

Белоус П.В., Комягин Д.В., Андрианова В.А.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ЛЕВОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

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

Теоретически можно утверждать, что, по данным исследований многих авторов, для каждого второго человека расположение элементов артериальной и желчной системы ворот печени и печеночной ножки являются индивидуальными. Знание конкретных анатомических вариантов различных структур гепато-дуоденальной связки является принципиальным при выполнении различных оперативных вмешательств на этой области, в частности, таких как холецистэктомия и развивающаяся трансплантация печени. На первый взгляд, кажется, что данная проблема является достаточно изученной. Однако, несмотря на это, каждая встреча с атипической локализацией анатомических структур в составе гепатодуоденальной связки, которым посвящено множество работ [Винд, Д.Г. 1997; Лапкин, К.В. 1998; Archer, S.B. 2001 и др.] представляет для хирурга дилемму и часто способствует возникновению тяжелых осложнений. Целью данной научно-исследовательской работы является изучение вариантной анатомии левой печеночной артерии. Для достижения данной цели было произведено анатомическое препарирование 40 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-З от 12.11.2001 г. «О погребальном и похоронном деле». В результате получены данные показывающие, что в 31 случае (77,5%) местом отхождения левой печеночной артерии является общая печеночная артерия в срединном отделе печеночно-двенадцатиперстной связки, что дает основание считать этот вариант классическим. В 3 случаях (7,5%), левая печеночная артерия берет начало от общей печеночной артерии, имея низкое расположение (короткая собственно печеночная артерия). В 6 случаях (15%) левая печеночная артерия берет свое начало не от общей печеночной артерии (от чревного ствола, либо от левой желудочной артерии). В 1 случае (2,5%) была выявлена дополнительная левая печеночная артерия от чревного ствола, т.е. левая доля печени получала кровоснабжение из двух независимых артериальных сосудов. Заключение. Данная вариабельность левой печеночной артерии имеет достаточно важное значение при проведении манипуляций в области гепато-дуоденальной связки, т.к. не учтенная дополнительная ветвь или атипичное расположение левой печеночной артерии может стать причиной серьезных осложнений, грозящих массивной кровопотерей и развитием осложнений в послеоперационном периоде. Современная научная тенденция должна быть направлена на доказательность и обеспечение повышения уровня безопасности лечебных манипуляций. Достаточно высокая вариабельность анатомии левой печеночной артерии должна стать причиной к разработке методов предоперационной диагностики индивидуальной анатомии.

Белюсова В.Ф., Янчарская Ю.И.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Хлебовец Н.И., к.м.н., доцент

Железодефицитная анемия является наиболее частой патологией среди гематологических болезней. Цель исследования – выявить особенности железодефицитной анемии у детей в нашем регионе. Изучен возраст, пол, степень тяжести, анамнез заболевания, причины развития железодефицитной анемии, данных ОАК. Результаты исследования. Под наблюдением находились 52 ребёнка, лечившихся в стационаре в 2009-2010 гг в УЗ "ГОДКБ". Мальчиков было 48 процентов, девочек 52 (25 и 27 детей соответственно). Железодефицитная анемия выявлялась при исследовании ОАК у большей части детей в связи с инфекционными заболеваниями (пневмония, ОРВИ, ветряная оспа), у части детей при плановом обследовании (оформление в ДДУ), лишь у 7 процентов детей были жалобы анемического характера. По возрасту дети распределились следующим образом: с месяца до года – 13 детей (25 процентов), с 1-3 лет – 17 детей (33 процента), с 3-7 лет – 2 ребёнка (4 процента), с 7-12 лет – 2 ребёнка (4 процента), с 12 лет и старше – 18 детей

(34 процента). В возрасте до года было 11 мальчиков (85 процентов) и 2 девочки (15 процентов), с года до трёх – 8 мальчиков (47 процентов) и 9 девочек (53 процента), с трёх до семи лет – 1 мальчик (50 процентов) и 1 девочка (50 процентов), с семи до 12 лет – 2 девочки (100 процентов), с 12 лет и старше – 5 мальчиков (28 процентов) и 13 девочек (72 процента). Хотя в общем количестве больных среди мальчиков и девочек железодефицитная анемия встречалась относительно одинаково, анализ половой принадлежности в различных возрастных группах показал, что у детей до года 85 процентов были мальчики, а у детей старше 7 лет девочки составили 75 процентов больных. Железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести была у 19 детей (37 процентов), средней степени – у 17 детей (33 процента), тяжёлой степени – у 16 детей (30 процентов). При анализе в возрастном аспекте установлено, что до года лёгкая степень анемии была у 6 детей (46 процентов), средняя степень у 2 (15 процентов), тяжёлая степень у 5 (39 процентов). В возрасте с 1 до 3-х лет одинаково часто встречалась анемия лёгкой и тяжёлой степени (46 и 39 процентов), у детей старше 12 лет – преобладала анемия средней и тяжёлой степени (89 процентов). Изучение анамнеза показало, что среди возможных причин развития железодефицитной анемии в возрасте до 1 года были: респираторная патология и нарушение в питании (69 процентов). У детей 12 лет и старше 39 процентов составили больные с хронической гастродуоденальной патологией, гельминтозами (в том числе энтеробиоз, токсокароз), рецидивирующими носовыми кровотечениями, болезнью Виллебранда, обильными менструациями. Таким образом, железодефицитная анемия наиболее часто встречалась в возрасте до трёх лет (58 процентов) и старше 12 лет (35 процентов). В возрасте до года железодефицитная анемия преимущественно встречалась у мальчиков (85 процентов), с семилетнего возраста анемия диагностировалась чаще у девочек (75 процентов). Если железодефицитная анемия в возрасте до трёх лет имела чаще лёгкую степень тяжести, то после 12 лет преобладала средняя и тяжёлая степень тяжести анемии. Среди возможных причин развития железодефицитной анемии у детей раннего возраста преобладали неправильное питание и респираторная патология, у старших детей – хроническая гастродуоденальная патология.

Белюк Н.С.

КОНЦЕНТРАЦИЯ НЕКОТОРЫХ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Снежицкий В.А., д.м.н., профессор

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является весьма распространенным осложнением многих сердечно-сосудистых заболеваний. В последние годы была предложена новая концепция прогрессирования ХСН, в основе которой лежит представление об иммунной активации и системном воспалении как о маркерах неблагоприятного прогноза и высокого кардиоваскулярного риска. Цель исследования: определить уровень интерлейкина (ИЛ)-6 и фактора некроза опухоли (ФНО)- α у больных ХСН, обусловленной ишемической болезнью сердца (ИБС). Материалы и методы. На базе УЗ «Гродненский областной кардиологический диспансер» было обследовано 109 пациентов, которые были разделены на 3 группы. В группу 1 вошло 38 пациентов с ХСН ишемической этиологии без анамнеза фибрилляции предсердий (ФП) (20 (52,6%) мужчин и 18 (47,4%) женщин, средний возраст 64 (57,4; 67,1)), в группу 2 – 41 пациент с ХСН ишемической этиологии и ФП (31 (75,6%) мужчина и 10 (24,4%) женщин, средний возраст 59,2 (52,8; 67,2)). Группу сравнения (0) составили 30 пациентов с ИБС без признаков ХСН и отсутствием ФП (22 (73,3%) мужчины и 8 (26,7%) женщины, средний возраст 53,6 (50,8; 61,5)). Всем пациентам выполнялся общепринятый перечень обследований, в дополнение к которым проводилось определение концентрации ИЛ-6 и ФНО- α в сыворотке крови. Уровень данных цитокинов определялся путем вычисления разницы коэффициентов поглощения света опытных и контрольных образцов при длине волны 450 нм на иммуноферментном анализаторе SUNRISE TECAN (Австрия) с использованием тест-систем «Вектор-Бест» (Россия). Статистическая обработка данных выполнялась в пакете STATISTICA 6.0 (Statsoft Inc, US). Результаты представлены в виде медианы и ин-