

При анализе данных из Таблицы 3 и графика (Рис.3) было определено, что в более молодом возрасте ширина 4-х желудочков у мужчин преобладает над таковой у женщин, однако с возрастом у женщин эти значения уменьшаются, а у мужчин увеличиваются. В итоге данные величины приблизительно уравниваются.

Выводы. Проанализировав возрастные и половые изменения в ширине желудочков головного мозга можно отметить, что у мужчин в более старшем возрасте размеры центральной части боковых желудочков, третьего желудочка, а также четвертого преобладают над таковыми у женщин. Это может быть связано с большим размером мозга у мужчин, что связано с более крупными размерами мужского тела [2], с естественными процессами старения головного мозга, которые сопровождаются атрофией мозговой ткани и склерозированием сосудов, что ведет к редукции части капилляров и хронической циркуляторной гипоксии [3].

Полученные данные можно использовать в клинике для постановки диагнозов заболеваний, связанных с нарушением деятельности центральной нервной системы и для определения предрасположенности к данному заболеванию. Также результаты исследования могут быть полезны для проведения инструментально-диагностических методов исследования, для проведения операций на головном мозге.

Список литературы:

1. Кириллова И. А., Кравцова Г. И., Кручинский Г. В. и др.; под ред. Г. И. Лазюка. Терапология человека. – М.: Медицина, 1991, стр. 122, 139.
2. М. Р. Сапин, В. С. Ревазов, В. Я. Бочаров, Д. Б. Никитюк, Г. С. Сатюкова, Ю. М. Селин, Б. А. Спирин. Анатомия человека. – М.: Медицина, – 2001, стр. 154-156.
3. Дорошкевич Елена Юлиановна «Морфогенез боковых желудочков головного мозга человека», автореферат диссертации, Минск, 2005. Стр.16,17.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ МОРФОМЕТРИЯ ПАХОВОГО КАНАЛА И БЕЗНАЧЕНИЕ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ПАХОВОГО ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ПРИ ГРЫЖАХ II ТИПА

Жук С. А., Смотрин С. М.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Паховое грыжесечение занимает ведущее место в структуре оперативных вмешательств, выполняемых в общехирургическом стационаре [1, 2]. Только в Гродненской области ежегодно выполняется до 1000 оперативных вмешательств по поводу паховых грыж. При этом 8,9% пациентов с паховыми грыжами оперируются повторно в связи с рецидивом заболевания [4]. В лечении паховых грыж применяют как натяжные, так и атензионные методы

герниопластики. В качестве пластического материала при натяжных методах используют мышечные и апоневротические структуры пахового канала, а при атензионных – синтетические эндопротезы. Однако четких критериев, которые определяют выбор метода пахового грыжесечения при первичном оперативном вмешательстве, базирующихся на оценке состояния топографо-анатомических параметров и мышечно-апоневротических структур пахового канала по настоящее время не разработано [4]. На сегодняшний день интраоперационная оценка пахового канала проводится в основном только визуально, что не позволяет объективно оценить состояние высоты пахового промежутка (ПП) и совокупной толщины мышц верхней стенки пахового канала. В связи с этим нами был разработан и предложен для клинического применения коэффициент выбора способа пахового грыжесечения (3).

Цель исследования. Оценить возможности интраоперационной морфометрии пахового канала и коэффициента выбора способа пахового грыжесечения в хирургии паховых грыж II типа.

Материал и методы. В исследование включены 64 пациента с II типом паховых грыж, которым при выборе метода герниопластики метрические данные топографо-анатомических параметров пахового канала не являлись основными критериями при выборе метода пахового грыжесечения. Топографо-анатомические параметры пахового канала оценивались у пациентов по результатам интраоперационной морфометрии. Наряду с этим у этих пациентов рассчитывался коэффициент выбора способа натяжной или атензионной паховой герниопластики (**к**) по формуле:

$$k = \frac{h}{m},$$

где **h** – высота пахового промежутка (мм), **m** – совокупная толщина мышц верхней стенки пахового канала (мм). При **к > 4,83** пациенту рекомендуется атензионная герниопластика, а при **к < 4,83** – можно применять натяжные методы герниопластики (заявка на изобретение № а 20180186).

Полученные результаты коэффициента выбора способа натяжной или атензионной паховой герниопластики сравнивались с данными практического подхода без учета разработанного коэффициента. Наряду с этим нами проведен анализ хирургического лечения паховых грыж в Гродненском регионе за предыдущий год. В данной работе мы пользовались международной классификацией паховых грыж по L. Nyhus и возрастной классификацией ВОЗ.

Результаты исследования. В Гродненской области ежегодно производится до 1000 оперативных вмешательств по поводу паховых

грыж. При этом на пациентов с паховыми грыжами II типа приходится 46,80% случаев (рис.1)

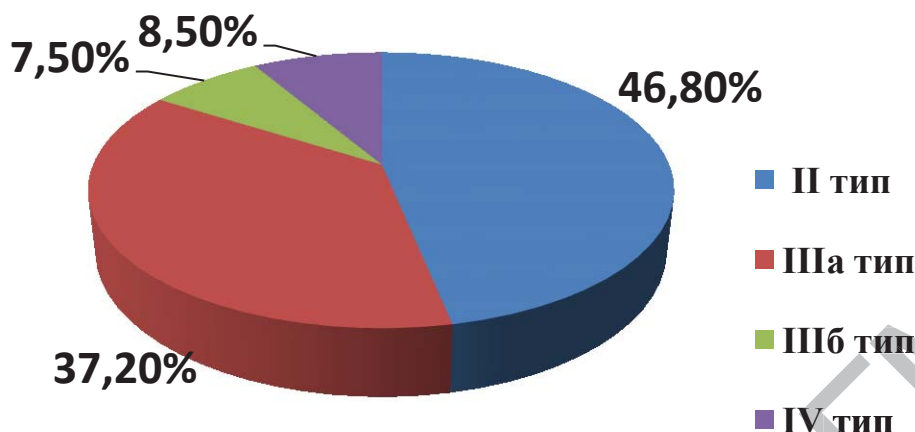


Рисунок 1 — Типы паховых грыж у пациентов, оперированных в лечебных учреждениях Гродненской области (L.Nyhus).

Из всех пациентов со II типом паховых грыж на лиц пожилого возраста приходится 46%, а лица трудоспособного возраста составляют 64% (рис. 2).

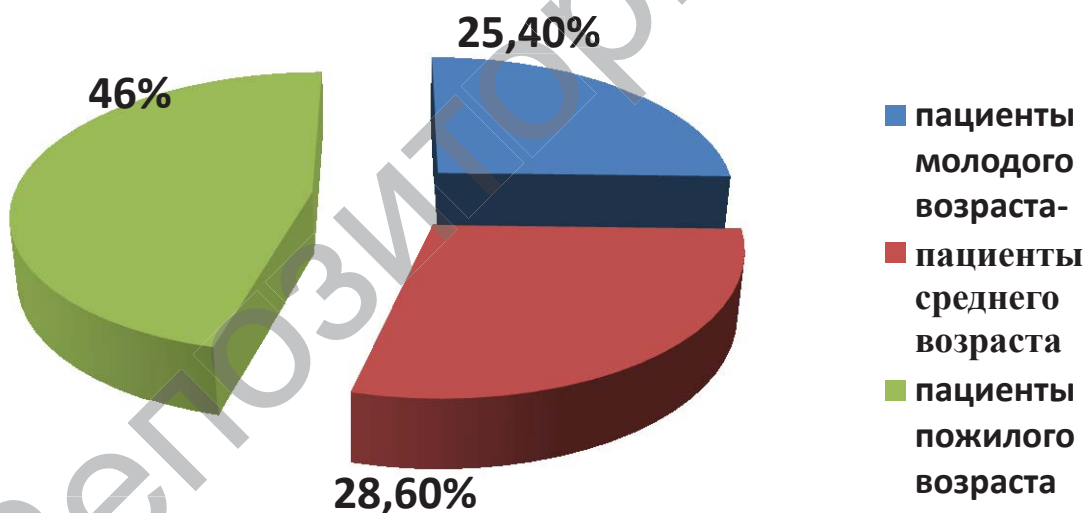


Рисунок 2 — Возрастная характеристика пациентов паховыми грыжами II типа.

При существующем подходе к выбору метода герниопластики, когда метрические данные топографо-анатомических параметров пахового канала не являются определяющими лицам молодого возраста в 12% случаях была выполнена атензионная герниопластика. У пациентов среднего возраста атензионные методы герниопластики были применены в 8% случаев, а у пожилых – в 39% наблюдений (рис. 3).

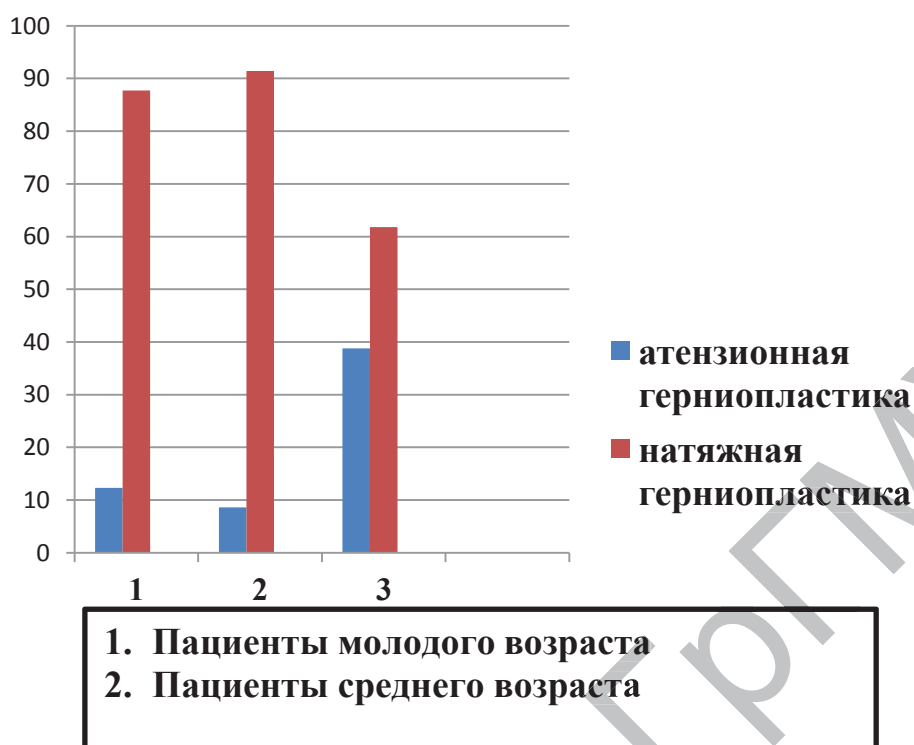
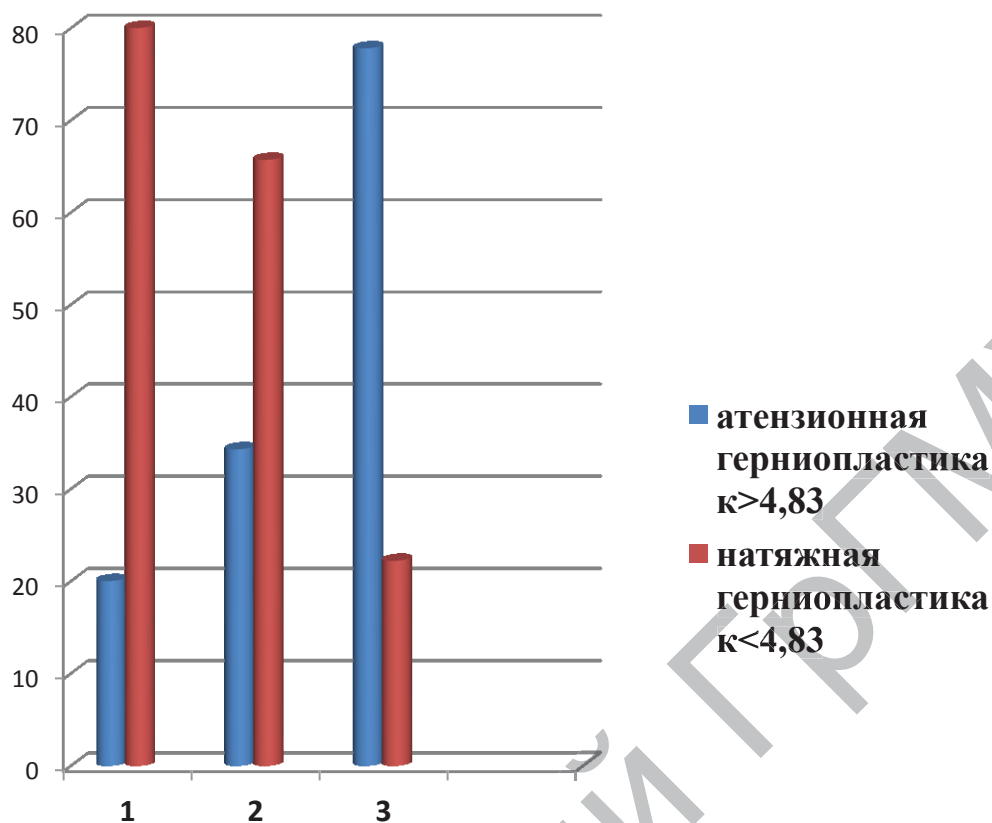


Рисунок 3 – Характер оперативных вмешательств у пациентов с паховыми грыжами II типа.

Математический расчет коэффициента выбора способа пахового грыжесечения показал, что в группе пациентов молодого возраста атензионные методы должны были быть применены в 19% случаев, у пациентов среднего возраста в 33% случаев, а у лиц пожилого возраста – в 76% случаев (рис. 4). Если учесть, что в Гродненской области ежегодно повторно, в связи с рецидивом грыжи, оперируется 8,5% пациентов, то становится очевидным факт, что существующий подход к выбору метода герниопластики, когда метрические данные топографо-анатомических параметров пахового канала не являются определяющими следует пересматривать.



1. Пациенты молодого возраста
 2. Пациенты среднего возраста
 3. Пациенты пожилого возраста

Рис. 4 – Результаты математического прогнозирования выбора способа грыжесечения при паховых грыжах II типа.

Выводы.

1. Одной из причин повторных операций в связи с рецидивом грыжи является отсутствие дифференцированного подхода к выбору натяжного или атензионного метода пахового грыжесечения.

2. На этапе оперативного вмешательства при паховом грыжесечении целесообразно проводить интраоперационную морфометрию и определять коэффициент выбора способа герниопластики (k). При $k > 4,83$ пациенту рекомендуется атензионная герниопластика, а при $k < 4,83$ – можно применять натяжные методы герниопластики.

Список литературы:

1. Абоев, А. С. Хирургическое лечение паховых грыж / А. С. Абоев, А. А. Кульчиев // Хирургия. – 2006. – №3. – С.55–58.

2. Нестеренко, Ю. А. Выбор метода пластики пахового канала при плановых операциях/ Ю. А. Нестеренко, С. А. Сайбулаев// Хирургия. –2008. – №12. – С.35–39.

3. Способ выбора метода хирургического лечения паховой грыжи: заявка № а 20180186 / В. С. Новицкая, А. Н. Михайлов, С. М. Смотрин, С. А. Жук, В. А. Копыцкий. – Оpubл. 04.09.2018.

4. Смотрин, С. М. Хирургическое лечение паховых грыж в Гродненском регионе / С. М. Смотрин, С. А. Визгалов // Актуальные проблемы медицины : материалы ежегодной итоговой науч.-практ. конференции (25-26 января 2018 г.) [Электронный ресурс] / отв. ред. В.А.Снежицкий – Гродно : ГрГМУ, с. 701-704.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (РАЗНООБРАЗИЕ МЕТОДОВ И ИХ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ)

Зяблицкая Е. Ю., Степанова О. В., Зима Д. В., Макалиш Т. П.

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского
(структурное подразделение)

Крымский федеральный университет им. В. И. Вернадского

Актуальность. В эксперименте морфологическое исследование является ключевым для обоснования результатов научной работы, фотографии представляют собой лучший демонстрационный материал, а данные подсчетов и анализа количественных параметров – доказательную базу. В клинике морфология является ключом обоснования диагноза, определяет стадию болезни, тактику лечения, эндокринологического и онкомониторинга, прогноз. Щитовидная железа (ЩЖ) является доступным органом для морфологического исследования, предложена масса методов, среди которых исследователь может подобрать удачную комбинацию для решения научных задач [1-5].

Цель данного обзора: представить методологический раздел работы для морфологов-практиков и научных сотрудников, изучающих структуру и функции ЩЖ человека и млекопитающих животных.

Задачи работы: 1) обосновать эффективность структурно-функционального подхода в исследовании ЩЖ; 2) описать методы исследования ЩЖ на органном, тканевом, клеточном и ультраструктурном уровнях; 3) представить основы интерпретации результатов указанных методов.

Методы исследования. Работа проведена на ЩЖ лабораторных крыс линии Вистар и операционном материале ЩЖ хирургического отделения с соблюдением этических требований работы с экспериментальными животными и согласием пациентов. Исследования выполнены в Гистологической лаборатории ЦНИЛ Медицинской академии имени С.И. Георгиевского ЦКП «Молекулярная биология». Использовали оборудование: станция вырезки LEEC ltd (Leica, Германия),