

селезеночная и нижняя брыжеечная вены соединяются в одной точке. В подростковом периоде у мальчиков в возрасте от 13 до 15 лет частота встречаемости типа А составляет 64% (16 из 25), типа В – 16% (4 из 25), а также в 20% (5 из 25) наблюдений выявлен конfluence типа С, при котором нижняя брыжеечная вена образует общий ствол с верхней брыжеечной веной, который далее соединяется с селезеночной веной. В юношеском периоде (15–18 лет) у мальчиков в 42,8 % (3 из 7) наблюдений выявлен тип Н, в котором отсутствует нижняя брыжеечная вена. А в остальных случаях тип А и тип В равны и составляет по 28,6% (2 из 7) наблюдений.

Как и в генеральной выборке в возрасте от 8 до 12 лет достоверно преобладающим является конfluence типа А у 7 из 9 девочек или в 77,77% наблюдений, а конfluence воротной вены типа В выявлен у 2 из 9 девочек или 22,23%. В подростковом возрасте выявлен Тип А у 66,67% (26 из 39) случаев. В то время, как 11,11% (4 из 39) и 22,22% (9 из 39) наблюдений приходится на 2 типа конfluence: тип В и тип С соответственно. В юношеском периоде у девочек преобладает конfluence типа Н и выявлен у 18 из 35 девочек (51,4% наблюдений). Подавляющее большинство наблюдений приходится на тип А – 25,8% (9 из 35), а тип В и тип С имеет одинаковое количество наблюдений – 11,4% (4 из 35).

Выводы. Трехмерное моделирование по данным МСКТ без учета пола и возраста показало, что 83,4% наблюдений встречается три варианта формирования ствола воротной вены: Тип А, Тип В и Тип С, при этом Тип А является преобладающим и выявлен в 53,5% всех наблюдений. В 16,9% выявлено отсутствие нижней брыжеечной вены.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мякотных, М.Н. Особенности вариантной и клинической анатомии воротной вены: дис. канд. мед. наук: 3.3.1/ Мякотных Максим Николаевич; Самарский государственный медицинский университет министерства здравоохранения российской федерации. – Самара, 2021. – 146 л.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Жураев Ж.З., Жумаев Н.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы являются одними из наиболее распространённых заболеваний желудочно–кишечного тракта, особенно среди людей среднего и пожилого возраста. Это состояние, характеризующееся выпячиванием желудка через пищеводное отверстие диафрагмы, часто проявляется в виде дисфагии, болей в грудной клетке или респираторных симптомов [1]. Несмотря на доступность консервативных

и хирургических методов лечения, выбор оптимального терапевтического подхода остаётся предметом обсуждений [2].

Цель. Изучить эффективность малоинвазивных операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы

Методы исследования. В данное проспективное когортное исследование были включены 11 пациентов с диагностированными грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (типы I–IV), проходивших лечение в 1–Городской клинической больнице имени Ибн Сино в период 2023–2024. Критерии отбора включали клинические симптомы, диагностические данные (эндоскопия верхнего отдела ЖКТ, рентгенография с барием) и наличие осложнений, таких как эзофагит или параэзофагеальные грыжи. Пациенты были разделены на три группы: 1) Пациенты, получавшие консервативное лечение ингибиторами протонной помпы и диетические рекомендации. 2) Пациенты, которым проводилась плановая лапароскопическая фундопликация. 3) Пациенты, проходившие лечение по экстренным показаниям, например, при завороте желудка или ущемлении. Хирургическое лечение включало фундопликацию по Ниссену и пластику ножек диафрагмы.

Результаты и их обсуждение. В исследование были включены 11 пациентов со средним возрастом 46 лет. Наиболее частыми симптомами были изжога 45%, регургитация 45% и дискомфорт в грудной клетке 72%. Лапароскопическая фундопликация была выполнена 7 пациентам, со средней длительностью операции 56 минут и госпитализации 4 дней. Послеоперационные осложнения отмечены у 9%, в основном в виде преходящей дисфагии. Разрешение симптомов через 6 месяцев наблюдалось у 85% пациентов после хирургического лечения по сравнению с 25% пациентов, получавших консервативную терапию. У пациентов с параэзофагеальными грыжами (типы III/IV) наблюдался более высокий уровень рецидивов 9%, потребовавший повторного вмешательства у 1 пациентов. Долгосрочное наблюдение (12–24 месяца) показало устойчивое облегчение симптомов и улучшение показателей у 90% пациентов, перенесших операцию, из которых 71% сообщили о полном устранении рефлюксных симптомов. Консервативное лечение оказалось эффективным в основном у пациентов с небольшими скользящими грыжами (тип I) и лёгкими симптомами, тогда как хирургическое вмешательство было необходимо в случаях осложнённых грыж.

Выводы. Минимально–инвазивные хирургические методы, особенно лапароскопическая фундопликация в сочетании с пластикой диафрагмы, являются безопасным и эффективным способом лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы, обеспечивая значительное облегчение симптомов и улучшение качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kahrilas, P. J. Approaches to the diagnosis and grading of hiatal hernia. / P. J. Kahrilas, H.C. Kim, J. E. Pandolfino // Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. – 2008. – Vol. 22(4). – P. 601–616.

2. Stylopoulos, N. The history of hiatal hernia surgery: from Bowditch to laparoscopy. / N. Stylopoulos, D.W. Rattner // Annals of Surgery. – 2005. – Vol.241(1). – P. 185–193.

МОРФОХАРАКТЕРИСТИКА ТИМУСА НОВОРОЖДЕННЫХ, УМЕРШИХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Жураев К.Д., Исламов Ш.Э.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Созревание регуляторных систем определяет также структуру заболеваемости новорожденных, погибших в раннем неонатальном периоде у матерей с преэклампсией и эклампсией [1].

Цель. изучить патоморфологические особенности ткани тимуса при антенатальной гибели детей раннего возраста

Методы исследования. Провели изучение морфологических особенностей тимуса 30 детей, родившихся на фоне преэклампсии и эклампсии у матери, и умерших в раннем неонатальном периоде. Применяли общеморфологические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Преэклампсия развивается внезапно во 2–й половине беременности по неизвестным причинам. Это влияет на морфофункциональный тимус в виде стресса, не влияя непосредственно на развитие ткани тимуса плода. В частности, при гестозе у матери проявляются артериальная гипертензия, протеинурия, образование различных отеков, проявляются фетоплацентарные нарушения между плодом и матерью. В онтогенезе плода развитие ткани тимуса находится под непосредственным контролем взаимной интеграции надпочечников, любые стрессовые факторы, воздействующие на плод, могут привести к гиперфункции надпочечников, резкому угнетению перехода претимоцитов в лимфоциты коры тимуса и недифференцированные лимфоциты независимые от антигена, проявляются усилением механизма апоптоза [2].

По результатам нашего исследования средняя масса тимуса детей, родившихся на фоне преэклампсии, в раннем неонатальном периоде составила $7,16 \pm 1,12$ г, тогда как в контрольной группе этот показатель составил $13,46 \pm 1,82$ г. Установлено, что у детей, родившихся в этот период, масса надпочечника составила $7,75 \pm 0,02$ г, тогда как в контрольной группе – $4,11 \pm 0,17$ г. Этот показатель означает, что весовой коэффициент надпочечников у детей, родившихся на фоне гестоза, увеличился в 1,71–1,88 раза.

С морфологической точки зрения установлено, что эпителии энтерохромаффинных желез в пучковой зоне коры надпочечников увеличились в размерах, в их цитоплазме увеличились липидные включения, в сосудах появились признаки кровенаполнения. В тимусе с морфологической точки зрения выявлено, что фиброзная капсула имеет различную толщину,