

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

общего желчного протока (ОЖП) с механической желтухой 20%. Для интраперитонеальных ЛКПЖ закономерными осложнениями, были разрыв и панкреатический асцит, а для ретроперитонеальных – нагноение с тромбозами подлежащих сосудов и аррозивные кровотечения. Для интрапанкреатических кист были характерны аррозивные кровотечения и сдавления органов гепатодуоденальной зоны с механической желтухой и дуоденальной непроходимостью. Осложнениями, характерными только для экстрапанкреатических ЛКПЖ, явились аррозия полого органа с прорывом кисты в него и реактивный экссудативный плеврит. ЛКПЖ были экстрапанкреатическими в 68%, интрапанкреатические в 32% случаев. Наиболее частыми симптомами кист были боли в животе в 80% случаев, диспептические явления в 68%, похудание в 84%, общая слабость в 80%, гипертермия в 20%, пальпируемое образование в 20%. При осложнённых ЛКПЖ выявляли признаки острой кровопотери, симптомы раздражения брюшины и сдавления органов (механическая желтуха, дуоденальная непроходимость), интоксикации. Первым проявлением кисты в отдельных случаях была манифестация сахарного диабета. Гипертермия в 20% была более характерна для нагноившихся ЛКПЖ. Аррозивные кровотечения в ЖКТ сопровождались меленой.

Выводы. Таким образом, постнекротические осложнения острого панкреатита имеют свои особенности, клинику и могут приводить к осложнениям, нередко угрожающим жизни пациента.

Литература:

1. Астапенко В.Л. Ошибки и осложнения в хирургии «острого живота» /В.Л. Астапенко// Вышэйшая школа., Мн.-1982.-162С.
2. Батвинков Н.И. Клиническая хирургия /Н.И. Батвинков// Вышэйшая школа., Мн.-1998.-260С.

УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

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

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

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

Внутрипузырная желчная гипертензия является производной от объёма внутрипросветной жидкости и тонуса пузырной стенки. Естественным проявлением внутрипузырной гипертензии является увеличение линейных и квадратичных размеров желчного пузыря, что прежде всего и регистрируется при УЗ-исследовании, причём в выявлении этого симптома класс диагностической аппаратуры значения не имеет, что делает его доступным в выявлении всеми исследователями. В качестве диагностических критериев внутрипузырной гипертензии традиционно оценивают длину и толщину желчного пузыря, а также площадь томографического среза в плоскости максимального продольного сечения.

Целью исследования является оценка эффективности использования УЗИ при диагностике острого калькулезного холецистита.

Нами проведен анализ клинического материала 25 пациентов с острым калькулезным холециститом.

При доказанном факте обструктивного холецистита изменение линейных размеров желчного пузыря зарегистрировано у 22 (88%) чел. При этом длина желчного пузыря колебалась от 90 до 145 мм, а толщина от 27 до 53 мм. Отсутствие содружественного увеличения линейных размеров желчного пузыря у 3 (12%) пациентов, по-видимому, было связано с преимущественно внутрипечёночным расположением желчного пузыря, а также рецидивным острым холециститом на фоне выраженных склеротических изменений. Площадь максимального продольного сечения у пациентов основной группы колебалась от 16,3 до 28,7