

## **ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПУЗЫРНОЙ АРТЕРИИ**

**Белоус П.В., Дердук М.С., Черковская В.А.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной анатомии

Научный руководитель – д.м.н., профессор Околокулак Е.С.

Актуальность. Все также актуальным для хирургии одной из актуальных проблем является решение проблем, связанных с камнеобразованием в желчном пузыре. При проведении оперативных вмешательств по удалению желчного пузыря, либо хирургических манипуляций на желчевыводящих путях, по-прежнему встречаются ятрогенные повреждения, ведущие к возникновению к серьезной угрозе послеоперационных осложнений. Одной из наиболее важной причиной при таких повреждениях является недостаточное знание вариантов анатомии сосудов, кровоснабжающих желчный пузырь. Вследствие этого, изучение вариантов сосудов, кровоснабжающих желчный пузырь, остается значимой задачей в современной медицинской науке.

Целью данной научно-исследовательской работы является изучение вариантной анатомии пузырной артерии.

Материал и методы исследования. Для достижения данной цели было произведено анатомическое препарирование 80 органокомплексов человека обоего пола в возрасте от 45 до 60 лет, полученных из УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» в соответствии с Законом Республики Беларусь №55-3 от 12.11.2001 г. «О погребальном и похоронном деле».

Проведенный анализ показывает, что в 61 случае (71%) местом отхождения пузырной артерии является правая доленая печеночная артерия, что дает основание считать этот вариант классическим. При этом необходимо отметить, что в 21 случае (24,7%) имеется изменение длины (длинная или короткая) и формы (извитая). Одной из важнейших особенностей, определенных при исследовании, стало обнаружение, в 10 случаях (11,7%), помимо отходящей пузырной артерии, имеется дополнительная артерия к желчному пузырю. Таким же важным является и возможность отхождения пузырной артерии, либо дополнительной артерии к желчному пузырю, от дополнительной правой печеночной артерии. Такой вариант отхождения сосудов, кровоснабжающих желчный пузырь встречается в 13 случаях (15,3%). При этом в различных ситуациях пузырная артерия имела начало либо от обеих артерий, кровоснабжающих правую долю печени, либо только от дополнительной ветви. В 3 случае (3,5%) было выявлено отхождение пузырной артерии от левой печеночной артерии, а также в 2 случаях (2,3%) пузырная артерия имела начало не из печеночных артерий, а из желудочно-двенадцатиперстной артерии и верхней брыжеечной артерии.

Заключение. Разные варианты происхождения, числа и траектории пузырной артерии в ассоциации со сложностью взаимоотношений её с пузырным протоком, с общим желчным протоком, правой печеночной артерией и другими соседними образованиями, делают иногда холецистэктомию опасной, рискованной, могут способствовать появлению тяжелых осложнений как в интра- так и в послеоперационном периоде. Современная научная тенденция должна быть направлена на доказательность и обеспечение повышения уровня безопасности лечебных манипуляций.

Литература

Галлингер Ю.И. Лапароскопическая холецистэктомия: опыт 3165 операций/ Ю.И. Галлингер, В.И. Капенова// Эндоскопическая хирургия.- 2007.- Т13, №2.- с.3-73.

Винд Д.Г. Прикладная лапароскопическая анатомия: брюшная полость и малый таз / Винд Д.Г. // Пер. с англ. под ред. проф. А.Н. Лызикова, д.м.н., проф. О.Д. Мядеца – М.: Медицинская литература, 1999. – 384 с.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Белоус А.Р., Савицкая М.В.**

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – ассистент Ляхнович Н.А.

Актуальность. По данным литературы, дисфункция щитовидной железы (ЩЖ) является второй по частоте встречаемости патологией среди беременных женщин в Республике Беларусь.

При этом существует большая вероятность развития осложнений беременности, родов и послеродового периода, увеличивается риск возникновения врожденных аномалий развития плода, а в более поздние сроки – риск рождения детей с гипотрофией, в состоянии гипоксии или асфиксии [1, 2]. Известно, что у женщин с патологией ЩЖ гормональный дисбаланс наблюдается и в послеродовом периоде и проявляется кровотечениями, субинволюцией матки, нарушением синтеза молока [3]. Вместе с тем, гестоз, как осложнение беременности, приводит к повреждению жизненно важных органов и систем, серьезным гормональным перестройкам и, как следствие, к нарушению всех видов обмена веществ [2, 4]. Поэтому изучение патологии щитовидной железы в сочетании с гестозом во время беременности является актуальной проблемой.

Цель работы. Изучить особенности течения беременности и родов при патологии щитовидной железы.

Методика. В основе работы лежат результаты обследования 80 женщин в сроке беременности 32-41 неделя, которые до родов были разделены на 3 группы: 2 основные и 1 контрольную. I основную группу составили 30 беременных женщин с патологией ЩЖ, II основную – 30 беременных женщин с сочетанием патологии ЩЖ и гестоза. Контрольную группу определили 20 здоровых женщин с физиологически протекающей беременностью.

Результаты и обсуждение. Средний возраст обследуемых в I группе составил  $27,1 \pm 1,06$ , во II группе –  $29,07 \pm 1,07$ , в контрольной –  $25,9 \pm 1,04$  лет. Среди тиреоидной патологии наиболее распространенным оказался эндемический диффузный зоб (80 и 90%, соответственно, в I и II группах). Значительно реже был диагностирован аутоиммунный тиреоидит (по 6,67%), узловой зоб (6,67 и 3,33%). Общая распространенность экстрагенитальной патологии, за исключением заболеваний ЩЖ, составила 83,33 и 93,33% в основных обследованных группах. Наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы. Гестоз легкой степени наблюдался у 23 беременных, средней степени – у 7. Классическая триада симптомов (отеки, протеинурия, гипертензия) наблюдалась у 20% беременных, моносимптомный гестоз – у 26,67%. Сочетание отеков и гипертензии выявлено у 26,67%, отеков и протеинурии у 20%, протеинурии и гипертензии – у 6,67% беременных. Отмечена также чрезмерная прибавка массы тела женщин II группы. Так, например, 15 и более килограммов за время беременности при гестозе набрали 8 женщин. Установлено, что роды через естественные родовые пути произошли у 18, 15 и 12 женщин, соответственно, в I, II и контрольной группах. Осложнения в родах наблюдались значительно чаще в основных группах, чем в контрольной, и проявлялись острой и хронической внутриутробной гипоксией плода (13,33, 16,67 и 5% в группе контроля), аномалиями родовой деятельности (по 10% в основных группах и 5% в контрольной), нарушением вставления головки плода (6,67% во II группе). Плановое кесарево сечение было выполнено у 5, 10 и 7 женщин, соответственно, в то время как экстренная операция потребовалась 7, 5 и 1 роженице в I, II и контрольной группах. Оценивая состояние новорожденных, выявлено, что здоровыми родились 31,67% детей в основных группах, что в 2,05 раза меньше по сравнению с контрольной группой – 65%.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показывают, что патология ЩЖ существенно влияет на течение беременности и родов, а в сочетании с перенесенным гестозом ведет к серьезным осложнениям гестации. Поэтому важно проводить своевременную диагностику тиреоидной патологии и ее адекватное лечение, благодаря чему удастся снизить перинатальную заболеваемость и улучшить демографическую ситуацию.

Литература:

1. Абдулхабирова, Ф.М. Йоддефицитные заболевания и беременность / Ф.М. Абдулхабирова // Гинекология. – 2006. – Т. 8. – № 2. – С. 54-57.
2. Арбатская, Н.Ю. Йоддефицитные заболевания и беременность / Н.Ю. Арбатская // Гинекология. – 2005. – № 2. – С. 20-24.
3. Аутоиммунные заболевания щитовидной железы: состояние проблемы / И.И. Дедов [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2002. – № 2. – С. 6-13.
4. Балаболкин, М.И. Эндокринология: учебное пособие / М.И. Балаболкин. – М.: Медицина, 1989. – 416 с.