

реже в хвосте – 9%. В остальных наблюдениях выявлено сочетанное поражение различных отделов железы.

Для больных с желтухой преобладает тактика предварительного проведения желчеразгрузочных операций, которые были выполнены в 7 случаях. В 2 наблюдениях при отсутствии местной инвазии соседних органов и лимфатических узлов была выполнена панкреатодуоденальная резекция, но смерть больных наступила на 2 и 4 сутки после операции от печеночно-почечной недостаточности и присоединившейся двусторонней бронхопневмонии.

Макроскопически в 13 случаях была выявлена узловая форма опухоли, узловато-инфильтративная – в 5 и диффузная – в 5 наблюдениях. Среди гистологических форм отмечались высокодифференцированная аденокарцинома (G1) – 3 (13%) случая, умеренно дифференцированная аденокарцинома (G2) – 3 (13%), низкодифференцированная (G3) – 14 (61%). Недифференцированный рак (G4) был обнаружен в 3 (13%) случаях.

В 21 наблюдении были выявлены метастазы в лимфатические узлы ворот печени, парапанкреатические, парааортальные, брыжеечные и паховые. Панкреатический рак метастазирует не только по лимфатическим сосудам, но и гематогенно, а именно, чаще всего в печень – в 15 случаях, а также легкие, почки.

При анализе протоколов вскрытий в 5 случаях выявлено расхождение патологоанатомического и клинического диагнозов, в результате затруднения дифференциальной диагностики рака поджелудочной железы с другими заболеваниями. Чаще это было обусловлено прорастанием опухоли в прилегающие органы и ткани. В 2 случаях причиной смерти больных явилось желудочное кровотечение из расширенных вен желудка, которое связывали с циррозом печени. Из-за инвазии опухолью задней стенки желудка и выраженного изъязвления слизистой оболочки ошибочно был выставлен диагноз инфильтративно-язвенного рака желудка. В 1 наблюдении прорастание опухоли в почку трактовалось как рак левой почки с прорастанием в стенку кишечника, изъязвлением и кишечным кровотечением. В 1 случае у больного на первый план вышли проявления плеврита и коллапса левого легкого.

Причиной смерти больных чаще явились выраженная интоксикация и печеночно-почечная недостаточность, обусловленные прогрессирующим опухолевым процессом.

Таким образом, рак поджелудочной железы чаще встречается у мужчин, характеризуется скудной и неспецифической клинической симптоматикой, в основном диагностируется на поздних стадиях болезни, что необходимо учитывать при обследовании больных и проведении дифференциальной диагностики с другими заболеваниями.

НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ АТЛАНТОЗАТЫЛОЧНОГО СОЧЛЕНЕНИЯ

Сурба А.Г.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра анатомии человека*

Научный руководитель – к.м.н., доц. Киселевский Ю.М.

Цель нашей работы заключалась в изучении нормальной анатомии первого и второго шейных позвонков, а также некоторых их соединений, для получения в дальнейшем возможности установить анатомические особенности данных образований в определенных возрастных группах.

Первый шейный позвонок соединен с затылочной костью черепа и принимает на себя всю тяжесть головы, за что и получил название «атлант» по имени титана из древнегреческих мифов, удерживающего на своих плечах небесный свод. Атлант не имеет тела и представляет собой кольцо, которое состоит из передней и задней дуги. Эти дуги соединены по бокам двумя латеральными массами. Позвоночное отверстие достаточно большое, округлой формы. На передней дуге спереди расположен бугорок. На внутренней поверхности этой дуги имеется углубление - ямка для зуба второго шейного позвонка. Данная ямка дуги атланта, вместе с указанным зубовидным отростком, формирует так называемый атланта-зубовидный сустав Крювелье (срединный атланта-осевой сустав). На задней дуге атланта находится задний бугорок. Он представляет собой недоразвитый остистый отросток. Сверху и снизу на каждой латеральной массе располагаются суставные поверхности. Верхние суставные ямки имеют овальную форму, они соединяются с мыщелками затылочной кости. Нижние суставные поверхности, напротив, округлые, предназначены для сочленения со вторым шейным позвонком. Второй шейный позвонок, осевой, отличается наличием зубо-отростка. Зубовидный отросток осевого позвонка располагается вертикально от тела и является его продолжением. Он имеет головку и шейку. Спереди на головке есть округлой формы суставная поверхность для сочленения с ямкой зуба на задней поверхности передней дуги атланта, сзади - поверхность для сочленения с поперечной связкой атланта.

Атланта-затылочные суставы образованы верхними суставными поверхностями атланта и мыщелками затылочной кости. Суставные сумки натянуты слабо и недостаточно укрепляют суставы. Прочность соединения первого шейного позвонка с затылочной костью обеспечивается связочным аппаратом: передней и задней атланта-затылочными мембранами, а также поперечной связкой атланта и собственными связками зуба второго шейного позвонка. Поперечная связка первого шейного позвонка в виде прочного соединительно-тканного тяжа натянута горизонтально между боковыми массами атланта. Она прикрепляется к шероховатой бугристости внутренней поверхности боковых масс. Охватывая зубовидный отросток сзади, эта связка формирует с ним костно-связочный сустав, препятствуя чрезмерному смещению атланта кпереди. Поперечная связка очень прочна, и выдерживает нагрузку в 130-150 кг. Вместе с верхней и нижней ножками, поперечная связка атланта образует крестообразную связку. Кпереди от крестообразной связки расположены собственные связки зубовидного отростка: крыловидные связки и связка верхушки зуба. Данные связки также играют важную роль в прочном соединении черепа с атлантом. Из задней группы связок следует отметить вийную связку, которая выполняет значительную механическую функцию. Она, прикрепляясь к наружному гребню затылочной кости, удерживает все шейные позвонки по отношению к черепу в определенном положении. Твердая мозговая оболочка на уровне первого и второго шейных позвонков утолщена, прочно сращена с надкостницей большого затылочного отверстия и с задней атланта-затылочной мембраной. Она также играет роль связующего звена между позвоночником и черепом.

ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПАРИТЕТА РОДОВ НА НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

Сухоцкая Т.Н.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель - д.м.н., проф., Кажина М.В.*

Актуальность: недержание мочи является распространенной проблемой женщин в перименопаузе, что отрицательно сказывается на качестве жизни больных.