

Четвертый сегмент располагается в пределах анатомической квадратной доли, имеет квадратную или треугольную форму. Задняя граница указанного сегмента располагается на линии поперечной борозды. Правая – проходит по линии проведенной дугообразно или прямо от ворот печени к правому краю квадратной доли. Левая граница соответствует месту прохождения круглой связки печени или несколько сантиметров левее ее.

Пятый сегмент располагается в переднем отделе правой доли и на нижней поверхности печени, имеет следующие границы: задняя – по поперечной борозде с продолжением по правому краю печени; левая – по линии, проведенной от ворот печени по правому краю квадратной доли; правая граница соответствует линии, проведенной от правого латерального края поперечной борозды к точке перехода переднего края печени в правый.

Шестой сегмент проецируется на нижней поверхности печени в виде треугольника, вершина которого доходит до правого края поперечной борозды, а основание занимает правый край печени, начинаясь у места его перехода в передний край. Передняя граница проходит в виде линии, начинающейся у правого латерального края поперечной борозды и доходящей до точки перехода переднего края в правый. Задняя граница проходит по линии, представляющей собой продолжение поперечной борозды, проходящей по правому краю органа. Седьмой сегмент расположен в заднем отделе правой доли. На нижней поверхности он имеет четырехугольную форму и ограничен спереди продолжением поперечной борозды, доходящей до правого края печени, а слева – правым краем хвостатой доли.

Восьмой сегмент расположен в верхних отделах правой доли печени и граничит снизу справа с пятым, шестым и седьмым сегментами, а слева – с четвертым сегментом.

Литература:

Adkins R.B. Embryology, anatomy and surgical applications of the extrahepatic biliary system// Surg.Clin.North.Am.- 2000. – Vol.80. – P. 363-379.

Larobina M. Extrahepatic biliary anatomy at laparoscopic cholecystectomy: is aberrant anatomy important / P. Nottle //ANZ. J. Surgiry. – 2005. – Vol.75. – P. 392-395.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА

Божко Е.Н., Хомич Д.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Научный руководитель – доцент Сурмач М.Ю.

В современном обществе в связи с ростом потребления алкоголя в целом в популяции и, в том числе, женщинами возникает проблема изучения гендерных аспектов социальных, психологических и соматических последствий употребления алкоголя.

Цель: выявить клинические особенности алкогольного гепатита в зависимости от пола и возраста больных.

Материалы и методы. В ходе клинического исследования нами были обследованы 99 больных гепатитом (из них 23 больных АГ), в том числе 37 мужчин и 62 женщины. Все пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от результатов анкетирования по опроснику CAGE. . Первую группу составили пациенты, не употребляющие алкоголь (0 баллов) – 31 человек; вторую группу – употребляющие алкоголь умеренно (до 2 баллов), 45 человек; третью группу – злоупотребляющие алкоголем (3 и более баллов), 23 человека. Для выявления возрастных особенностей больные разделены на пожилых пациентов (60 лет и старше – 45 человек, средний возраст $61,4 \pm 0,9$ лет) и людей среднего возраста (моложе 60 лет – 54 человека, средний возраст $42,7 \pm 1,5$ лет). Вычисляли среднее арифметическое значение (M), ошибку среднего арифметического значения (m), результаты представлены в виде $M \pm m$. Различия между группами оценивали с критерия Стьюдента. Достоверными считались результаты при $p < 0,05$.

Результаты. По нашим данным, боли и тяжесть в правом подреберье испытывают 82,4% женщин и 100% мужчин, при этом частые, но не постоянные боли испытывают 100% мужчин и только 26,5% женщин, кроме того, 41,2% женщин жалуется на постоянные боли. В целом женщины с АГ в 1,7 раза чаще отмечали наличие интенсивных болей. Среди больных среднего возраста 1 группы боли испытывали 85,7% лиц, причём 64,3% из них отмечают постоянные боли, в то время как пожилые пациенты испытывают постоянные боли только в 27,8% случаев ($p < 0,05$). При этом пожилые пациенты 2 и 3 групп испытывали боли в 53,8 и 66,7% случаев, что, возможно, связано с прогрессирующим токсическим воздействием алкоголя на печень. Постоянные боли пожилые пациенты 2 и 3 групп отмечают только в 15,4 и 33,2% случаев,

соответственно. Покраснение лица после приёма алкоголя отметили 55,9% пациентов 2 группы и 45% пациентов 3 группы. Покраснение лица реже отмечают пожилые пациенты, употребляющие алкоголь (45,7%), чем пациенты среднего возраста (58,1%, $p < 0,05$). У пожилых пациентов, употребляющих алкоголь, покраснение лица возникает после приёма $76,1 \pm 13,2$ г крепких напитков, у больных среднего возраста – после приёма $76,4 \pm 9,0$ г, $p > 0,05$. У женщин флэш-реакция наступает после приёма значительно меньшего количества крепких алкогольных напитков ($59,4 \pm 6,5$ г), чем у мужчин ($92,3 \pm 11,2$ г, $p = 0,012$).

Выводы:

1. У женщин с АГ боли в правом подреберье более интенсивные и продолжительные, чем у мужчин. У мужчин прослеживается более чёткая связь болей с приёмом пищи, чем у женщин.
2. У пожилых больных болевой синдром значительно менее выражен по сравнению с больными среднего возраста. У пожилых больных флэш-реакция на приём алкоголя возникает значительно реже, чем у больных среднего возраста.

Литература:

Воронина О.А., Григорьева Н.С. Основы гендерных исследований. Хрестоматия. М. 2001.
Милькаманович В. К. Методическое обследование, симптомы и симптомокомплексы в клинике внутренних болезней Минск: Полифакт-альфа, 1995.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЦИРРОЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Божко Е.Г., Хомич Д.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Кафедра патологической анатомии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Прокопчик Н.И.

Цирроз является окончательной стадией любого хронического заболевания печени. Это многофакторное прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением количества функционирующих гепатоцитов, нарастающим фиброзом, перестройкой нормальной структуры печени и развитием в последующем двух основных клинических синдромов: функциональной недостаточности печени и портальной гипертензии.

Цель работы: 1) выявить морфологические особенности осложнения цирроза печени в зависимости от половой принадлежности; 2) понять отличительные характеристики, естественное течение и методы лечения цирроза печени, учитывая гендерные различия.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 671 больного, проходивших лечение в УЗ «Городская клиническая больница № 2 г. Гродно» в 2009-2011 г., умерли 53 человека (33 мужчины и 20 женщин). Осуществлено изучение соответствующих протоколов вскрытий.

Результаты. При патогистологическом исследовании печени установлено, что если пациент умирал вследствие печёночно-клеточной недостаточности, то цирроз печени в большинстве случаев носил макро-микронодулярный мультилобулярный характер. Разрастание соединительной ткани в печени носило диффузный характер с формированием секвестрации гепатоцитов. Отмечались деструкция и пролиферация желчных протоков, а также резко выраженный диффузный интралобулярный необструктивный холестаз. Наряду с холестазом, в гепатоцитах повсеместно отмечались белковая дистрофия, некробиоз и некроз. В случае смерти пациентов вследствие портальной гипертензии цирроз в большинстве случаев носил микронодулярный монолобулярный характер. Соединительнотканые септы представлялись тонкими, желчные протоки в портальных трактах на большем протяжении имели обычное строение, а местами отмечалась их слабо выраженная пролиферация. Гепатоциты в ложных дольках располагались более упорядоченно, местами формировали балки. В цитоплазме гепатоцитов кое-где определялся липофусцин и имел место слабо выраженный холестаз; альтеративные изменения гепатоцитов были слабо выражены.

Выводы:

выявлены морфологические особенности цирроза печени в зависимости от пола: для лиц мужского пола более характерен микронодулярный монолобулярный цирроз, а для лиц женского пола – макро-микронодулярный мультилобулярный цирроз с резко выраженным холестазом и альтеративными изменениями гепатоцитов;

осложнения ЦП в виде портальной гипертензии чаще возникают у лиц мужского пола, а в виде функциональной недостаточности печени – у лиц женского пола.