

детском возрасте. Особенности морфологической картины при АД в общем достаточно хорошо изучены и освещены в руководствах. Однако данные о связи клинико-лабораторных показателей и особенностей иммунопатологических процессов, на наш взгляд, скудные и фрагментарные. **Цель** – изучить связь экспрессии CD4+ клеток в дерме с некоторыми клинико-лабораторными показателями.

Материалы и методы. Биопсия кожи была выполнена у 30 пациентов с АД до применения топических и/или системных стероидов. Кожу забирали на границе визуально неизменённого и поражённого участков. Определение концентрации СРБ и серомукоида, производились по общеизвестным методикам не позднее первых суток от момента обращения за помощью. Оценка выраженности экспрессии CD4 выполнялась полуколичественно и оценивалась в баллах от 0 до 4. Статистическая обработка выполнена методами непараметрической статистики.

Результаты. При отсутствии в дерме CD4+ лимфоцитов концентрация СРБ была (0,2 (0,1-0,3 мг/л), а при оценке их количества 3 балла – (0,8 (0,7-2,1 мг/л) $p=0,05$). Также значимо различалась концентрация серомукоида при отсутствии в дерме экспрессии CD4+ и ее интенсивности 3 балла (0,10 (0,10-0,12) и 0,29 (0,28-0,30); $p=0,04$). При наличии чешуек выраженность инфильтрации CD4+клетками составила 0,0 (0,0-0,0), а при их отсутствии – 1,5 (0,0-2,5) ($p=0,03$). Инфильтрация CD4+ клетками не определялась при наличии папул в то время, как при их отсутствии она не определялась лишь в 16,6% случаев ($p=0,01$). Это нашло отражение в том, что при наличии папул выраженность инфильтрации дермы CD4+ клетками была значимо меньше (0,0 (0,0-0,0), чем при их наличии (2,0 (1,0-3,0) $p=0,01$). У 83,3% детей диагностировалась эритематозно-сквамозная форма АД, если экспрессировался рецептор CD4+. При отсутствии его экспрессии эритематозно-сквамозная форма не диагностировалась (0,0%) ($p=0,01$). У всех детей с эритематозно-сквамозной формой наблюдалась инфильтрация дермы CD4+ клетками и лишь в 12,5% она присутствовала при других клинических формах ($p=0,01$).

Выводы. Идентификация в дерме CD4+ клеток ассоциирована с большей выраженностью воспаления. Минимальное воспаление наблюдается при наличии папул и чешуек, а также у детей с эритематозно-сквамозной формой заболевания.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ ДЛИННОГО ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА

Белоус П.В., Ващенко В.В., Сермяжко В.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Целью данной научно-исследовательской работы является изучение хирургических особенностей вариантной анатомии длинного пузырного протока для применения полученных данных в оперативной практике.

Материалы и методы исследования. Для достижения данной цели были произведены макропрепарирование 95 органокомплексов человека, ретроспективный анализ данных 5 МРХПГ, исследование 3 коррозионных препаратов, а также рентгенологическое исследование 30 макропрепаратов печени человека обоего пола в возрасте от 45 до 60 лет.

Результаты исследования. При изучении индивидуальной вариабельности пузырного протока в качестве основных параметров, были взяты его длина и диаметр. Итак, длина составляла от 18 до 43 мм, в среднем 30 мм, а диаметр - $4,2 \pm 0,1$ мм.

Длинный пузырный проток (более 40 мм), вызвавший трудности при его идентификации встретился в 5,7%.

В ряде случаев (13%) пузырный проток располагался вдоль общего печеночного протока, плотно прилегая к последнему, огибал его сзади и медиально, а затем впадал классически в общий печеночный проток, т.е. со стороны желчного пузыря. Такая особенность расположения создает трудности при выделении пузырного протока.

По нашим данным, в каждом четвертом случае пузырный проток, располагаясь параллельно общему печеночному протоку, мог дренироваться в последний, проецируясь на печеночно-двенадцатиперстную связку в ее верхней трети (20% случаев), средней трети (67%), или нижней трети (13%), при этом длина супрадуоденальной части общего желчного протока, соответственно, уменьшалась. Данная ситуация опасна тем, что, при выполнении холецистэктомии может сохраниться большая длина культи пузырного протока, что повышает риск послеоперационных осложнений, в частности возникновение постхолецистэктомического синдрома или возможного оставления в культе пузырного протока конкремента.

Выводы. Таким образом, после проведенного исследования можно резюмировать, что наличие длинного пузырного протока может причиной возникновения постхолецистэктомического синдрома после проведенного оперативного вмешательства.

Литература

Couinaud, C. Couinaud's surgical anatomy of the liver / C. Couinaud ; transl. by Y. Nimura. – Tokyo : Igaku Shoin, 1996. – Vol. 1.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ КОРОТКОГО ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА

Белоус П.В., Сермяжко В.С., Криштапович Т.Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Целью данной научно-исследовательской работы является изучение хирургических особенностей вариантной анатомии короткого пузырного протока для применения полученных данных в оперативной практике.

Материалы и методы исследования. Для достижения данной цели было произведено макропрепарирование 95 органокомплексов человека,