

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
БЕЛОРУССКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО МОРФОЛОГОВ

МОРФОЛОГИЯ — МЕДИЦИНСКОЙ НАУКЕ И ПРАКТИКЕ

**Сборник трудов научно-практической конференции
с международным участием, посвященной 85-летию со дня рождения
заслуженного деятеля науки Республики Беларусь,
лауреата Государственной премии Республики Беларусь,
профессора, доктора медицинских наук
Петра Иосифовича Лобко**

**23–24 октября 2014 г.
Минск, Республика Беларусь**

Под редакцией профессора П. Г. Пивченко



Минск БГМУ 2014

Дуденко В. Г., Куринной В. В.

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ТОПОГРАФИЯ «СЛАБЫХ» МЕСТ ДИАФРАГМЫ ЧЕЛОВЕКА

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Широкое внедрение в практику лапароскопических методов оперирования органов брюшной полости, расширение спектра оперативных вмешательств и индивидуализация их объемов ставит перед хирургами новые вопросы и задачи. Это в полной мере касается хирургии диафрагмы, например релаксации диафрагмы, и других патологических состояний, в которых диафрагма имеет ведущее значение (грыжи диафрагмы, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы).

Абсолютно закономерная и необходимая тенденция последних десятилетий — индивидуализации характера и объема оперативного вмешательства — требует от врача знания топографии объекта оперирования конкретного человека, в этом возрасте и в этом состоянии здоровья, зачастую после ранее перенесенных оперативных вмешательств. Современный подход к планированию предстоящего оперативного вмешательства состоит в обладании полной информацией о состоянии гомеостаза организма, данных инструментальных и дополнительных методов исследования. Обладание этими данными делает возможной индивидуализацию предстоящих оперативных вмешательств. Однако, если в процессе анализа данных лабораторных и биохимических исследований у врача есть огромная база для сравнения полученных данных с наиболее часто встречающимися, то касательно дополнительных методов, в особенности результатов изучения индивидуальных особенностей строения диафрагмы человека, индивидуальной топографии ее структур, возникают проблемы, так как в специальной медицинской литературе практически отсутствуют сведения о половозрастных вариантах строения и морфометрические данные в зависимости от типа строения тела.

Исходя из вышесказанного, представляется, что тема нашего исследования, посвященного индивидуальной топографии диафрагмы человека, является актуальной и отвечающей задачам, стоящим перед топографической анатомией на современном этапе.

Целью нашего исследования было изучение индивидуальной топографии структур диафрагмы человека по материалам медицинских изображений (спиральная компьютерная томография) в зависимости от пола, возраста и типа строения тела человека. В данной статье мы приводим морфометрические данные «слабых» мест диафрагмы, к которым мы, как и другие исследователи, относим отверстие нижней полой вены, аортальное отверстие, пищеводное отверстие диафрагмы, а так же щели Ларрея и Бохдалека.

Материалы и методы

Изучению и анализу подвергнуты данные СКТ-исследования 40 пациентов, обследованных в лечебных учреждениях г. Харькова в связи с различными патологическими состояниями не связанными с диафрагмой. Работа проведена с использованием рабочей станции Hewlett Packard 820 и специализированной программы для работы с файлами DICOM Vitrea 2.

Среди 40 изученных СКТ-грамм 32 принадлежали мужчинам и 8 женщинам. Распределение по возрасту было следующим: первый зрелый возраст — 14 человек (все мужчины), второй зрелый возраст — 16 (12 мужчин и 4 женщины), пожилой возраст — 10 пациентов (6 мужчин, 4 женщины). По типу строения тела распределение было следующим: астенический тип — 6 человек, нормостенический тип — 22 и гиперстенический тип строения встретился у 12 пациентов. В литературе встречается множество методик посвященных способам измерений для установления типа строения тела. В связи с тем, что наше исследование основано на СКТ-граммах, у нас не было возможности использовать эти методики. Тип строения тела мы определяли по грудинно-реберному углу. Величина угла менее 80 трактовалась нами как астенический тип, 80–90 — как нормостенический и угол более 90 принадлежит гиперстеникам.

Дальнейшие морфометрические исследования слабых мест диафрагмы включали:

1. Диаметры этих отверстий в зависимости от возраста, пола и типа строения тела.
2. Расстояния между этими отверстиями.
3. Углы между линиями, соединяющими центры этих отверстий.
4. При наличии щелей Ларрея и Бохдалека проводились измерения их длины, ширины и глубины.

Полученные цифровые данные анализировались с применением метода дисперсионного анализа.

Результаты и обсуждение

Изучение результатов морфометрии «слабых» мест диафрагмы показало их значительную вариабельность. Так, диаметр отверстия нижней полой вены (НПВ) колебался от 14,2 до 35,7 мм, само отверстие в большинстве наблюдений имело овальную форму (из-за того, что отверстие располагается под углом к плоскости среза). Наименьший диаметр выявлен у женщины астенического типа сложения тела. Наибольший — у мужчины-гиперстеника. Наибольшая частота приходилась на диаметр в интервале от 19 до 25 мм (75 % наблюдений).

Диаметр пищеводного отверстия диафрагмы колебался от 6,6 до 16,8 мм. Отверстие в подавляющем числе наблюдений имело округлую форму. Наименьший диаметр встретился у мужчины гиперстеника, наибольшее отверстие было также у мужчины гиперстенического типа сложения. Наибольшая частота значений находилась в диапазоне от 10 до 13,8 мм.

Аортальное отверстие имело практически правильную округлую форму и имело разброс значений от 16,2 мм (женщина-гиперстеник) до 29,4 мм (мужчина-гиперстеник). Чаще всего встречались значения в интервале от 19 до 26 мм.

Расстояния между отверстиями колебались в значительных пределах. Наименьшее расстояние аорта – полая вена составило 29,6 мм (женщина-астеник), наибольшее — 83 мм (мужчина-гиперстеник).

Пищеводно-аортальное расстояние колебалось в границах от 6,5 мм (мужчина-гиперстеник) до 28,4 мм (также мужчина-гиперстеник).

Расстояние от пищеводного отверстия до отверстия полой вены колебалось от 17,6 мм (женщина-гиперстеник) до 40,1 мм (мужчина-гиперстеник). Чаще всего расстояние колебалось в пределах 30–37 мм.

Щель Ларрея встретилась в 8 исследованиях (7 мужчин и 1 женщина), что составило 20 % всех наблюдений. Щель Бохдалека отмечалась значительно реже — 2 наблюдения (5 %). Размеры щели Ларрея колебались от 33,3 до 107,7 мм в длину, чаще всего от 35,8 до 59,0 мм. Глубина достигала значения 53,3 мм, чаще всего встречалась глубина 35 мм.

Щель Бохдалека встретилась в двух наблюдениях — 28,5 мм, 6,5 мм и 45 мм — длина, ширина, глубина соответственно. В обоих случаях это были женщины гиперстенического типа сложения.

Выводы:

1. Морфометрические данные «слабых» мест диафрагмы человека подвержены значительным колебаниям.

2. Количество наблюдений не позволяет, на данном этапе, сделать окончательные выводы, однако чаще крайние значения встречаются у мужчин с гиперстеническим типом строения тела. В меньшей степени прослеживается возрастная зависимость.

3. Полученные варианты морфометрии следует учитывать при планировании оперативных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Baert, A. L.* Encyclopedia of Diagnostic Imaging = Диагностические изображения. Энциклопедия / A. L. Baert. Springer, 2008. 1991 p.

2. *Bui, A. A. T.* Medical imaging informatics = Медицинские изображения. Информатика / A. A. T. Bui, R. K. Taira. Springer, 2010. 562 p.

3. *Federle, M. P.* Diagnostic and Surgical Imaging Anatomy. Chest, Abdomen, Pelvis = Анатомические изображения в диагностике и хирургии. Грудь, живот, таз / M. P. Federle. Blackwell, 2006. 1211 p.

4. *Elewa, A. M. T.* Morphometrics for Nonmorphometricians = Морфометрика для неспециалистов / A. M. T. Elewa. Springer, 2010. 367 p.

Ерофеева Л. М., Сергеева С. П.

МОРФОЛОГИЯ ТИМУСА КРЫС С РАЗЛИЧНОЙ СТРЕСС-УСТОЙЧИВОСТЬЮ И КЛЕТОЧНЫЙ ИММУННЫЙ СТАТУС ЧЕЛОВЕКА ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Московский государственный медико-стоматологический университет
имени А. И. Евдокимова, Россия*

Одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем является инсульт, или острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в связи с тем, что во всем мире высока смертность и инвалидизация в результате этого заболевания. Усилия ученых направлены на поиск новых механизмов патогенеза, которые позволят улучшить диагностику и прогноз исхода заболевания, а главное станут в дальнейшем мишенями терапевтического воздействия и позволят улучшить исход заболевания. Известно, что определенное место в патогенезе инсульта занимают неспецифические адаптивные реакции, которые развиваются

Герасимович А. И., Походенько-Чудакова И. О., Сурин А. В. Морфологическое подтверждение создания новой экспериментальной модели хронического синусита верхнечелюстной пазухи	57
Горустович О. А. Корреляционные взаимоотношения морфометрических показателей венечных артерий сердца	60
Горшунова Г. Н., Девятаев А. М. Валиуллин В. В. Иммуногистохимические характеристики кожи в условиях диабета	61
Гришин И. Н., Пивченко П. Г., Бочко В. Н., Бордаков В. Н., Лагодич С. Н., Лой А. В. Вклад профессора П. И. Лобко в развитие желудочной хирургии	64
Гусева Ю. А., Денисов С. Д. Закономерности роста зрительного канала в постнатальном онтогенезе человека	66
Давыдова Л. А., Ковалёва Н. М. Развитие академиком Д. М. Голубом идеи о реиннервации внутренних органов	70
Дарий А., Катеренюк И. Морфометрия нервного аппарата сосудистых сплетений желудочков головного мозга человека	74
Денисов С. Д., Кабак С. Л. Фасции шеи: вопросы терминологии и классификации	81
Денисов С. Д., Сахарчук Т. В. Макро- и микроскопическое строение венозной стенки в области устьев полых и легочных вен	85
Дильмухаметова Л. М., Вагапова В. Ш. Строение переходной зоны синовиальной мембраны коленного сустава у плодов, детей подростков	88
Дмитриева М. В., Подрезенко М. О. Морфологическая характеристика амилоидоза почек в нефробиопсиях	91
Дорохович Г. П. Сравнительно-эмбриологическая характеристика развития и строения мужской половой железы в эмбриогенезе человека и белой крысы	94
Дорошкевич С. В., Дорошкевич Е. Ю. Морфогенез псевдокисты поджелудочной железы в эксперименте	97
Дуденко В. Г., Лермонтов А. А. Классификация артерий надпочечников человека	100
Дуденко В. Г., Куринной В. В. Индивидуальная топография «слабых» мест диафрагмы человека	103
Ерофеева Л. М., Сергеева С. П. Морфология тимуса крыс с различной стресс-устойчивостью и клеточный иммунный статус человека после острого нарушения мозгового кровообращения	105
Жарикова О. Л., Давыдова Л. А., Чайка Л. Д. Роль «классической» анатомии в подготовке современного врача	108
Животова Е. Ю., Курунова И. И., Болоняева Н. А., Флейшман М. Ю., Тимошин С. С. Механизмы протективного действия даларгина при НПВП-гастропатиях	111
Жукова М. И., Комарова И. П. Эмбриогенез конечностей и их поясов лягушки травяной в норме и эксперименте с тиреоидным гормоном	115