хроматофилией цитоплазмы.

После перерезки ОЖП по мере развития холестаза в поясной коре происходит постепенное уменьшение размеров нейронов и их ядер, которое достигает максимума в крупноклеточном слое на 10-20-е сутки. По мере уменьшения площади перикарионов нейронов и их ядер в крупноклеточном слое, их форма вытягивается (возрастает фактор элонгации). По мере нарастания холестаза происходит увеличение числа патологических форм нейронов. В дальнейшем, через 45-90 суток после перерезки ОЖП, происходит постепенная нормализация размеров и формы изучаемых нейронов.

По мере развития холестаза в крупноклеточном слое поясной коры постепенно уменьшаются размеры нейронов и их ядер, возрастает число патологических форм нейронов. Максимальное изменения развиваются на 10-20 сутки после перерезки общего желчного протока. В дальнейшем, через 45-90 суток после перерезки ОЖП, при устранении холестаза, у выживших животных, в сохранившихся нейронах происходит постепенная нормализация размеров и формы перикарионов, а также хроматофилии их цитоплазмы.

Список литературы:

1. Effects of CA₁ glutamatergic systems upon memory impairments in cholestatic rats / N. Hosseini [et al.] // Behav Brain Res. – 2013. – Vol. 256. – P. 636–645.
2. Directive 2010/63/EU of the European Parliament and of the Council of 22 September 2010 on the protection of animals used for scientific purposes : text with EEA relevance 20.10.2010. Strasbourg : Official Journal of the European Union, 2010. – 46 p.
3. Кизюкевич, Л. С. Реактивные изменения в почках при экспериментальном холестазе / Л. С. Кизюкевич. – Гродно : ГрГМУ, 2005. – 239 с.
4. Зиматкин, С. М. Нейроны мозга при нарушениях циркуляции желчи / С.М. Зиматкин, С.В. Емельянчик. – Гродно, 2021, ГрГМУ, 346 с.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ МАЛОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА

Коваленко В. В., Шестерина Е. К., Балако А. И.

Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Актуальность. До настоящего времени изучению малого сосочка двенадцатиперстной кишки (МСДК) уделялось недостаточно внимания. Сведения о его внешнем и внутреннем строении встречаются лишь в разрозненном статейном материале [2, 3, 5]. Вместе с тем его функциональное предназначение достаточно велико, так как у плода через него дренируется

около 70% протоковой системы поджелудочной железы, то же самое происходит у взрослых людей с pancreas divisum. В последнем случае нередко возникает необходимость хирургических манипуляций эндоскопического характера на малом сосочке, с целью обеспечения нормального продвижения панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку [1]. Детальное изучение индивидуальных особенностей строения МСДК даст возможность повысить качество хирургических вмешательств и снизить риск послеоперационных осложнений.

Цель: установить индивидуальные различия в строении малого сосочка двенадцатиперстной кишки человека.

Методы исследования. Материалом для исследования послужила вскрытая нефиксированная двенадцатиперстная кишка 87 взрослых людей (53 мужчин и 34 женщин) в возрасте от 31 до 75 лет, смерть которых наступила от причин, не связанных с патологией пищеварительной системы. Методом макроскопического наблюдения и статистического анализа изучены форма и частота регистрации малого сосочка двенадцатиперстной кишки, а также отсутствие либо наличие устья на его верхушке. Статистическая обработка данных производилась с использованием программы «Microsoft Excel – 2016». Достоверность различий в частоте обнаружения признака оценивали с применением критерия χ^2 [4].

Результаты и выводы. При макроскопическом исследовании МСДК был обнаружен в двенадцатиперстной кишке 63 человек, что составило 72,4%. При этом путем визуальной оценки установлены две его анатомические формы: холмовидная и полушаровидная (рисунок 1).



1 – холмовидная; 2 – полушаровидная

Рисунок 1 – Формы малого сосочка двенадцатиперстной кишки

Среди лиц женского пола в 58,7% случаев зарегистрирован МСДК холмовидной формы (37 наблюдений), в 41,3% – МСДК полушаровидной формы (26 наблюдений) (рисунок 2).

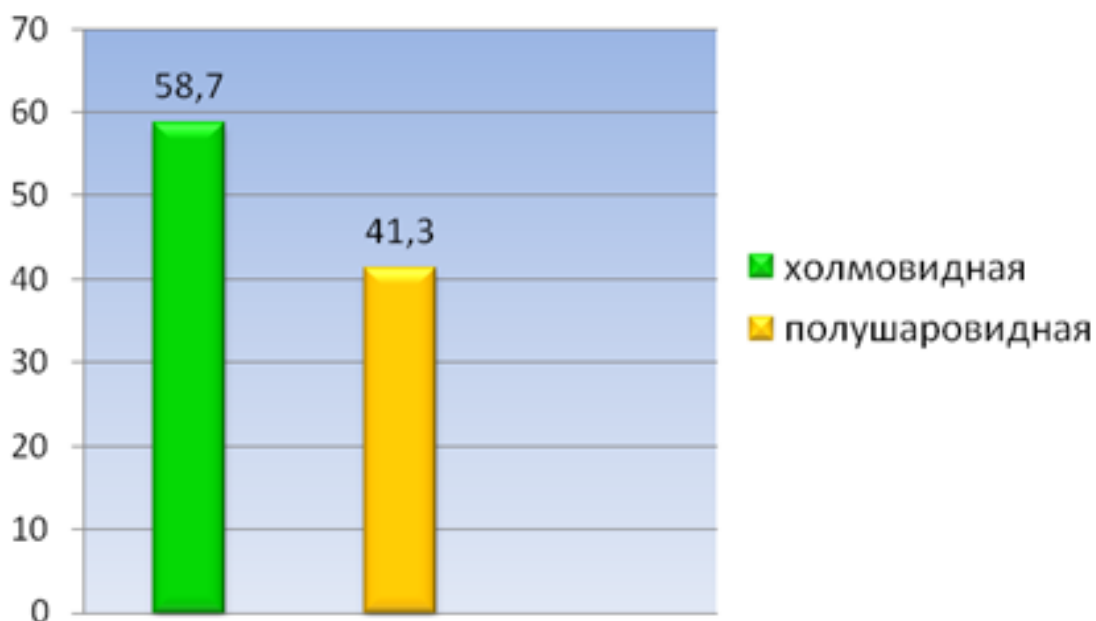


Рисунок 2 – Частота регистрации МСДК холмовидной и полушаровидной формы у женщин

У представителей мужского пола малый сосочек двенадцатиперстной кишки холмовидной формы был отмечен в 34,9% случаев (22 наблюдения), а МСДК полушаровидной формы – в 65,1% случаев (41 наблюдение) соответственно (рисунок 3).

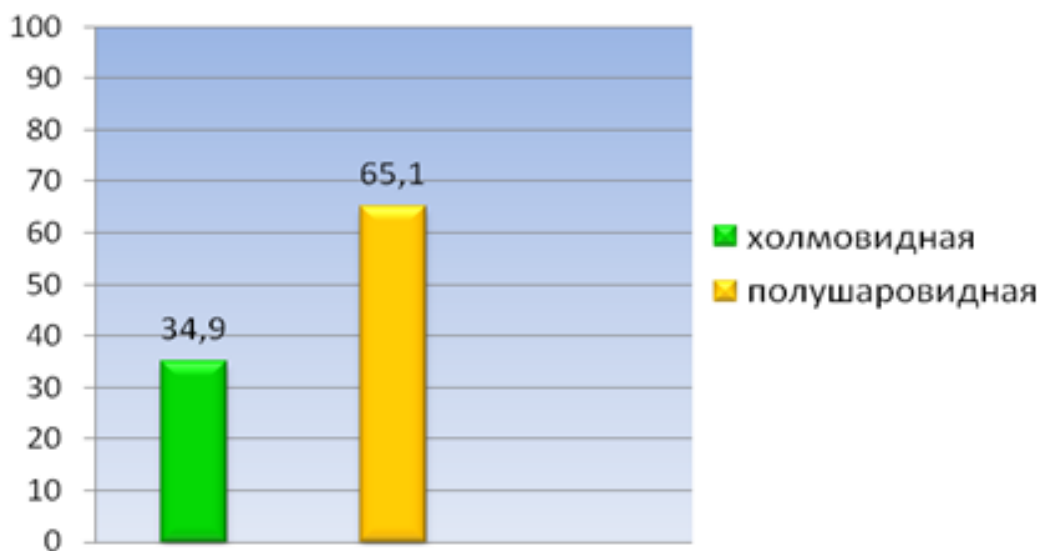


Рисунок 3 – Частота регистрации МСДК холмовидной и полушаровидной формы у мужчин

У мужчин с холмовидной формой МСДК в 77,3% случаев (17 наблюдений) отмечалось наличие точечного устья на верхушке сосочка, что свидетельствовало о его дренировании добавочным протоком поджелудочной железы (санториниев проток). Аналогичный показатель для обладателей полушаровидной формы МСДК составил 82,9% случаев (34 наблюдения) (рисунок 4).

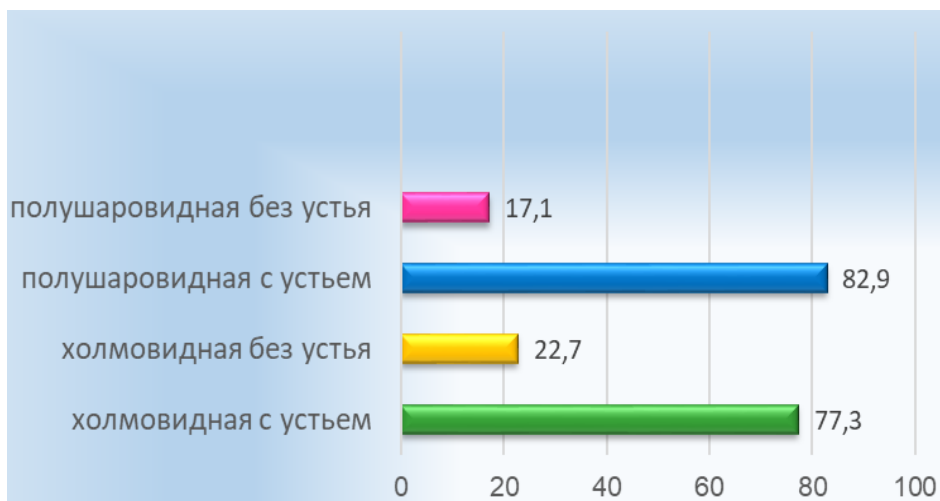


Рисунок 4 – Частота регистрации устья в МСДК холмовидной и полушаровидной формы у мужчин

У представительниц женского пола МСДК холмовидной формы имел открытое устье в 86,7% случаев (32 наблюдения), а малый сосочек полушаровидной формы – в 76,9% случаев (20 наблюдений) (рисунок 5).

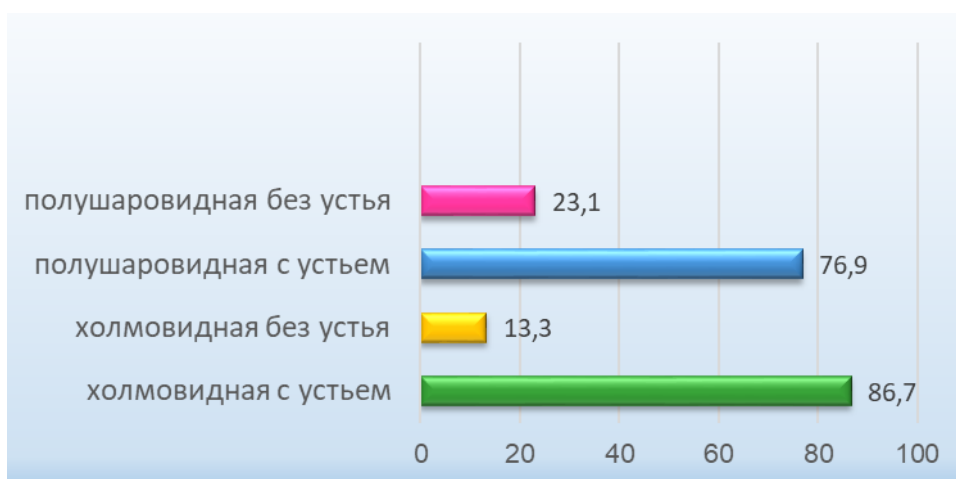


Рисунок 5 – Частота регистрации устья в МСДК холмовидной и полушаровидной формы у женщин

Заключение. Таким образом установлено, что для женщин более характерен малый сосочек двенадцатиперстной кишки холмовидной, а для мужчин – полушаровидной формы ($\chi^2=12,0$; $p<0,05$); частота регистрации устья в малом сосочке двенадцатиперстной кишки независимо от его формы не имеет гендерных различий ($\chi^2=2,7$; $p>0,05$). Отсутствие устья свидетельствует о невозможности дренирования малого сосочка через санториниев проток, что создает предпосылки для более неблагоприятного течения патологического процесса в случае обтурации фатерова сосочка.

Список литературы:

1. Актуальные вопросы чреспапиллярной эндоскопической хирургии / А. С. Балалыкин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 5. – С. 25-32.
2. Бредихин, С. В. Варианты строения малого дуоденального сосочка и его кровоснабжение / С. В. Бредихин, А. А. Сотников, Е. Ю. Бредихина // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2010. – № 14 (1). – С. 25- 28.
3. Маев, И. В. Болезни двенадцатиперстной кишки / И. В. Маев, А. А. Самсонов. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 512 с.
4. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М. : МедиаСфера, 2002. – 312 с.
5. Сотников, А. А. Клиническая анатомия дуоденальных сосочков / А. А. Сотников // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2002. – №1. – С. 54-57.

СИНТОПИЧЕСКИЕ ВЗАИМОТНОШЕНИЯ СТЕНКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Коваленко В. В., Шестерина Е. К., Балако А. И.

Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Актуальность. Известно, что головка поджелудочной железы (ПЖ) находится в тесном анатомическом контакте с медиальной стенкой нисходящей части двенадцатиперстной кишки (ДПК). Это обусловлено тем, что в области фатерова сосочка происходит слияние главного панкреатического протока с общим желчным и формирование печечно-поджелудочной ампулы, устье которой открывается в просвет ДПК [1, 4]. Механизмы, обеспечивающие беспрепятственный ток желчи и панкреатического сока в данной протоковой агломерации не совсем ясны. Основной вклад в этот процесс, безусловно, вносят перистальтические сокращения мышечных оболочек ductus pancreaticus и ductus choledochus, а также сфинктерные системы фатерова сосочка. Но при этом возникает два вопроса: не существуют ли какие-то дополнительные анатомические факторы, регулирующие работу этой сложной системы и какова