

ФОРМА СЛЕПОЙ КИШКИ ЛЮДЕЙ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ

Гринь В.Г.

ВГУЗ Украины “Украинская медицинская стоматологическая академия”.

Гринь В.Г. Форма слепой кишки людей преклонного возраста в отдаленные сроки после аппендэктомии // Украинський морфологічний альманах. – 2012. – Том 10, № 1. – С. 16-19.

Проведен сопоставительный анализ между индивидуальным разнообразием формы слепой кишки в норме (с интактным аппендиксом) и результатами изучения слепой кишки в отдаленные сроки после аппендэктомии. Установлено, что среди аппендэктомизированных препаратов в относительном значении выделяются полусферическая, среднедонная и широкая формы.

Ключевые слова: аппендэктомия, форма слепой кишки.

Гринь В.Г. Форма сліпої кишки у людей похилого віку у віддалені терміни після апендектомії // Український морфологічний альманах. – 2012. – Том 10, № 1. – С. 16-19.

Проведено порівняльний аналіз між індивідуальною різноманітністю форми сліпої кишки в нормі (з інтактним апендиксом) і результатами дослідження сліпої кишки у віддалені терміни після апендектомії. Встановлено, що серед апендектомованих препаратів у відносному значенні виділяються напівсферична, середньодонна та широка форми.

Ключові слова: апендектомія, форма сліпої кишки.

Gryn V.G. The form of the cecum of elderly people in long-term period after appendectomy // Український морфологічний альманах. – 2012. – Том 10, № 1. – С. 16-19.

A comparative analysis between the individual diversity of forms of the cecum in normal conditions (with an intact appendix) and the results of studies of the cecum in long-term period after appendectomy. Found that among the specimens after appendectomy in the relative importance of stand hemispherical, broad and mean middle-ground form.

Key words: appendectomy, the form of the cecum.

Введение. В настоящее время не вызывает сомнений, что червеобразный отросток, являясь неотъемлемой принадлежностью слепой кишки, представляет собой лимфоэпителиальный орган, который входит в состав периферического отдела иммунной системы, принадлежащего слизистой оболочке пищеварительного тракта [5,7,10,14]. Поэтому, утрата его при аппендэктомии не может не сказаться на функциональном и морфологическом состоянии других отделов этой системы, в частности на лимфоэпителиальном комплексе самой слепой кишки, и тем самым, не отразиться каким-то образом на ее форме.

Однако, по имеющимся данным, вопрос об изменении формы слепой кишки после хирургического удаления аппендикса был поставлен только в работе И.Б. Казанцева и А.А. Сотникова [12]. Но, в связи с тем, что целью ее было выяснение степени изменений слепой кишки в зависимости от хирургических способов аппендэктомии (открытый инвагинационный и эндоскопический, лигатурный), результаты этой работы, имея ограниченное теоретическое значение, не являются для нас достаточно информативными.

Вместе с тем, в настоящее время известно много работ, посвященных изучению индивидуальной изменчивости слепой кишки с интактным аппендиксом, на результаты которых мы ориентировались при предыдущем изучении того же анатомического комплекса в норме [1-4,6,8,9,11,13,15]. Полученные нами данные, которые отдельно поданы в публикации (“Вісник морфології”, Вінниця), будут частично использованы в представленном нами сообщении.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Работа выполнена в соответствии с основным планом научно-исследовательских работ (НИР) ВГУЗ Украины “Украинской медицинской стоматологической академии” представляет собой фрагмент тем НИР: «Структурная и трехмерная организация экзокринных желез и органов пищевари-

тельного тракта человека в норме и патологии» (№ государственной регистрации 0111U004878).

Цель исследования. Провести сопоставительный анализ между индивидуальным разнообразием формы слепой кишки в норме (с интактным аппендиксом) и результатами изучения слепой кишки в отдаленные сроки после аппендэктомии.

Материал и методы. Для этого служили препараты слепой кишки вместе с илеоцекальным отделом и интактным аппендиксом (женщин – 5; мужчин – 10 в возрасте от 40 до 90 лет), а также аналогичные препараты после аппендэктомии (женщин – 3; мужчин – 9 в возрасте от 57 до 85 лет), полученные в Полтавском областном патологоанатомическом бюро, которые зарегистрированы комиссией по биоэтике ВГУЗ Украины “УМСА” (протокол № 96 от 18.09.2011 г.).

Спустя 10 дней после фиксации в 10% растворе нейтрального формалина, препараты отмывали в проточной воде и, после избавления их от ее излишка, проводили необходимые измерения с помощью гибкой и узкой линейки. Затем, для придания препаратам объемной формы, полости слепой кишки наполняли ватой и документировали их путем фотографиярования с передней и задней стороны (рис. 1).

В качестве определяющих признаков формы и метрических показателей слепой кишки служили: 1 – общая внешняя форма, которую определяли визуально, документируя цифровой фотокамерой; 2 – усредненная ширина, которую определяли размером диаметра ее на уровне середины илеоцекального устья; 3 – глубина, которая определялась ее вертикальным размером от уровня середины илеоцекального устья до устья аппендикса или его остатка после аппендэктомии.

Результаты и обсуждение. Полученные данные об основных показателях формы и размеров слепой кишки в норме и после аппендэктомии в систематизированном виде представлены в таблицах 1, 2.



Рисунок 1. Препараты слепой кишки вместе с илеоцекальным отделом после аппендэктомии: А – женщин; Б – мужчин.

Не вдаваясь в подробности отметим, что при анализе визуальных и метрических показателей слепой кишки в норме (с интактным аппендиксом) нами выявлены:

- 1) 4 формы внешнего вида – полусферические, куполообразные, узкоконические и уплощенные, среди которых чаще встречается вторая, и реже – четвертая;
- 2) 3 формы по широтному показателю – узкие, средней ширины и широкие;
- 3) 3 формы по глубине – мелкодонные, среднедонные и глубокодонные.

Следует учитывать, что эти данные получены при анализе ограниченной выборки анатомических препаратов, а стало быть нельзя говорить с уверенностью о действительной частоте встречаемости у людей той или иной формы слепой кишки. Кроме того, в подобных случаях определения вариантов формы внутренних органов мы имеем дело с регистрацией случайных, возникающих в процессе индивидуального развития организма, несущественных (побочных) морфологических признаков, которые не сказываются существенным образом на функциональном состоянии органа.

Но, потеря органом какого-то своего придаточного, но функционально необходимого, элемента

(каким является для слепой кишки червеобразный отросток) должна вызывать в нем адаптивную реакцию, направленную на восполнение этой утраты, что может отражаться на его форме. Так это или нет – мы имеем возможность проверить, сравнив соответствующие данные по сводной таблице 2.

В ее матрице представлен весь разброс вариантов формы слепой кишки в норме и после аппендэктомии. Как мы видим, распределение отдельных морфологических показателей, как в том, так и другом случаях, имеет случайный, хаотический характер, что подтверждает сказанное выше об индивидуальной изменчивости побочных, несущественных признаков органа. Тем не менее, по относительно небольшому различию отдельных признаков можно выявить некоторые отклонения формы и метрических показателей слепой кишки после аппендэктомии по сравнению с нормой.

Так, по внешней форме среди аппендэктомированных препаратов совсем отсутствует уплощенная форма слепой кишки, а узкоконическая представлена в единственном варианте. Примерно в равных соотношениях (если учитывать меньшее количество аппендэктомированных препаратов) находятся куполообразные формы, а вот полусферические формы явно преобладают.

Таблица 1. Метрические параметры слепой кишки с интактным червеобразным отростком и после аппендэктомии

№	Пол	Возраст		Слепая кишка			
				Глубина, мм		Ширина, мм	
1	Мужчины	85	75	32,0	34,0	64,0	61,0
2		81	72	40,0	50,0	60,0	65,0
3		73	70	48,0	34,0	51,0	75,0
4		73	70	20,0	42,0	45,0	72,0
5		66	68	25,0	18,0	55,0	44,0
6		66	64	26,0	16,0	67,0	65,0
7		62	63	24,0	52,0	40,0	74,0
8		51	58	45,0	32,0	50,0	80,0
9		45	57	28,0	35,0	65,0	75,0
10		40		30,0		70,0	
Среднее значение		64,2	66,3	31,8	34,7	56,7	67,8
1	Женщины	90	85	31,0	22,0	62,0	55,0
2		82	79	47,0	37,0	30,0	93,0
3		81	68	50,0	44,0	71,0	70,0
4		76		56,0		66,0	
5		66		55,0		72,0	
Среднее значение		79	77,3	47,8	34,3	60,2	72,6

Примечание: светло-серым цветом указаны размеры слепой кишки с интактным червеобразным отростком, темно-серым – после аппендэктомии. Узор: светлая диагональ вверх – максимальные значения, светлая диагональ вниз – минимальные.

Таблица 2. Индивидуальная изменчивость формы слепой кишки с интактным червеобразным отростком и после аппендэктомии

№	Пол	Возраст	По внешней форме				По глубине выраженности			По ширине		
			Полусферические	Куполообразные	узкоконические	уплощенные	мелкодонные	среднедонные	глубокодонные	узкие	средней ширины	широкие
1	Женщины	90										
2		82										
3		81										
4		76										
5		66										
1	Мужчины	85										
2		81										
3		73										
4		73										
5		66										
6		66										
7		62										
8		51										
9		45										
10		40										

Примечание: светло-серым цветом указаны формы слепой кишки с интактным аппендиксом, темно-серым – после аппендэктомии.

По глубине выраженности, то есть по расстоянию между илеоцекальным устьем и устьем (или его остатком) аппендикса относительно преобладают среднедонные формы, тогда как две крайние формы (мелкодонные и глубокодонные) встречаются реже.

И последнее, по широтному показателю чаще других отмечается широкая форма слепой кишки (реже – средней ширины, и совсем редко – узкие).

Заключение и перспективы дальнейших раз-

работок. Следовательно, по результатам анализа индивидуальной вариабельности слепой кишки в норме (с интактным аппендиксом) и после аппендэктомии, в пределах ограниченных выборок анатомических препаратов, не удастся выявить отчетливо явные и однозначные показатели изменения ее формы в зависимости от аппендэктомии. Тем не менее, все же удастся установить, что среди аппендэктомированных препаратов в относительном значении выделяются полу-

сферическая, среднедонная и широкая формы. При этом нельзя сказать, чтобы эти различные признаки объединялись в одном варианте. Кроме того, если в действительности имеется какая-то связь между аппендэктомией и формой слепой кишки, то в настоящее время мы еще не в праве делать вывод о том, что отмечаемые изменения ее напрямую связаны с аппендэктомией, хотя согласно данным И.Б. Казанцева и А.А. Сотникова [12] такая зависимость имеет место. В данном случае мы имеем в виду, что сама форма слепой кишки может располагать к развитию воспаления червеобразного отростка.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ахтемійчук Ю. Т. Анатомічні варіанти та природжені вади клубово-сліпокишкового сегмента / Ю. Т. Ахтемійчук, Д. В. Проняев // Клінічна та експериментальна патологія. – 2005. – Т. IV, № 4. – С. 95-100.
2. Большая Медицинская Энциклопедия / [редактор Т. Лосева]. – М.: Астрель, 2001. – 735 с.
3. Войленко В.Н. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости / В.Н. Войленко, А.И. Меделян, В.М. Омельченко. – М.: Медицина, 1965. – 610 с.
4. Егоров И.В. Клиническая анатомия человека: [Учебное пособие] / И.В. Егоров – [3-е изд.]. М.: ПЕРСЭ; Логос, 2003. – 688 с.
5. Казмірчук В.С. Клінічна імунологія і алергологія / Казмірчук В.С. Вінниця: Нова книга, 2006. – С. 94 – 96.
6. Кушнір А. Ф. Анатомічні особливості червоподібного паростка / А. Ф. Кушнір – К.: Здоров'я, 1984 р. – 124 с.
7. Махмудов З.А. Особенности микроанатомии желез и лимфоидной ткани в стенках слепой кишки у пожилых людей / З.А. Махмудов // Вестник новых медицинских технологий. 2001. N 1. С.58-59
8. Привес М. Г. Анатомия человека / М. Г. Привес. – СПб.: Гиппократ, 2001. – 704 с.
9. Пронін В.О. Патологія червоподібного відростка та аппендэктомія / В.О. Пронін, В.В. Бойко – Х.: СІМ, 2007. – С. 252-271.
10. Рабсон А. Основы медицинской иммунологии / Рабсон А., Ройт А., Дедвз П. – Москва: Мир, 2006. – С. 97 – 102.
11. Собота Й. Атлас анатомії людини. В 2-х томах / [Переробка та редакція В.Г. Черкасова, переклад з нім. мови О.І. Ковальчука]. – К.: Український медичний вісник, 2009. – Т. 1. – 987 с.
12. Сотников А.А. Состояние купола слепой кишки после аппендэктомии / А.А. Сотников, И.Б. Казанцев // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2011. – N 2. – С.48-52. Библ. 5 назв.
13. Уэстон Т. Анатомический атлас / Тревор Уэстон. – Лондон: «Маршал Кэвендиш Букс», 1995. – 156 с.
14. Федюкович Н. И. Анатомия и физиология человека: [Учебное пособие] / Н. И. Федюкович. – [2-е изд.]. – Ростов н/Д: «Феникс», 2003. – 416 с.
15. Шапаренко П. П. Анатомія людини. В 2-х томах / П. П. Шапаренко. – К.: Здоров'я, 2003. – Т. 1. – 370 с.

Надійшло 15.10.2011 р.
Рецензент: доц. В.М.Волошин

УДК: 616.711-089.881

© Делух Н.В., Ашукина Н.А., Батура И.А., Костерин С.Б., 2012

СЕГМЕНТАРНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ В ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА УКРАИНСКИХ ЖЕНЩИН Делух Н.В., Ашукина Н.А., Батура И.А., Костерин С.Б.

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.П. Ситенко НАМН Украины»

Делух Н.В., Ашукина Н.О., Батура И.О., Костерин С.Б. Сегментарная вариабельность минеральной плотности кости в поперековому відділі хребта українських жінок // Український морфологічний альманах. – 2012. – Том 10, № 1. – С. 19-21.

Проведено оцінку стану мінеральної щільності кістки (МЩК) поперекового відділу хребта у практично здорових 447 жінок віком від 20 до 80 років методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії. Встановлено найменшу МЩК в тілі хребця L I всіх вікових груп порівняно з тілами хребців L II-L IV. МЩК поступово підвищується в каудальному напрямку. Найвищі показники МЩК зафіксовано у тілі хребця L IV.

Ключові слова: мінеральна щільність кістки, поперековий відділ хребта, жінки

Делух Н.В., Ашукина Н.А., Батура И.А., Костерин С.Б. Сегментарная вариабельность минеральной плотности кости в поясничном отделе позвоночника украинских женщин // Український морфологічний альманах. – 2012. – Том 10, № 1. – С. 19-21.

Проведена оцінка стану мінеральної щільності кістки (МПК) поясничного відділу позвонка у практично здорових 447 жінок в віці від 20 до 80 років методом двофотонної рентгенівської абсорбціометрії. Встановлено найменшу МПК в тілі позвонка L I во всіх вікових групах порівняно з тілами позвонків L II-L IV. МПК поступово зростає в каудальному напрямку. Самі високі показники МПК зафіксовані в тілі позвонка L IV.

Ключевые слова: минеральная плотность кости, поясничный отдел позвоночника, женщины

Diedukn N., Ashukina N., Batura I., Kosterin S. Segmental variability of bone mineral density in the lumbar spine of Ukrainian women // Український морфологічний альманах. – 2012. – Том 10, № 1. – С. 19-21.

The assessment of bone mineral density (BMD) was performed at the lumbar spine of practically healthy 447 women at the age from 20 to 80. Dual-energy X-ray absorptiometry was used. The minimal BMD at the vertebral body L I as compared to vertebral bodies L II-L IV was established. BMD was progressive increased in the caudal line. Highest BMD indexes were found in L IV intervertebral body.

Key words: bone mineral density, lumbar spine, women

Остеопороз – одна из актуальных проблем охраны здоровья. Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о высокой распространенности этого заболевания во всех странах мира. При этом с возрастом частота остеопороза существенно повышается. По данным эпидемиологических исследований, проведенных В.В. Поворожником в популяции женщин различных регионов Украины, минеральная плотность кости (МПК) на уровне поясничного отдела позвоноч-

ника у женщин в возрасте 50-59 лет значительно ниже показателей референтных выборок США и Южной Европы, взятых в качестве сравнения [1].

Остеопоротические проявления в скелете накладывают отпечаток на течение костно-суставной патологии, являются фактором риска возникновения переломов, нарушают течение репаративного остеогенеза, снижают качество жизни [1, 2]. К тяжелым проявлениям остеопороза относят деформации и компрессионные переломы тел позвонков.