

дольного разреза: при продольном ушивании возникает сужение просвета кишки, а при поперечном ушивании продольного разреза создается локальное расширение двенадцатиперстной кишки. И в том и в другом случае нарушается пассаж содержимого.

В городской клинической больнице скорой медицинской помощи № 10 города Воронежа методика трансдуоденальной папиллосфинктеротомии между нитями, проведенным ретроградно через пузырный проток или холедохотомическое отверстие была использована у 25 больных. Из них было 9 мужчин и 16 женщин. Возраст больных составил от 19 до 80 лет, средний возраст 66 лет. Все пациенты поступали в порядке срочной помощи. При этом у 17 больных имели место клинические проявления механической желтухи, у двух в анамнезе – удаление желчного пузыря. Всем больным, поступившим в клинику, проводили ультразвуковое исследование гепатобилиарной зоны, фиброгастродуоденоскопию с оценкой состояния большого дуоденального сосочка. Расширение общего желчного протока – от 1,0 до 2,5 см, по данным ультразвукового исследования, наблюдалось у 18 пациентов. Желчнокаменная болезнь с сопутствующим панкреатитом обнаружена у 10 поступивших. 11 больным потребовалось проведение интраоперационной холангиографии, в одном случае использовалась холедохоскопия. Среди причин, вызвавших нарушение желчеоттока, холедохолитиаз без стриктуры дистальной части холедоха наблюдался в 10 случаях, изолированная стриктура терминального отдела общего желчного протока выявлена у 3 больных, сочетание холедохолитиаза со стриктурой холедоха диагностировано у 10 оперированных. Макролитиаз с конкрементами до 2 см в диаметре обнаружен у 2 больных, множественные мелкие камни были у 4, у остальных пациентов наблюдался одновременно макро- и микролитиаз. Вклинившийся в терминальный отдел общего желчного протока конкремент выявлен у 5 больных. Во всех случаях трансдуоденальной папиллосфинктеротомии проводилась поперечная дуоденотомия, в 4 случаях прибегали к холедохолитомии. Дивертикул в области большого дуоденального сосочка обнаружен у двух оперируемых. Синдром Мирizzi диагностирован у одного больного. У 6 пациентов нарушение пассажа желчи привело к развитию холангита. Дренажное общее желчного протока по Холстеду – Пиковскому выполнено в 20 случаях, остальным больным дренажное не проводилось. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений. Дренажная трубка обычно удалялась на 14 сутки, при условии хорошей проходимости контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку на фистулохолангиограмме.

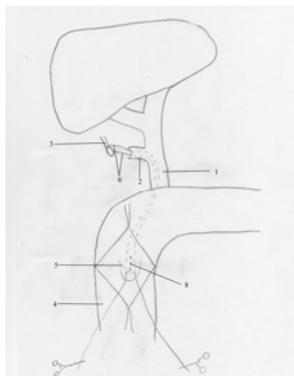


Рис.3.1 – общий желчный проток; 2 – пузырный проток; 3 – металлический пугочатый зонд; 4 – двенадцатиперстная кишка; 5 – большой дуоденальный сосочек; 6 – капроновая нить; 8 – папиллосфинктеротомический разрез

Выводы. Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия является способом выбора коррекции доброкачественных стенозирующих заболеваний терминального отдела общего желчного протока. Ближайшие и отдаленные результаты ее улучшаются по мере усовершенствования методики операции. Анализ разработанного и используемого метода коррекции желчеоттока показал его безопасность и эффективность при лечении больных с осложненными формами желчекаменной болезни.

Литература

1. Артемьева Н.Н., Пузань М.В. // Вестник хирургии. 1996. №6. С.72–75.
 2. Алиев М.А., Масалин М.М. // Хирургия. 1987. № 2. С.13–18.
 3. Балалыкин А.С., Авалиани М.В., Шукушина И.В. и др. // Хирургия. 1990. № 10. С. 38–42.

4. Гальперин Э.И. Рубцовые стриктуры желчных протоков. М., 1982.
 5. Горбунов О.М., Абросимов В.Н., Сахно В.Д. и др. // Хирургия. 1996. № 6. С. 61–63.
 6. Григорян Р.С., Старков Ю.Г. // Хирургия. 2001. № 7. С. 52–55.
 7. Джаркенев Т.А., Мовчун А.А., Хрусталева М.В. и др. // Хирургия. 2004. № 3. С. 13–7.
 8. Ермолов А.С. // Анналы хирургии. 1998. № 3. С.13–24.
 9. Малков И.С., Бикмухаметов А.Ф., Чагаева З.И. // Хирургия. 2004. № 7. С. 19–22.
 10. Старков Ю.Г., Солодинина Е.Н., Шишин К.В. и др. // Хирургия. 2003. № 9. С.14–17.
 11. Шалимов А.А. и др. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев: Здоровья. 1993.

METHOD OF TRANSDUODENAL PAPILLOSPHINCTEROTOMY

A.A. GLUKHOV, M.V. ARALOVA, V.A. KUZNETSOV

Voronezh State Medical Academy named by N.N. Burdenko, Russia
 Chair of surgery

The authors of the article developed the method of transduodenal papillosphincterotomy that is used between the ligatures antegradely inserting through cystic duct or choledochotomy cut. This method allows to correct bile outflow in choledocholithiasis and in strictures of the terminal part of the common bile duct. The method was applied on 25 patients with complicated forms of the cholelithiasis. The advantage of this surgical way is the possibility of its usage in cases of papillary diverticulum, Vater's papilla location in level horizontal part of duodenum, the transverse incision of the duodenum. A well visualization of the place of papillosphincterotomy was noted, which allows to minimize risk of traumatism of Virsun's duct. The method is available and simple and it doesn't require the usage of any special devices.

Key words: cholelithiasis, surgical treatment, transduodenal papillosphincterotomy, choledocholithiasis, strictures of the terminal part of the common bile duct.

УДК 611.813.14:616.13-004.6-053.9:612.014.5

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИППОКАМПА ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ С УЧЁТОМ СОМАТОТИПА

Е.В.ГОРЕЛИК, Д.Ю.ГУРОВ, А.В.СМИРНОВ*

Определены соматотипы у мужчин пожилого возраста при церебральном атеросклерозе. Представлены результаты количественного и качественного морфологического изучения гиппокампа мужчин различных соматотипов при церебральном атеросклерозе.
Ключевые слова: соматотип, гиппокамп, церебральный атеросклероз.

Одним из наиболее массовых заболеваний современности является атеросклероз, имеющий в большинстве стран тенденцию к росту, омоложению, распространению на различные категории населения, во многом определяющий высокий удельный вес смертности от сердечнососудистых заболеваний [1,8]. Изучение проблемы атеросклероза позволит помочь в решении многие проблемы медицины [2,5]. Церебральный атеросклероз – самая распространенная форма сосудистой патологии головного мозга, являющаяся основной причиной ишемических нарушений мозгового кровообращения [7]. Изучение гиппокампа, как структуры головного мозга и одного из основных компонентов лимбической системы, играющей существенную роль в формировании сложных интегративных функций организма, в осуществлении многочисленных реакций, позволяющих более тонко регулировать гомеостаз, изменять различные виды обмена веществ, приспосабливаться к условиям окружающей среды, является одной из проблем теоретической и практической медицины [6].

Сведения о структурно-функциональных изменениях гиппокампа в процессе церебрального атеросклероза в доступной литературе практически отсутствуют, а морфологические особенности гиппокампа при данном заболевании с учётом соматотипа остаются не изученными.

* ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», 400131 г.Волгоград, ул. Аллея героев 1, тел: 37-58-65

Цель исследования – выявление соматотипологических закономерностей строения гиппокампа у мужчин пожилого возраста при церебральном атеросклерозе.

Материалы и методы исследования. На предварительном этапе был осуществлён отбор аутопсийных случаев на основании изучения 127 медицинских карт стационарных больных. Аутопсия проводилась на базе ПАО ГУЗ «ВоПАБ», г.Волгограда. Для настоящего исследования нами отобраны 68 аутопсийных материалов лиц мужского пола, из них 22 пожилого возраста, у которых в анамнезе не было выявлено патологии центральной нервной системы. При последующем проведении патологоанатомического исследования нами отобраны случаи, в которых у умерших был выявлен церебральный атеросклероз, а основными заболеваниями явились: ишемическая болезнь сердца (27,4%), эссенциальная артериальная гипертензия (41,6%), цирроз печени (19,8%), хронический обструктивный бронхит и двусторонняя пневмония (11,2%).

Нами проводилась соматометрия по стандартным антропометрическим методикам В.В. Бунака; W.L.Rees, H.J. Eysenck [3,9]. Для определения соматотипа измеряли длину тела (ДТ) и поперечный диаметр грудной клетки (ПДГК). Соматотипирование выполняли, вычисляя «индекс соматотипа» (ИС) по формуле Rees – Eysenck:

$$ic = \frac{ДТ \times 100}{ПДГК \times 6}$$

При ИС<96 квалифицируется пикнический соматотип, при ИС 96-106 нормостенический, при ИС>106 астенический соматотип. Препарирование боковых желудочков головного мозга и выделение гиппокампа осуществляли по методике Ласло Комароми [4]. Морфометрия гиппокампа включала определение: продольного параметра (длина гиппокампа) и поперечных размеров (ширина гиппокампа). Поскольку гиппокамп имеет своеобразную изогнутую форму, нами, при морфометрической характеристике было использовано измерение условно взятых, поперечных размеров в области ножки, средней части и пальцев гиппокампа, а также измерение его длины в соответствии с продольной осью. Анализ количественных показателей выполняли на IBM с использованием статистического программного пакета «Statistica» v 6.0.

Результаты и их обсуждение. Проведя анализ полученных антропометрических данных, нами было установлено, что у мужчин пожилого возраста пикнический тип телосложения со значением ИС=89,39±0,6 составил 58,34%, от общего числа. Нормостенический тип телосложения, со значением ИС=99,27±0,3 в 25,12% случаев и астенический тип телосложения при ИС=108,05±0,2 в 16,54% случаев (рис.1).

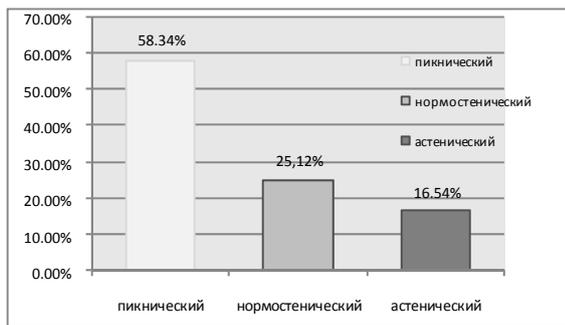


Рис. 1. Распределение соматотипов среди лиц мужского пола в возрасте 61-74 года с церебральным атеросклерозом

Таким образом, у лиц мужского пола пожилого возраста, пикнический соматотип встречался чаще других соматотипов и составил больше половины (58,34%) от всех других наблюдений. Количественное исследование макроструктуры гиппокампа выявило различия его строения в исследуемых группах соматотипа (табл.).

Длина гиппокампа левого полушария головного мозга у лиц нормостенического на 14,3% и у астенического на 15,8% больше (p<0,01), чем у лиц пикнического типа телосложения. Достоверные различия ширины ножки гиппокампа выявлены во всех группах соматотипа. У лиц астенического типа телосложения ширина ножки гиппокампа слева на 11,1% больше, чем у пикнического, в то время как ножка гиппокампа правого полушария у пикнического типа телосложения на 14,9% и у нормостенического типа на 13,1% больше, чем у лиц астенического типа телосло-

жения. Значимые различия ширины средней части гиппокампа отмечены больше слева на 19,4% у лиц пикнического соматотипа в соответствии с астеническим.

Таблица

Морфометрические параметры гиппокампа мужчин пожилого возраста при церебральном атеросклерозе (M±m, см)

тип телосложения		Пикнический	Нормостенический	Астенический
параметры гиппокампа				
длина	л	4,81±0,2	5,57±0,16 ♦♦	5,7±0,2 **
	п	4,61±0,1	4,73±0,24	4,4±0,27
ширина ножки	л	0,84±0,02	0,89±0,06	0,9±0,01 **
	п	0,94±0,05 **	0,92±0,03 ♪♪	0,8±0,02
ширина средней части	л	0,98±0,04 **	0,82±0,1	0,79±0,04
	п	1,07±0,03	0,96±0,06	1,03±0,01
ширина в области пальцев	л	1,48±0,08 ♦	1,23±0,09	1,45±0,001 ♪♪
	п	1,53±0,06	1,47±0,1	1,52±0,01

Примечания: ♦ – p<0,05; ♦♦ – p<0,01 – пикнический и нормостенический соматотипы, ♪ – p<0,05; ♪♪ – p<0,01 – нормостенический и астенический соматотипы, * – p<0,05; ** – p<0,01 – пикнический и астенический соматотипы, л – левый гиппокамп; п – правый гиппокамп

Ширина гиппокампа в области пальцев отмечена больше на 16,9% слева у пикников и на 15,2% у астеников, чем у лиц нормостенического соматотипа (p<0,01). Сравнительный анализ морфометрических параметров гиппокампа лиц мужского пола пожилого возраста с церебральным атеросклерозом показал неравномерное распределение продольных и широтных размеров во всех группах сравнения. Длина гиппокампа значимо больше слева у нормостеников и астеников, увеличение ширины ножки гиппокампа справа отмечена у лиц пикнического и нормостенического типов телосложения. Достоверно значимые отличия ширины средней части гиппокампа среди исследуемых групп соматотипов, были продемонстрированы слева у лиц пикнического типа телосложения. Ширина гиппокампа в области средней части была достоверно больше слева у лиц пикнического и астенического типов телосложений. Таким образом, изучение морфометрических особенностей строения гиппокампа и соматотипов лиц мужского пола пожилого возраста при церебральном атеросклерозе выявило наиболее значимые различия морфометрических показателей гиппокампа во всех группах соматотипа. Была отмечена разнонаправленная гетерохронность структурных изменений у мужчин нормостенического соматотипа, при этом наибольшую вариабельность продемонстрировали следующие морфометрические параметры: ширина гиппокампа в области пальцев и ножки, а также длины гиппокампа.

Литература

1. Арушанян Э.Б., Бейер Э.В. // Журн. неврол. и психиат. 2007. Т.107, №7. С.72–77.
2. Жданов В. С., Вихерт А. М., Стержни Н. Г. // Эволюция и патология атеросклероза у человека. М., 2000. С. 35–39.
3. Морфология человека. Возрастная и конституциональная антропология / Под ред. Никитюк Б.А., Чтецов В.П. М., 1993.
4. Ласло Комароми Вскрытие головного мозга: Пер с венг. Будапешт, 1961
5. Путилина М.В., Радищевский М.В. // Актуальные вопросы неврологии и нейрохирургии. Ростов-на Дону, 2005. С. 32–34.
6. Сапин М.Р., Хатамов А.И. // Врач. М., 2007. С. 53–54.
7. Чemezov С.В. Функциональная морфология венозного застоя в головном мозге: Дис...докт. мед. наук. Оренбург, 2000.
8. Fisher M. et al. // Prog. Neurobiology. 2005. Vol.70. P. 319–345.
9. Rees L., Eysenck H.J. // J.Mental.Sci. 1945. Vol.91, № 383. P. 8–21.

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HIPPOCAMPUS IN ELDERLY MALES WITH CEREBRAL ATHEROSCLEROSIS ACCORDING TO SOMATOTYPES

E.V. GORELIK, D.YU. GUROV, A.V. SMIRNOV

Volgograd State Medical University

Somatotypes in elderly men with cerebral atherosclerosis were determined. The results of quantitative and qualitative morphological study of hippocampus in men of different somatotypes with cerebral atherosclerosis were obtained.

Key words: somatotype, hippocampus, cerebral atherosclerosis.