

Подводя итог, можно отметить следующее:

1. Использование любых источников информации, несомненно, способствует углубленному изучению предмета и расширению кругозора.
2. Иллюстрации учебников могут быть использованы для создания дидактического материала для проведения занятий.
3. Использование клинического материала, содержащегося в учебниках, способствует развитию интереса студентов к анатомии и подчеркивает необходимость глубоких знаний по предмету.
4. Совершенствуются навыки преподавания на английском языке.

Литература:

1. Moore, K. Clinically oriented anatomy/ K. Moore, A. Dalley, A. Agur. – 7th ed. – New York, 2012. – 1134 p.
2. Saladin, K. Anatomy & physiology: the unity of form and function/ K. Saladin. – 3rd ed. – New York, 2004. – 1120 p.

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ, ПРИЛЕЖАЮЩИЕ К ЧРЕВНОМУ СТВОЛУ

Семиошко Н.В.

Научный руководитель: **Усович А.К.**

*УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь*

Введение. Функция лимфатической системы заключается в очищении протекающей лимфы от инородных тел и в обогащении лимфы эффекторными Т- и В-клетками. Лимфатические узлы – это важнейшие органы, выполняющие барьерно-фильтрационную функцию.

Лимфатические узлы являются органами, в которых заканчиваются лимфатические сосуды, идущие от органа и систем органов. Форма узлов зависит в первую очередь от положения этих органов относительно кровеносных сосудов, наличия рыхлой соединительной ткани, в которой лежат узлы.

В настоящее время возможна визуализация лимфатических узлов неинвазивными методами (УЗИ, КТ, ЯМР), разработаны диагностические критерии оценки формы, размеров лимфатических узлов при некоторых заболеваниях.

В связи с этим необходимо точное знание анатомии и топографии лимфатических узлов, прилежащих к чревному стволу, его непосредственным ветвям, варианты расположения и размеров даже мелких, не увеличенных узлов [1, 2].

Цель работы: выявить лимфатические узлы, прилежащие к непосредственным ветвям чревного ствола: левой желудочной, селезёночной и общей печёночной артериям.

Материалы и методы. В связи с этим нами изучены варианты количества, размеров и расположения чревных, общих печёночных, левых желудочных, селезёночных лимфатических узлов у 76 взрослых людей на аутопсийном фиксированном материале фонда препаратов кафедры анатомии человека УО ВГМУ. Для выявления топографии лимфатических узлов инъецировали лимфатические сосуды и узлы специальными красящими массами, приготовленными по типу массы Герота. Органоконплексы фиксировали в растворах формалина. Затем проводили препарирование. Определение размеров структур произведено штангенциркулем с точностью до 0,5 мм. Количественные параметры обработаны статистически с определением средних величин и стандартной их ошибки [3].

Результаты исследования. К верхней, правой или левой поверхностям чревного ствола в 100% случаев прилежат лимфатические узлы.

В 31,6% случаев (на 24 препаратах) к верхней и правой поверхности чревного ствола прилежит полюс крупного полисегментарного лимфатического узла из группы верхних задних панкреатодуоденальных узлов. В остальных случаях мы находили у чревного ствола от 1 до 5 отдельных лимфатических узлов размерами от 7x4x3 до 22x9x5 мм.

Левые желудочные лимфатические узлы находятся возле желудочной артерии и ее ветвей, прилежат к малой кривизне желудка. Лимфатические узлы, лежащие возле начального отдела левой желудочной артерии, встречаются в 25% случаев в количе-

стве 1-2. Эти узлы имеют размеры от 2х3 мм до 8х13,5 мм. 76% этих узлов имеют овоидную форму, 12% узлов – округлую и 12% – веретенообразную [4].

Желудочно-поджелудочные лимфатические узлы в 82% случаев в количестве 1-10 (в 47,5% 3–4 узла) лежат возле подвижного отдела левой желудочной артерии. Они располагаются у всех поверхностей левой желудочной артерии на всем её протяжении в желудочно-поджелудочной складке, от чревного ствола до малой кривизны желудка. Размеры узлов этой группы колеблются от 1,5х1,5 до 7,5х32 мм. 45% узлов имеют овоидную форму, 20% – сегментарную, 18% – округлую, 10% – лентовидную, 4% – бобовидную и 3% – веретенообразную.

Селезёночные лимфатические узлы встречаются в 98,5% случаев в количестве 1–22 (в 57,3% – 1–6). Размеры их варьируют от 0,5х0,5 до 10,5х28,5 мм.

Узлы этой группы находятся в воротах селезёнки и в толще желудочно-селезёночной связки, причём в 41% случаев они обнаруживаются только в воротах селезёнки, 9% – только в желудочно-селезёночной связке. Узлы больших размеров лежат обычно возле конечных ветвей селезёночной артерии в воротах селезёнки [5]. У начального отдела селезёночной артерии мы не встретили отдельных лимфатических узлов, что согласуется с данными литературы.

Общие печёночные лимфатические узлы встречаются в 100% случаев, в количестве 1-3. Размеры их варьируют от 2х2х3 до 6х12х45 мм. Узлы этой группы лежат возле передней, верхней и задней поверхностей общей печёночной артерии.

Выводы. В 100% непосредственно к чревному стволу прилежат лимфатические узлы. В 31,6% случаев эти узлы полисегментарные. Средний их размер – $9,4 \times 5,4 \times 3,7 \pm 0,78$ мм.

В 25% случаев у начального отдела левой желудочной артерии встречаются лимфоузлы в количестве 1-2 и средним размером $4 \times 8,9 \pm 0,63$ мм.

Вдоль селезёночной артерии в 98,5% случаев встречаются лимфатические узлы чаще в количестве 1-6, размерами $3,2 \times 12,6 \pm 1,12$ мм.

К общей печёночной артерии в 100% случаев прилежат

лимфатические узлы в количестве 1-3, размерами $4 \times 5 \times 21 \pm 3,36$ мм.

Полученные данные могут использоваться в практической работе онкологов, радиологов, лучевых диагностов при интерпретации результатов диагностики и организации лечения заболеваний печени и желудка.

Литература:

1. Буйнов, А.А. Особенности формы печеночных лимфатических узлов и их ультразвуковая визуализация / А.А. Буйнов, А.К. Усович, С.И. Пиманов // Проблемы современной медицины и фармации.– Витебск, 1998.– С.31.
2. Литвин, А.А., Малоинвазивные вмешательства под УЗ-контролем в хирургии органов брюшной полости / А.А. Литвин, Г.С. Раголевич, А.Г. Волошиненко // Малоинвазивная хирургия в Республике Беларусь – Гомель, 2002.– С.59 – 63.
3. Жарков, В.В. Ресурсы видеоассистированных хирургических вмешательств в онкологии / В.В. Жарков В, А.В. Куль, В.С. Караник // Малоинвазивная хирургия в Республике Беларусь.– Гомель, 2002.– С.32 – 34.
4. Lyttkens K, Ultrasound examination of lymph nodes in the hepato-duodenal ligament/K. Lyttkens, L Forsberg, E. Hederström. // Br J Radiol. – 1990.– V. 63, № 745.– P. 26-30.
5. Ishibashi, K. Relationship between the size and metastasis of hepatic lymph nodes in patients with synchronous liver metastasis of colorectal cancer / K. Ishibashi, J. Sobajima, T. Ohsawa [et.al.] // Gan To Kagaku Ryoho.– 2007.– № 34.– P.12-34.

**ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКОЙ
КАРТИНЫ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА**

Сенько В.И.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь*

Известно, что покров тела человека представляет собой кожу, состоящую из трех слоев: подкожной основы – самого глубокого слоя, дермы – среднего слоя, и поверхностного слоя – эпидерми-