

**Результаты.** При изучении медицинских карт всего было выявлено 149 случаев потерь беременностей. У 75.45% женщин в анамнезе имел место хотя бы один эпизод невынашивания. У 25.45% женщин зарегистрирована замершая первая беременность, у 6.36% - 2 замершие беременности. У 4.55% женщин в анамнезе была внематочная беременность. Исходя из собранных данных, можно было выделить 2 группы: 1) женщины, обследованные по факторам риска и у которых имелась в анамнезе потеря беременности – 92 (83.64%); 2) женщины, не обследованные на факторы риска и с потерей беременности в анамнезе – 18 (16.36%). У обследованных выявлены следующие факторы риска: верифицированный АФС у 26 женщин (23.64%), тромбофилические осложнения (инсульты, инфаркты) у родственников наблюдались у 10 женщин (9.09%), тромбофилия и ДВС-синдром у 13 (11.71%), тромбоцитопения у 1 (0,91%). Эндокринные нарушения (ПКЯ, СПКЯ) выявлены у 7.27% (n=8), опухоль гипофиза 1.82% (n=2), гипотиреоз 1.82% (n=2), сахарный диабет (СД) у 11 женщин (10%), СД в анамнезе у родственников у 7 (6.31%). Повышенный ИМТ зарегистрирован у 12 (10,91%). Отягощенный онкологический анамнез (ООА) у 1 женщины (0.9%), ООА у родственников – 13 (11.71%). Артериальная гипертензия (АГ) у 10 женщин (9.09%), АГ у родственников – 12 (10.91%). Хирургические вмешательства в анамнезе у 2 (1,82%). Наличие инфекций выявлено у 15.45% женщин (n=17).

**Выводы:**

1. Анализ полученных результатов подтверждает данные литературы о ведущей роли тромбофилических и эндокринных нарушений в генезе невынашивания беременности.

2. Выявление факторов риска на прегравидарном этапе позволит своевременно назначить медикаментозную коррекцию и улучшить перинатальные исходы беременности.

*Литература:*

1. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова – М.: Триада-Х, 2005 – 304 с.
2. Савельева Г.М. Акушерство / Г.М. Савельева, В.И. Кулаков, А.Н. Стрижаков – М.: Медицина, 2000 – 816 с.

## **ВАРИАНТ ЛЕВОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ АРТЕРИИ**

*Ложко П.П., Тихонович А.С., Балыш А.П., Климович Е.В.*

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

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

Левая желудочная артерия в 55-82% отходит от чревного ствола. Реже, в 20-23% она начинается общим стволом совместно с другими артериями (селезеночная, печеночная, нижняя диафрагмальная, гастродуоденальная) от чревного ствола или аорты. И редко, в 2-5% - непосредственно от аорты. В 18% случаев Е. В. Якубовская обнаружила отхождение левой желудочной артерии от левого печеночно-желудочного ствола.

**Цель исследования** – изучить редко встречающиеся варианты ветвления левой желудочной артерии.

Исследование проведено на 1 макропрепарате гепатодуоденальной зоны посредством анатомической препаровки.

При исследовании выявлен редкий вариант отхождения левой желудочной артерии только от левой печеночной. В данном случае чревный ствол длиной 10 мм делился на общую печеночную, селезеночную и дорсальную панкреатическую артерии. Общая печеночная артерия длиной 31 мм поднималась в печеночно-привратниковую связку, проходя над поджелудочной железой и далее делясь на

гастродуоденальную и собственную печеночную артерии. Последняя, длиной 8 мм, поднималась в направлении ворот печени и делилась на правую и левую ветви. Левая ветвь длиной 8 мм поднималась к венозной связке печени и делилась на ветвь к левой доле печени и левую желудочную артерию. Левая желудочная артерия диаметром 2 мм и длиной 21 мм направлялась влево и делилась на 3 ветви: прилежащую к левой доле печени пищеводную и 2 ветви к малой кривизне желудка. Верхняя из этих ветвей, отдавала ветвь к кардии и спускалась вдоль передней стенки желудка, а нижняя направлялась к задней стенке. Правая желудочная артерия чаще всего в 70% случаев начинается от собственной печеночной артерии, реже в 15-25% - от общей печеночной, редко в 4-8% - от гастродуоденальной, а в 3% случаев вообще отсутствует. По другим данным, правая желудочная артерия является ветвью левой печеночной в 40% случаев. Правая желудочная артерия обычно имеет длину 20-50 мм и диаметр 1-2 мм. Обычно эта артерия распространяется справа налево между листками малого сальника, отступая на 3-9 мм от малой кривизны желудка, и кровоснабжает только пилорическую часть желудка [Якубовская Е.В.]. Правая желудочная артерия у начала имела диаметр 27 мм, проходила позади верхнего края привратника желудка. На расстоянии 12 мм от начала она поднималась над привратником и проходила, отдавая ветви к желудку, между листками печеночно-желудочной связки вдоль малой кривизны до середины расстояния между вырезкой и кардиальной частью желудка, где делилась на конечные ветви к передней и задней стенке органа.

**Выводы.** Таким образом, обнаруженный нами вариант ветвления желудочных артерий, когда левая желудочная артерия отсутствует, а правая является доминирующей в кровоснабжении органа.

*Литература:*

1. Якубовская Е.В. Варианты кровоснабжения желудка /Е.В. Якубовская// Вестник хирургии, М.-1959.-№2-с. 17-22.
2. Кованов В.В. Хирургическая анатомия артерий человека /В.В. Кованов// Медицина, М.-1979.-260 с.

## **ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

*Ложко П.П., Тихонович А.С., Балыш А.П., Киселевская А.Ю.*

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Цилиндзь И.Т.

Данные литературы свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости острым панкреатитом (ОП) от 47 до 238 на 1 млн населения в год. Больные ОП составляют 5-13% от общего числа пациентов хирургического профиля, из которых у 5-16% развиваются гнойно-некротические поражения.

**Целью** данного исследования является анализ постнекротических осложнений острого панкреатита.

Настоящее исследование основано на анализе постнекротических осложнений острого панкреатита, наблюдавшихся у 100 пациентов.

Среди пациентов с постнекротическими осложнениями ОП, было 28 (28%) женщин и 72 (72%) мужчины. Средний возраст – 47,1±12,2 лет. Острые жидкостные скопления (ОЖС) выявили у 26 (26%) пациентов, ложные кисты поджелудочной железы (ЛКПЖ) – у 50 (50%). Ранние гнойные поражения (ГП) выявили у 24 (24%) пациентов: локальные (абсцесс) – у 11 (45,8%), распространённые (флегмона) – у 13 (54,2%). В 52% случаев выявили хронические ЛКПЖ после перенесённого ОП 6 и более месяцев назад, а острые и подострые кисты - в 24% наблюдений. Осложнения ЛКПЖ выявили у 20% пациентов: нагноение 40%, перфорация в брюшную полость 20%, аррозивное кровотечение 20%, сдавление