

КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОМ И МЕЗОПЕРИТОНЕАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИЯХ ЕЁ ФЛАНГОВ

Балыш А.П., Тихонович А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Киселевский Ю. М.

Толстая кишка кровоснабжается из систем двух брыжеечных артерий – верхней и нижней, имеет свои особенности и варианты строения, знание которых может оказать несомненную пользу в хирургической практике.

Целью настоящего исследования является анализ кровоснабжения толстой кишки при различных способах фиксации её флангов.

Исследование проведено на 50 трупах взрослых людей, в ходе исследования мы проанализировали кровоснабжение толстой кишки и способы фиксации её флангов.

Восходящая ободочная кишка при мезоперитонеальном положении в подавляющем большинстве случаев получала артериальную трофику из хирургической аркады Риолана. Правая ободочная артерия была выражена лишь в 6 (12%) наблюдениях из 50. Средняя ободочная артерия отходила от верхней брыжеечной артерии дистальнее нижнего края поджелудочной железы на 1-5,5 см, вступала в брыжейку поперечной ободочной кишки и направлялась к правому изгибу. На расстоянии 2,5-5 см от начала она делилась на левую и правую ветви равного диаметра. Такая топография артерии характерна для мезоперитонеального положения правого изгиба ободочной кишки. При интраперитонеальном положении обоих изгибов ободочной кишки постоянно наблюдалось наличие добавочных средних ободочных артерий, которые пересекали бессосудистую зону брыжейки поперечной ободочной кишки в различных направлениях. Добавочные артерии отходили от верхней брыжеечной, направлялись к средней трети поперечной ободочной кишки, либо отклонялись влево к её левому изгибу. Нижняя брыжеечная артерия при мезоперитонеальном положении нисходящей ободочной кишки в 60% случаев имела рассыпной тип ветвления и в 40% – переходный. При смешанном положении нисходящей ободочной кишки тип ветвления артерии в 25% рассыпной, в 60% – переходный и в 15% – магистральный. При интраперитонеальном её положении: в 20% отмечены рассыпной и переходный типы ветвления и в 80% – магистральный. Сигмовидная ободочная кишка кровоснабжалась из одноимённых артерий, количество которых колебалось от 1 до 5. Самая дистальная сигмовидная артерия имела анастомоз своей нисходящей ветви с верхней прямокишечной артерией. На нашем материале хирургическая аркада ректосигмовидного отдела толстой кишки была разомкнута в 13 (26%) случаях из 50.

Существующие различия в артериальном кровоснабжении толстой кишки при интраперитонеальном и мезоперитонеальном положениях её флангов, следует учитывать при оперативных вмешательствах на указанных отделах толстой кишки.

Литература:

Дюсупов, А.А. Изучение кровоснабжения толстой кишки с целью профилактики ишемических осложнений /А.А. Дюсупов// Вестник экспериментальной хирургии.-2012.-т.5.-№1.

ОСЛОЖНЕНИЯ ФЛЕБЭКТОМИИ ПРИ ВАРИКОЗЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Балыш А.П., Тихонович А.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра общей хирургии
Научный руководитель – к.м.н., доцент Цилиндзь И.Т.

Флебэктомия показала себя эффективной операцией для лечения варикозного расширения вен нижних конечностей. При обычном послеоперационном течении пациент начинает ходить на следующие сутки после операции. Тем не менее, как и все операции, она имеет осложнения, о которых нужно знать, и правильно их лечить.

Целью настоящего исследования является анализ постфлебэктомических осложнений.

Нами проведён анализ клинического материала 250 больных, прооперированных по поводу варикоза нижних конечностей.

Характер осложнений зависит от тяжести поражения венозной системы и, конечно, от других сопутствующих заболеваний. В первые сутки возможны кровотечения из ран, которые

приводят у 2% пациентов к образованию гематом. Кровотечения необильные, их источником являются мелкие подкожные вены, которые не были перевязаны во время операции, а гематомы проходят в течение 9-20 дней после операции. У 0,8% больных в послеоперационном периоде может возникнуть тромбоз глубоких вен нижней конечности. Для профилактики данного процесса применяется двигательный режим в первые сутки после операции, компрессионная терапия и применение антикоагулирующих средств, улучшающих реологические свойства крови. В области разрезов и иногда по ходу вены, у 4,4% прооперированных наблюдается пигментация. У подавляющего большинства пациентов она проходит самостоятельно на 5-7 неделе. Однако у некоторых пациентов, она упорно сохраняется несколько месяцев. Это происходит при операциях на большом количестве вен и развитии тромбофлебита. Надо отметить, что излившаяся в рану кровь является хорошей питательной средой для микроорганизмов, поэтому у 0,4% пациентов наблюдается такое осложнение как нагноение раны, для лечения чего применяется дренирование и антибиотикотерапия. Относительно часто встречаются у 4% телеангиэктазии требующие склеротерапии. У 1,2% больных при манипуляциях в области лодыжки, обнаруживались нарушения чувствительности, которые являлись временными и продолжались 3-6 недель. Косметический эффект после флебэктомии во многом зависит от стадии варикозной болезни, особенности самой венозной системы и наличия или отсутствия осложнений варикозной болезни. Так, на начальных стадиях варикоза размеры и количество рубцов можно свести к минимуму. Если варикозная болезнь запущена и сопровождается трофическими язвами, дерматитами и обширной пигментацией, эти косметические дефекты остаются даже после операции наряду с небольшими рубцами на местах разрезов. Косметический эффект флебэктомии серьезно зависит и от индивидуальной предрасположенности к формированию рубцовой ткани. У 68% пациентов даже при серьезном повреждении кожи формируются тонкие рубцы. Но, к сожалению, у 0,8% даже при совсем незначительном повреждении есть предрасположенность к формированию грубого, выступающего над поверхностью кожи келоидного рубца. Таким образом, для предупреждения возможных осложнений флебэктомии, хирург должен учесть вероятность их возникновения и принять меры по предупреждению. А пациент, в свою очередь, должен строго соблюдать рекомендации, данные хирургом, – в частности, использовать компрессионный лечебный трикотаж или эластические бинты в послеоперационном периоде и соблюдать двигательный режим.

Литература:

Покровский, А.В. Пластические операции на магистральных венах /А.В. Покровский// Хирургия., М.-1987.-198С.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Барановская Ю.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Гурин А.Л.

Проблема бесплодия на сегодняшний день остается одной из самых актуальных в гинекологической практике. Распространенность бесплодных пар, по данным разных авторов, на сегодняшний день достигла 10-15%, что оказывает большее влияние на демографические показатели, чем невынашивание и перинатальные потери, взятые в совокупности. Поэтому бесплодный брак, в свете неблагоприятной демографической ситуации, приобрел не только медицинское, но и социальное значение [1].

Цель: установить современные аспекты трубно-перитонеального бесплодия женщин Гродненской области.

Задачи исследования: выяснить основные методы и результаты лечения бесплодия

Материалы и методы: Ретроспективно проанализировано 100 историй болезни пациенток, страдающих бесплодием, находившихся на стационарном лечении в гинекологическом отделении УЗ «ГКБ № 4» г. Гродно в 2008 г.

Результаты. У большинства женщин (50%) наблюдался трубно-перитонеальный генез бесплодия, причем, в структуре патологии преобладал трубный фактор (45% женщин имели измененные маточные трубы и их непроходимость). Установлено, что 24% женщин страдали инфекциями, передающимися половым путем, что могло послужить причиной трубно-перитонеального бесплодия. Из них, чаще встречался хламидиоз (у 13% женщин). У 4% женщин