

лизируется ректосигмоидный угол. Сигморектальный переход уже, чем сигмовидная ободочная кишка и прямая кишка.

Вывод. У плодов с С-образной формой сигмовидной ободочной кишки на протяжении 4–6 месяцев установлены следующие анатомические признаки сигморектального сегмента: наличие сужения кишечной трубки и отсутствие жировых отростков в переходном отделе между сигмовидной и прямой кишками, формирование сплошного мышечного шара толстокишечной стенки с трех мышечных лент, наличие ректосигмоидного угла. В начале второго триместра сигморектальный переход находится слева от срединной плоскости, в конце второго триместра – справа.

Литература

1. Калмин, О.В. Аномалии развития органов и частей тела человека: справ. пособие / О.В. Калмин, О.А. Калмина. – Пенза: Изд-во Пенз. гос. ун-та, 2004. – 404 с.
2. Молдавская, А.А. Васкуляризация производных пищеварительной трубки на этапах онтогенеза / А.А. Молдавская – М.: Академия естествознания, 2007. – 33 с.
3. Жуков, Б.Н. Колопроктология / Б.Н. Жуков – Самара, 2000. – 315 с.
4. Bretagnol, F. Surgery treatment of rectal cancer / F. Bretagnol, L. Calan // J. Chir. – 2006. – V. 143, № 6. – P. 366-372.
5. Bharucha, A.E. Recent advances in assessing anorectal structure and functions / A.E. Bharucha, J.G. Fletcher. – Gastroenterology. – 2007. – V. 133. – № 4. – P. 1069-1074.

КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ СЕЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ ГИПОФИЗА

Горецкая О.О., Конопелько Г.Е.

Белорусский государственный медицинский университет

г. Минск, Республика Беларусь

Кафедра нормальной анатомии

Введение. Изучение заболеваний гипоталамо-гипофизарной системы является одним из приоритетных направлений клинической эндокринологии. При оценке состояния sella-турки области методы магнитно-резонансной и компьютерной томографии являются ведущими в диагностическом процессе, так как обеспечивают точную топическую диагностику. Это особенно важно на стадии выработки стратегии и тактики лечения при аденомах гипофиза. В Белоруссии частота пороков развития центральной нервной системы составляет 0,8 случая на 1000 [4].

Цель работы. Изучить особенности анатомического строения sellарной области (гипофиза и его костного ложа – турецкого седла) в норме, выявить наиболее часто встречаемые нозологические формы патологии гипофиза, проследить взаимосвязь между патологией гипофиза и изменениями анатомии турецкого седла, установить возрастные и половые корреляции при развитии патологии гипофиза.

Материал и методы исследования. Изучены сканы головного мозга 150 пациентов от 1 года до 50 лет, обследованных с помощью методов спиральной 32-срезовой компьютерной и магнитно-резонансной томографии на аппаратах Light Speed TM VCT и Signa Profile на базе ГУ РНПЦ "Мать и дитя".

Результаты исследования. Нами изучены размеры **турецкого седла** в норме: измерялась длина седла (сагиттальный размер), высота седла (глубина) и ширина (поперечный размер). В зависимости от возраста выявлены следующие размеры турецкого седла: на 1-м году жизни – 4-6x8-9x4-5 мм; в 3 года – 9-11x6-8x6,5 мм; к 13 годам – 14-18x5-8x7-9 мм; в 18 лет – 18-20x8-10x8-9 мм; к 50 годам – 17-20x10-12x10-14 мм. Размерам свойственна значительная индивидуальная изменчивость, от которой зависит форма турецкого седла: мы встретили круглую, плоскую, овальную и глубокую формы, что соответствует данным литературы [3]. Нами установлено, что размеры турецкого седла в описываемых возрастных группах не меняются при инволютивных и эндокринных изменениях и гипоплазиях гипофиза. Установлено, что форма и размеры турецкого седла коррелируют с размерами гипофиза соответственно возрасту. Увеличение размеров турецкого седла мы встретили у пациентов с опухолями эндоселлярной и супраселлярной зон, а также при внутренней гидроцефалии и дисциркуляторной энцефалопатии.

Данные собственного исследования соответствуют литературным данным [1, 2].

Гипофиз, или нижний придаток мозга, – небольшая железа округлой или овоидной формы, относится к гипоталамусу промежуточного мозга. Железа расположена в костном ложе – турецком седле, в средней черепной ямке, на верхней поверхности тела клиновидной кости, прикрыта пластинкой твердой мозговой оболочки – диафрагмой седла. Масса гипофиза у взрослого – 0,5-0,6 г. Размеры гипофиза коррелируют с формой и размерами седла, они чрезвычайно переменны, особенно его вертикальный размер [3].

В результате нашего исследования установлено, что доброкачественные опухоли гипофиза – аденомы – встречаются наиболее часто – в 67% случаев из всех обследованных нами пациентов. На сканах аденомы гипофиза хорошо отграничены и отделены от нормального гипофиза псевдокапсулой из уплотненной ткани. Микроаденомами считаются интраселлярные опухоли, не более 10 мм, а макроаденомами – образования более 10 мм в поперечнике, которые обычно нарушают

строение смежных sellарных структур. По данным литературы, другие опухоли гипофиза составляют приблизительно 15% всех внутричерепных опухолей [5].

Опухоли гипофиза обнаружены нами в 11% случаев и занимают по частоте третье место среди новообразований ЦНС. Из них краниофарингиомы составляют 2,1–4,6%. Это параселлярные опухоли из остатков плоского зародышевого эпителия мешочка Ратке. Они встречаются наиболее часто в детском возрасте (до 10% из всех опухолей головного мозга у детей). Нами установлено, что распределение краниофарингиом по возрасту имеет два пика: высокий – в 5–10 лет и низкий – в 50–60 лет.

Кисты кармана Ратке обнаружены нами как четко отграниченные образования размером от нескольких мм до 1–2 см. Они представляют собой неадекватную облитерацию кармана Ратке. Менингиома, герминома и тератома гипофиза, а также метастазы в гипофиз встречаются не часто (3%). У 1–5% раковых больных имеются метастазы в гипофиз из простаты, легких и молочной железы [1].

Гипоплазии гипофиза выявлены нами у 16% исследованных пациентов. В этих случаях на сканах определяется уплощенное турецкое седло, гипоплазированный гипофиз может быть меньше нормального по размерам, но, вместе с тем, занимать обычное для него положение.

«**Пустое**» **турецкое седло** обнаружено нами у 3% обследованных больных.

Турецкое седло в этих случаях всегда заполнено ликвором и содержит остатки гипофиза, а иногда в него могут внедряться сверху хиазма и зрительные нервы. Для «пустого» турецкого седла характерно наличие расширенного субарахноидального пространства, сочетающегося с врожденной или приобретенной недостаточностью диафрагмы седла. Мы установили, что размеры турецкого седла при данной патологии соответствуют возрастной норме.

Нами выявлено также, что патология гипофиза у женщин встречается чаще (58%), чем у мужчин (42%), и имеет 4 кризисных периода: детство, период полового созревания, детородный и пожилой возраст. В соответствии с рассмотренными выше возрастными группами заболевания гипофиза распределяются следующим образом: детство – 10%, период полового созревания – 36%, детородный – 37% и пожилой возраст – 17%.

Литература

1. Клиническое применение магнитно-резонансной томографии в диагностике и оценке состояния гипоталамо-гипофизарной системы / И.И. Дедов [и др.]. – Москва: ЭНЦ РАМН РКНПК МЗ РФ, ММА им. И.М. Сеченова – 2003.
2. Коновалов, А.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии / А.Н. Коновалов, В.Н. Корниенко, И.Н. Пронин. – Москва: «Медицина», 1997. – С. 168-229.
3. Сперанский, В.С. Форма и конструкция черепа / В.С. Сперанский, А.И. Зайченко. – Москва: «Медицина», 1980. – С. 32-35.

4. Тератология человека / Под ред. Г.И. Лазюка. – Москва: «Медицина», 1981. – С. 122-123.

5. Эндокринология по Вильямсу. Нейроэндокринология / Под ред. И.И. Дедова, Т.А. Мельниченко. – Москва: «Рид Элсивер», 2010. – С. 360-390.

АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ДОСТУПОВ, ПРИМЕНИМЫХ В УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕЧЕНИ

Горяинова Г.В., Запорожец И.А., Гриша И.Г.

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

В последнее время ультразвуковой метод исследования внутренних органов занимает приоритетное место среди других неинвазивных методов исследования [1]. Вместе с тем, трактовка ультразвуковых томограмм печени не имеет топографо-анатомической базы и часто носит бессистемный описательный характер. Решение этой проблемы связано с использованием универсальной системы координат [2, 3].

Цель нашего исследования – изучение анатомии печени на анатомических и ультразвуковых срезах. Перед нами было поставлено задание: провести сравнительную типизацию анатомических и ультразвуковых срезов печени и дать анатомическое обоснование дополнительным доступам к печени, применительно к ультразвуковому сканированию.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 57 трупов людей зрелого возраста, смерть которых не была связана с патологией гепатобилиарной системы. В работе использовались: топометрия печени, селективная ангиография портальной системы печени, ультразвуковое сканирование печени в соответствии с топографо-анатомическими меридианами.

Для решения поставленной задачи на поверхность печени трупа наносили топографо-анатомические меридианы (топометрия), затем инъецировали сернокислым барием портальную систему печени, извлеченную из трупа, после чего проводили ультразвуковое сканирование инъецированной печени в сагиттальной плоскости соответственно с нанесенными на ее поверхность меридианами. Ультразвуковые томограммы подтверждались анатомическими срезами, сделанными в сагиттальной плоскости соответственно нанесенным меридианам, а также полученными ангиограммами.

Результаты исследования и их обсуждение. При сканировании печени по правому меридиану (M_9) в зону сканирования попадали одновременно бассейны