

наруживаются местные метастазы в виде отдельных узлов, полностью разрушающих или замещающих мышечную оболочку пищевода.

Таким образом, аденокарцинома желудка, прорастающая в пищевод, характеризуется выраженным погружным ростом, преимущественно в подслизистой основе, и очаговыми разрушениями мышечной оболочки.

Заключение

Проведенный анализ показал, что для плоскоклеточного рака пищевода наиболее характерен рост в пределах слизистой оболочки по поверхности пищевода с образованием поперечной складчатости. Вторичным является распространение опухоли в подслизистую основу и в центре опухоли в мышечную оболочку.

Для аденокарцином желудка, прорастающих в пищевод, характерно как изменение желудочного эпителия, находящегося в пищеводе и пищеводно-желудочном переходе, так и параллельный рост опухоли в подслизистой основе пищевода. Для этих опухолей характерно и более частое и обширное поражение мышечной оболочки.

Подслизистая основа пищевода является основным слоем, в котором происходят значительные изменения при опухолевых поражениях пищевода как в пределах опухоли, так и в прилежащих участках стенки пищевода. Они выражаются в её значительном утолщении, развитии грубо-волоконистой соединительной ткани, увеличении количества кровеносных и лимфатических сосудов.

Список литературы

1. Ганцев, Ш. Х. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов. 2-е изд. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – С. 297-314.
2. Краевский Н.А., Смольяников А.В., Саркисов Д.С. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Руководство в 2-х томах. – Т. 2. – М, 1982.
3. Петров С.В., Райхлин Н.Т. Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека. Издание 3-е, дополненное и переработанное. – Казань: Титул, 2004.
4. Поддубный Б. К., Кувшинов Ю.П., Губин А.Н. Эндоскопическая диагностика рака пищевода // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. - 2003. - №1 (январь). - С. 71-74.
5. Blot W.J. Rising incidence of adenocarcinoma of the esophagus and gastric cardia / W.J. Blot, S.S. Devesa, R.W. Kneller // JAMA. - 1991. - Vol. 265. - P. 1287-1289.
6. Borrie J. Columnar cell-lined esophagus: Assessment of etiology and treatment: A 22 year experience / J. Borrie, L. Golawater // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. - 1976. - Vol. 71. - P. 825-834.
7. Meyer W. Barrett's esophagus following total gastrectomy / W. Meyer, F. Vollmar, W. Bar // Endoscopy. - 1979. - Vol. 2. - P. 121-126.
8. Schnell T.G. Adenocarcinoma arising in tongues or short segments of Barrett's esophagus / T.G. Schnell, S.J. Sontag, G. Chejfec // Dig. Dis. Sci. 1992. - Vol. 37. - P. 137-143.

КЛИНИЧЕСКАЯ И МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА

О.Б. Дронова, И.Н. Фатеев, А.М. Адегамова, Д.В. Савин, А.Н. Шепелев

ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия

Дронова Ольга Борисовна,

профессор кафедры хирургии, д-р мед. наук,
460000, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6,
тел. 8 (3532) 35-86-77,
e-mail:mdc2005@yandex.ru

Фатеев Иван Николаевич,

профессор кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии им. С.С. Михайлова, д-р мед. наук,

Адегамова Алла Мазитовна,

врач-рентгенолог Оренбургской областной клинической больницы, канд. мед. наук,

Савин Дмитрий Владимирович,

врач-хирург МГКБ им. Н.И. Пирогова, г. Оренбург,
ассистент кафедры факультетской хирургии, канд. мед. наук,

Шепелев Александр Николаевич,

врач-эндоскопист, заочный аспирант кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии им. С.С. Михайлова

В статье отражена необходимость широкого использования в фундаментальных анатомических исследованиях илеоцекальной области результатов прижизненных методов исследования, количественной оценки морфологических параметров, которые открывают новые возможности для диагностики патологических процессов и разработки новых приемов оперирования.

Ключевые слова: клиническая анатомия, микрохирургическая анатомия, илеоцекальный клапан.

CLINICAL AND MICROSURGICAL ANATOMY OF THE ILEOCECAL VALVE

O.B. Dronova, I.N. Fateev, A.M. Adegamova, D.V. Savin, A.N. Shepelev

Orenburg State Medical Academy

The article reflects the need for extensive use in the application of fundamental anatomical studies ileocecal region results research methods, quantitative estimates of the morphological parameters, that are opening new possibilities for diagnosis of pathological processes and development of new ways of operating.

Keywords: clinical anatomy, microsurgical anatomy, ileocecal valve.

Введение

Внедрение в клиническую медицину новых диагностических методов позволило проводить прижизненную диагностику многих болезней желудочно-кишечного тракта, приближаясь во многих случаях к их морфологической оценке и описанию и, как следствие, потребовало проведения специальных анатомических исследований, основанных на прижизненной визуализации органов и областей человеческого тела применительно к запросам микрохирургии [4].

Изучению анатомического строения илеоцекального отдела желудочно-кишечного тракта посвящен ряд работ как отечественных, так и зарубежных ученых. Это связано с тем, что среди заболеваний желудочно-кишечного тракта значительную часть составляет патология илеоцекальной области [5,6].

Анатомическое строение и топография слепой кишки очень вариабельны. Так, по данным литературы, размеры слепой кишки от нижней губы илеоцекального клапана до вершины купола слепой кишки, по данным различных авторов, составляют от 5 до 7 см, а поперечник - от 5 до 9 см. Количество и форма имеющихся на слепой кишке выпячиваний (гаустр) также очень изменчивы [1,3].

Цель исследования

Получение данных по клинической анатомии илеоцекального клапана для совершенствования диагностики и хирургического лечения заболеваний илеоцекальной области.

Материалы и методы

Материалом исследования служили 100 органокомплексов трупов людей, умерших не от патологии органов брюшной полости, 90 ирриго-грамм и 90 колоноскопий пациентов, не имевших заболеваний толстой кишки. Ирригограммы выполнялись во фронтальной плоскости на рентгенаппаратах:

КРТ Максима, Toshiba, Prestilix 1600E. Колоноскопии проводились фиброколоноскопом фирмы «Olympus» с регистрацией с помощью видеокамеры на компьютер. При указанных видах исследований изучали форму илеоцекального клапана, направление просвета его по отношению к куполу слепой кишки, размеры верхней и нижней губы, расстояние от илеоцекального клапана до центра устья червеобразного отростка и до купола слепой кишки, определение расположения илеоцекального перехода по отношению к срединной линии, способ впадения подвздошной кишки в слепую, характер слизистой оболочки илеоцекальной области.

Результаты и обсуждение

При изучении макропрепаратов илеоцекальной области обращает на себя внимание тот факт, что в 93 случаях подвздошная кишка имела восходящее направление, впадала в медиальную стенку слепой кишки и латеральная стенка конечного участка подвздошной кишки имела интимное соединение с медиальной стенкой слепой кишки. Лишь в трех случаях тонкая кишка впадала в слепую кишку в горизонтальном направлении под прямым углом в медиальную стенку. В этих случаях интимного соединения тонкой и слепой кишок не было. В четырех наблюдениях отмечалось впадение подвздошной кишки в заднюю стенку слепой кишки под острым углом и тесного соединения между ними не было.

Чаще встречалась губовидная форма баугиниевой заслонки, реже - сосочковая и цилиндрическая. Длина верхней губы - от 7 до 46 мм, нижней - от 13 до 37 мм, толщина - от 2 до 14 мм и от 2 до 12 соответственно. Но в некоторых наблюдениях встречались не две, а три створки, в единичных случаях не выражена нижняя губа. Расстояние от верхней губы баугиниевой заслонки до центра устья червеобразного отростка - от 4 до 20-38 мм, до дальней точки купола слепой кишки - 69 - 87 мм.

Анализ обзорных рентгенограмм ободочной кишки позволил обратить внимание на довольно широкий диапазон различий в расположении илеоцекального перехода по отношению к средней линии. Он находится в пределах от 10 до 115 мм справа от средней линии, наиболее частыми вариантами (71,1%) являлись расстояния от 40 до 79 мм. При существенной вариабельности формы, размеров и расположения слепой кишки довольно постоянными были взаимоотношения со слепой кишкой конечного отдела подвздошной кишки.

Во всех 90 наблюдениях петли подвздошной кишки располагались в полости малого таза, а конечный отдел подвздошной кишки имел восходящее направление, располагался или вдоль медиального края слепой кишки, или образовывал дугу на протяжении дна и медиального края слепой кишки. Подвздошная кишка могла впадать в слепую кишку дугообразно под острым углом или образовывать коленообразный изгиб с конечным горизонтальным участком подвздошной кишки. В части наблюдений на ирригограммах визуализировались верхняя и нижняя губы илеоцекального клапана и угол между его верхней и нижней губами. Оказалось, что минимальная длина на фронтальных ирригограммах илеоцекального клапана равна 12 мм, а максимальная – 40 мм. Среднее значение длины клапана составило: $X \pm Sx = 25,6 \pm 7,75$ мм.

Эндоскопия дает возможность более детально изучить эндоскопическую, прижизненную анатомию илеоцекальной области. При анализе результатов колоноскопии мы сочли целесообразным разделить классификацию форм баугиниевой заслонки в зависимости от уровня осмотра: со стороны восходящей ободочной кишки и при фронтальном осмотре. Так, при осмотре со стороны восходящего отдела ободочной кишки выделили пять форм баугиниевой заслонки: плоская, уплощенная, серповидная, седловидная и полиповидная. Чаще всего встречалась уплощенная форма с сомкнутым устьем. Осмотреть фронтально баугиниеву заслонку удалось не у всех пациентов, но определялась преимущественно губовидная форма, реже – сосочковая и промежуточная.

В результате проведенного исследования установлено, что форма баугиниевой заслонки непостоянная у одного и того же пациента: она может быть как губовидной, так и сосочковой, включая и промежуточную форму. При изучении направления просвета илеоцекального клапана по отношению к куполу слепой кишки обнаружено, что в подавляющем большинстве случаев он направлен в сторону купола слепой кишки, несколько реже – перпендикулярно длине кишки. В редких случаях имелось направление просвета в сторону восходящей кишки.

У большинства пациентов отверстие было сомкнуто. Длина верхней губы составила от 15 до 27 мм, толщина её – от 2 до 9 мм, длина нижней губы – в пределах 14 – 25 мм, толщина – 2 – 8 мм. Полулунные складки слизистой оболочки слепой кишки встречались как полностью сглаженные, так и выраженные высотой до 10 – 12 мм. Количество постоянных

циркулярных складок обнаруживалось от одной до трех. Кроме того, в 100 % наблюдений имелась циркулярная складка на уровне илеоцекального клапана, высота которой варьировала от 5 до 18 мм. По-разному контурируют тени с внутренней стороны кишки, образуя продольные складки шириной от 5 до 9 мм. В куполе слепой кишки со стороны слизистой оболочки место схождения теней в большинстве случаев было представлено треугольной площадкой, в которой находилось устье червеобразного отростка. Оно было возвышающимся или, чаще всего, уплощенным. Форма отверстия его – округлая, полулунная.

Размеры устья отростка у обследованных пациентов были в пределах 5 – 10 мм. Расстояние от верхней губы баугиниевой заслонки до центра устья червеобразного отростка – от 25 до 75 мм, до дальней точки купола – от 28 до 80 мм.

Заключение

Перспективы прижизненных диагностических методов как методов изучения анатомии человека велики, но его применение существенно ограничивается сложностью интерпретации данных. Прямым следствием данной ситуации является «отставание» имеющихся анатомических исследований от возможностей прижизненной визуализации, которые появляются в настоящее время с внедрением новой аппаратуры. Современные подходы в гастроэнтерологии и онкологии требуют активного поиска новых методических подходов к изучению илеоцекальной области, что требует специальных анатомических исследований.

Список литературы

1. Байтингер В.Ф. Сфинктеры пищеварительного тракта. – Томск, 1994. – 208 с.
2. Валишин Э.С., Мунилов М.С. Сравнительно-анатомическое становление тонко-толстокишечного (илеоцекального замыкательного аппарата) // Морфология. – 2002. – Т. 122. – № 6. – С. 49-52.
3. Витебский Я.Д. Основы клапанной гастроэнтерологии. – Челябинск, 1991. – 304 с.
4. Каган И.И., Третьяков А.А. Микрохирургическая техника в восстановительной хирургии полых и трубчатых органов // Клиническая анатомия и экспериментальная хирургия: ежегодник Российской ассоциации клинических анатомов. – Оренбург, 2001. – вып. 1. – С. 28-34.
5. Колесников Л.А. Сфинктерный аппарат человека. – СПб.: Спец-лит, 2000. – 108 с.
6. Мартынов В.Л., Мухин А.С., Рулев В.Н. Сфинктерно-клапанные аппараты и рефлюксы пищеварительной системы. – Н. Новгород: Пламя, 2009. – 151 с.
7. Сотников В.Н., Разживина А.А., Веселов В.В., Кузьмин А.И. Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки. – М.: Экстра-принт, 2006. – 280 с.
8. Jelbert A. Imaging of the ileocecal valve / A. Jelbert, S. Swinson, K. Atkin // Tech. Coloproctol. – 2008. – Vol. 12. – P. 87-92.

9. Nasmyth D.G. Pressure characteristics of the human ileocaecal region - a key to its function / D.G. Nasmyth, N.S. Williams // Gastroenterology. – 1985. – Vol. 89. – P. 345-351.

10. Shafik A.A. Ileocecal junction: anatomic, histologic, radiologic and endoscopic studies with special reference to its antireflux mechanism / A.A. Shafik, I.A. Ahmed, A. Shafiket // Surg. Radiol. Anat. – 2011. – Vol. 33. – P. 249-256.

КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО ПЕРЕХОДОВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Е.В. Колесникова, О.Б. Дронова, А.О. Мирончев, С.Б. Зайцев, Е.В. Калужина

ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия,
ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Оренбург

Колесникова Екатерина Владимировна,

аспирант кафедры оперативной хирургии и клинической анатомии,
460000, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6,
тел. 8 (903) 366-84-78,
e-mail: kkolesnikova7@yandex.ru

Дронова Ольга Борисовна,

профессор кафедры хирургии, д-р мед. наук,

Мирончев Антон Олегович,

ассистент кафедры терапии, канд. мед. наук,

Зайцев Сергей Борисович,

зав. патологоанатомическим отделением ГБУЗ «ГКБ №1»,

Калужина Елена Владимировна,

врач клинической лабораторной диагностики (цитолог), ГБУЗ «ГКБ №1»

Изучены эндоскопическая анатомия и морфологические изменения в слизистой оболочке пищеводно-желудочного и гастродуоденального переходов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Выявлены индивидуальные особенности каждого перехода и некоторые закономерности, характерные для них.

Ключевые слова: пищеводно-желудочный переход, гастродуоденальный переход, Z- линия, слизистая оболочка.

CLINICAL-ENDOSCOPIC AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ESOPHAGO-GASTRIC AND GASTRODUODENAL TRANSITIONS IN DUODENAL PEPTIC ULCER

E.V. Kolesnikova, O.B. Dronova, A.O. Mironchev, S.B. Zaitsev, E.V. Kaluzhina

Orenburg State Medical Academy
Municipal Hospital №1, Orenburg

Endoscopic anatomy, morphological changes in mucous membrane of gastroesophageal and gastroduodenal transitions, clinic in patients with duodenal ulcer were studied. Individual characteristics of each transition and some typical patterns were identified.

Keywords: gastroesophageal transition, gastroduodenal transition, Z- line, mucous.

Введение

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) не теряет своей актуальности и в настоящее время, несмотря на успешное современное медикаментозное лечение [4,12]. Язвы могут осложняться

деформацией, стенозом пилоробульбарной области [9]. Кроме того, присутствие *Helicobacter pylori* (Hp) в препилорическом отделе может приводить к развитию пренеопластических изменений слизистой оболочки, раннего рака.