

без признаков кровотока, через 1 год – v. saphena magna не определяется на голени и только в верхней трети бедра имеется тонкий фиброзный тяж. В регистре CLOSURE приходящие парестезии отмечались в 12,3% случаев на 1 неделе, в 7,3% случаев через 6 месяцев, в 2,6% через 5 лет. Выводы. Таким образом, ЭВЛК является современным и эффективным методом хирургического лечения варикозного расширения вен по соотношению польза – осложнение.

**Ложко П.П.**

#### **ВАРИАНТЫ УДВОЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Киселевский Ю.М. , к.м.н., доцент

Лечение больных с аномалиями развития и положения толстой кишки является важной и до конца неразрешенной проблемой. Объясняется это, прежде всего, индивидуальностью и многообразием форм аномалий и их клинических проявлений, а так же отсутствием единых подходов к лечению таких больных. Удвоением (дубликацией) называется добавочное аномальное образование, макро – и микроскопически сходное по структуре с основным органом. Удвоения толстой кишки – частное проявление дубликаций пищеварительного тракта. Данные литературы, касающиеся частоты, эмбриогенеза, классификации и других вопросов, связанных с дубликациями, весьма разноречивы. Многие авторы справедливо считают эту аномалию редкой. Так, удвоение толстой кишки [по R. Basj, 1960] отмечается в 6 случаях из 28 наблюдений дубликаций пищеварительного тракта, а по [по Э. М. Давтян, 1967] 3 случаях на 36 наблюдений. А так же сравнительно часто отмечали данную аномалию толстой кишки – в 32 случаях из 79 наблюдений [по Е. А. Островскому, 1974]. При вышеуказанной патологии удвоения толстой кишки дубликатура может быть изолированной, располагаясь в каком-либо её отделе. Иногда распространяется по всей толстой кишке, включая прямую. При этом могут наблюдаться два функционирующих (или атрезированных) анальных отверстия, два влагалища или половых члена с удвоением внутренних половых органов. Иногда добавочная кишка впадает в мочевой пузырь, уретру, матку. По анатомической форме удвоения принято делить на трубчатые (тубулярные), дивертикулярные и кистозные. Цель исследования. Целью данного исследования является ретроспективный анализ вариантов удвоения толстой кишки. Материалы и методы. Нами были изучены данные о наблюдении удвоения пищеварительного тракта у детей (23 человека), среди них было 14 девочек и 9 мальчиков. Возраст больных составлял от 3 месяцев до 9 лет. Результаты. По полученным данным удвоение толстой кишки отмечается в 7 случаях из 23 наблюдений дубликаций пищеварительного тракта [среди них было 2 мальчика и 5 девочек]. Тубулярная форма на ограниченном протяжении в области сигмовидной кишки отмечалась у 1 больного [девочка]. Дивертикулярная форма с размерами дивертикулов от 2 до 5 см встретилась у 4 больных [2 мальчика и 2 девочки]. Кистозная — в виде овального кистозного образования расположенного рядом с основной трубкой и имеющей, что довольно редко, собственную брыжейку выявлена у 2 больных [девочки]. Такая форма аномалии может симулировать опухоль. Выводы. Таким образом, варианты удвоения толстой кишки весьма разнообразны, что накладывает отпечаток на клинику и хирургическое лечение данной патологии.

**Ложко П.П.**

#### **ВЛИЯНИЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА НА ЕГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Киселевский Ю.М. , к.м.н., доцент

Изучение анатомо-топографических особенностей червеобразного отростка важно для диагностики и лечения острого аппендицита. В положении червеобразного отростка выделяется несколько вариантов: нисходящее (тазовое) – 15-20%; латеральное положение 12-15%, при котором аппендикс направлен в сторону правого бокового канала; медиальное положение 7-9% – отросток располагается по ходу конечной части подвздошной кишки (над или под подвздошной кишкой); ретроцекальное: в свою очередь делящееся на: интраперитонеальное 9-10%, ретропе-

ритонеальное 3-5% и интрамуральное (в стенке слепой кишки) 0,1%. Большое практическое значение также имеют особенности кровоснабжения червеобразного отростка, которые описали ещё в 1905 году Kelly и Hurtod [по Седов В.М. 2008]. Важно отметить, что сама аппендикулярная артерия и её ветви в 60% случаев функционально являются сосудами конечного типа, т. е. не имеют анастомозов даже с соседними ветвями подвздошно-ободочной артерии. Выделяют четыре типа питания отростка: 1) одиночный ствол – отходит от a.ileocolica и питает весь червеобразный отросток, (30% случаев). 2) более чем 2/3 отростка снабжает кровью одиночный сосуд, отходящий от a.ileocolica (как и при первом типе), основание отростка получает питание через 1-2 сосуда, отходящих от задней стенки илеоцекальной артерии – 25%; 3) кровоснабжение червеобразного отростка осуществляется двумя отдельными веточками, отходящими от основного ствола a.ileocolica – 25%. 4) питание отростка аналогично третьему типу, но при этом червеобразный отросток снабжается кровью 1-2 веточками, отходящими от задней ветви илеоцекальной артерии [по Исаков Ю.Ф. 1995]. Без учета указанных типов кровоснабжения, перевязкой основного ствола a.appendicularis, можно спровоцировать ишемический некроз части слепой кишки. Цель исследования. Выявить связь между топографией аппендикулярного отростка и его кровоснабжением. Материалы и методы. Исследование проведено на 30 трупах взрослых людей. Изучалось расположение червеобразного отростка и особенности его кровоснабжения в связи с топографией. В правой подвздошной области выполняли параректальный разрез передней брюшной стенки и путём осмотра и макроскопического препарирования оценивали расположение и особенности кровоснабжения аппендикса. Результаты. Исследования показали, что в 18 случаях при нисходящем или тазовом расположении червеобразного отростка питание его осуществлялось по первому или второму типу кровоснабжения. В 12 случаях, когда аппендикс принимал ретроцекальное (в 2 случаях) и медиальное (в 10 случаях) положение, его васкуляризация осуществлялась посредством двух артерий, преимущественно по третьему и четвёртому типам. Выводы. Таким образом, можно сделать вывод о том, что кровоснабжение червеобразного отростка связано с его топографией. При восходящем расположении отростка он получает питание из двух артерий, при его нисходящем положении – из одной аппендикулярной артерии.

**Лопато Т.В., Жигамонт Т.А.**

**ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Лебейко Т.Я., к.м.н.

Алкоголь разрушает центральную и периферическую нервную систему. У лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, нарушаются обменные процессы. Токсическое воздействие алкоголя приводит к развитию энцефалополлинейропатии. Под влиянием алкоголя человек становится неадекватным, возникают проблемы в семье и обществе. Считается, что алкоголь снимает запреты и повышает общий тонус человека. Многие видят в алкоголе выход из сложной ситуации. В хмельном состоянии человек чувствует себя хорошо, все проблемы кажутся решаемыми, а сама жизнь – легкой и недоступной для страданий. Однако в состоянии похмелья усугубляется депрессия. Депрессия плюс алкоголь формируют замкнутый порочный круг, из которого человеку трудно выбраться. Цель и задачи исследования: Исследовать тревожно-депрессивные изменения у лиц, злоупотребляющих алкоголем и имеющих органические признаки поражения нервной системы. Материалы и методы исследования: Обследовано 19 пациентов, злоупотребляющих алкоголем в возрасте от 34 до 66 лет (15 мужчин и 4 женщин). У 7 (37%) пациентов диагностированы признаки токсической полинейропатии, у 1 (5%) – энцефаломиелополинейропатии, у 11 (58%) – энцефалополлинейропатии. Уровень депрессии исследовался по методике Т.И. Балашовой. Ситуативная и личностная тревожность оценивались с помощью теста Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина. Результаты: У пациентов с признаками токсического поражения периферической нервной системы (полинейропатия) признаков депрессивного состояния не выявлено. При сочетанном алкогольном поражении центральной и периферической нервной системы (энцефалополлинейропатия) только у 3 (27%) пациентов диагностировано легкое депрессивное состояние ситуативного или невротического генеза. При анализе результатов самооценки тревожности уста-