

лые рынки (недвижимости, страхования, банковских услуг, туризма и проч.). Сейчас для участия в торгах не нужно личное присутствие не только на самой бирже, но и даже в стране ее нахождения.

В течение нескольких столетий развития на биржах складывались определенные правила ведения торгов и правила поведения на них. В ходе этого сформировался также особый язык, на котором говорят участники биржевых торгов. Это язык, состоящий из специфических жестов и особого, биржевого лексикона, используя который, одним словом можно описать довольно сложное состояние рынка и торговые сделки, охарактеризовать брокеров. Всем, кто работает на биржевых площадках, необходимо знать специфические для биржи сигналы и термины и в совершенстве ими владеть. Жесты являются значимыми для успешной торговли, а неправильное их использование может привести к ощутимым убыткам.

Выводы. Таким образом, под биржей в наши дни понимают организацию, обеспечивающую регулярное функционирование организованного оптового рынка товаров, валют, ценных бумаг и производных финансовых инструментов. Становление биржи имеет многовековую историю, которая началась со времен Древнего Рима и продолжается в наши дни.

Литература:

1. История создания бирж [Электронный ресурс] / Биржевой лидер.– 2005-2014.–Режим доступа: <http://www.profi-forex.org/wiki/istorija-sozdaniya-birzh.html>.–Дата доступа: 07.11.2014.
2. Биржевые жесты [Электронный ресурс] / ForexPodcast. – Режим доступа: <http://forexpodcast.ru/articles/13-another/157-hand-signal.html>. – Дата доступа: 07.11.2014.
3. Володин, А. Ю. Брокеру и клиенту [Электронный ресурс] / Володин А. Ю. – Режим доступа: <http://bibliotekar.ru/biznes-20/14.htm>. – Дата доступа: 07.11.2014.

## **ОСОБЕННОСТИ ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПРОТОВОКОЙ СИСТЕМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В АСПЕКТЕ СВЯЗАННЫХ С НИМИ ПАТОЛОГИЙ**

**Жук Ю.С.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Ложко П.М.

Актуальность - все новые факты об особенностях анатомии и топографии внепеченочных желчевыводящих путей и протоковой системы поджелудочной железы имеют важное практическое значение не только для выбора правильной хирургической тактики, но и для прогнозирования развития послеоперационных осложнений, а также их профилактики.

Цель исследования - изучить особенности анатомии и топографии внепеченочных желчевыводящих путей и протоковой системы поджелудочной железы в аспекте развития связанных с ними патологий.

Задачи - выявить вариабельность угла слияния ductus choledochus и ductus Wirsungi, диаметра ductus choledochus и ductus Wirsungi на нескольких уровнях.

Материалы и методы исследования - для достижения цели нами было исследовано 20 рентгеновских снимков эндоскопических ретроградных хо-

лангиопанкреатографий (ЭРХПГ) пациентов с различной патологией печени, внутри- и внепеченочных желчевыводящих путей и поджелудочной железы. Количественные параметры обработаны статистически.

Результаты - в ходе исследования получены следующие результаты. Вариабельность диаметра ductus choledochus в его верхней трети от 3,2 до 9,9 мм, в средней трети – от 3,5 до 8,8 мм, в нижней трети – от 5,1 до 9,5 мм, у места слияния с ductus Wirsungi – от 1,1 до 9,1 мм. Вариабельность диаметра ductus Wirsungi в области головки поджелудочной железы от 1,2 до 9,8 мм, в области тела поджелудочной железы – от 2,2 до 5,4 мм, в области хвоста поджелудочной железы – от 1,3 до 4, 5 мм, у места слияния с ductus choledochus – от 1,2 до 7,1 мм. Вариабельность угла слияния ductus choledochus и ductus Wirsungi от 11° до 110°. Ductus choledochus в его верхней трети имеет диаметр  $5,4 \pm 0,3$  мм, в средней трети –  $6,11 \pm 0,22$  мм, в нижней трети –  $6,15 \pm 0,23$  мм, у места слияния с ductus Wirsungi –  $4,56 \pm 0,31$ . Ductus Wirsungi в области головки поджелудочной железы имеет диаметр  $4,89 \pm 0,36$  мм, в области тела поджелудочной железы –  $3,67 \pm 0,16$  мм, в области хвоста поджелудочной железы –  $2,05 \pm 0,11$  мм, у места слияния с ductus choledochus –  $3,45 \pm 0,28$  мм. Угол слияния ductus choledochus и ductus Wirsungi составил  $35,8 \pm 4,88^\circ$ .

Выводы – таким образом, полученные при проведении исследования данные могут быть использованы в хирургической практике для правильной интерпретации результатов различных методов исследования в клинике (КТ, МРТ, УЗИ, ЭРХПГ) и подбора наиболее рациональной хирургической тактики, а также для прогнозирования вероятных послеоперационных осложнений и назначения методов их профилактики.

Литература:

1. Стародубцев Е.Г. Закономерности топографии поджелудочной железы и её строения /Е.Г. Стародубцев// Медицина., Н.-2001.- 90с.
2. Сажин, В.П., Федоров А.В. Эндоскопическая абдоминальная хирургия /В.П. Сажин, А.В. Федоров// ГЭОТАР-МЕДИА., М.-2010.-502С.

## **АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

**Жук Ю.С., Рапейко С.В.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – доцент, к.м.н. Милешко М.И.

Актуальность: Острый панкреатит остается одной из самых сложных проблем в неотложной абдоминальной хирургии, имеет широкую вариацию клинических форм и разнообразных местных, а также системных осложнений, которые с современных позиций рассматривают как этапы эволюции единого патоморфологического процесса, протекающего в условиях эндогенного инфицирования [1]. Распространенность острого панкреатита в мире составляет до 10% от всей неотложной хирургической патологии органов брюшной полости, доля панкреонекроза составляет 15-30% от всех случаев панкреатита. Заболеваемость за последние 20 лет в индустриальных странах увеличилась в 2 раза и составляет 10-30 человек на 100000 населения [2].