

мы кровообращения увеличилось на 2,9%. По статистическим данным Министерства здравоохранения в структуре смертности по Республике Беларусь болезни сердца и сосудов в 2010 году составили 54%. Цель нашей работы – изучить некоторые морфологические особенности венечных артерий. Материалом для данного исследования послужили 6 органокомплексов сердца взрослых людей обоего пола в возрасте 50-75 лет. Данное исследование проводилось с помощью макропрепарирования, морфометрии, статистического метода. По литературным данным ствол левой венечной артерии до бифуркации при магистральной форме ветвления варьирует от 5-17 мм (В.В.Кованов, 1974) до 10-22 мм (Л. А. Арсентьева, 1972). Длина ствола правой венечной артерии до отхождения от него первой ветви составляет при магистральной форме ветвления 4,5-15 мм (О. О. Куц, 1970). Диаметр правой огибающей ветви не превышает 2 (В.В.Кованов, 1974). По результатам нашего исследования длина левой венечной артерии до ее бифуркации колебалась от 7,5 до 17 мм, а правой – 41 до 94 мм. На одном из препаратов длина правой венечной артерии до деления на основные ветви составила 94 мм, после чего разделилась по магистральному типу. В 1/3 случаев диаметры обеих венечных артерий у места их отхождения от луковички аорты были одинаковыми, на 2-х препаратах левая венечная артерия была толще, и в таком же числе случаев диаметр был больше справа. Левая венечная артерия всегда отдавала ветви с большим диаметром, по сравнению с ветвями правого одноименного сосуда. Толщина правой огибающей ветви составила $3,7 \pm 1$ мм, левой – $5,2 \pm 1,2$ мм, задняя межжелудочковая ветвь была тоньше ($3,1 \pm 1$ мм) передней ($4,8 \pm 1$ мм). Ряд исследователей выявляет половые различия в диаметре венечных сосудов: диаметр стволов венечных артерий у места их отхождения от соответствующего синуса луковички аорты колебался от 2,5 до 6 мм у мужчин и от 2,9 до 4,7 мм – у женщин (Куц О. О., 1970). Наши данные также показали половой диморфизм морфологических особенностей венечных сосудов: диаметр правой венечной артерии у мужчин колебался от 7 до 11,5 мм, левой – от 8,5 до 9 мм, а у женщин – 3,8-6,5 мм и 3,3-07 мм, соответственно. Данный факт можно объяснить тем, что размеры мужского сердца на 10-15% больше, чем женского. С возрастом отмечается более извилистый ход венечных артерий. На одном из препаратов мы обнаружили извилистый ход левой венечной артерии. Мы обратили внимание на тенденцию к относительному увеличению диаметра венечных артерий и их основных ветвей в историческом аспекте, что можно связать с таким явлением как акселерация. Увеличение роста взрослого человека на 1 см в каждое десятилетие отмечается уже на протяжении 100 лет. Параллельно увеличению роста происходит увеличение размеров органов, в том числе и сердца, а, следовательно, возрастает и потребность в кровоснабжении. Нами были определены диаметр и длина венечных артерий и их ветвей, выявлены некоторые морфологические особенности.

Сергей О.А., Диско О.В., Юрча С.А.

РОТАЦИОННЫЙ ПОДВЫВИХ АТЛАНТА И ДИСТОРЗИО ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА – НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Аносов В.С., к.м.н.

Ротационный подвывих атланта и дисторзио шейного отдела позвоночника являются наиболее часто встречающимися травматическими повреждениями шейного отдела позвоночника как у детской, так и у взрослой части населения. Цель работы – определить частоту, с которой встречаются ротационный подвывих атланта и дисторзио шейного отдела позвоночника среди различных групп населения, а также рассмотреть основные причины, которые приводят к возникновению данных состояний. В работе применены ретроспективный и статистический методы. Материалом для данного исследования послужили результаты лечения 280 пациентов с клиническим диагнозом дисторзио шейного отдела позвоночника (76%) и ротационного подвывиха атланта (24%), в возрасте от 1 года до 79 лет, в клинике травматологии и ортопедии больницы скорой медицинской помощи г. Гродно в период с января 2004 по декабрь 2011 год. В результате анализа полученных данных мы обнаружили, что чаще (57%) ротационный подвывих атланта и дис-

торзио шейного отдела позвоночника встречаются среди лиц мужского пола (159 мужчин и 121 женщина). Средний возраст больных составил 20 лет. Чаще травма происходила в весенний период (зима – 27%, весна – 35,6%, лето – 14%, осень – 23,4%). Причиной данного состояния чаще всего являлся резкий поворот головы – 58%, реже – падение (17%), удар (14,5%), ДТП (10,5%). Больные поступали с жалобами на боль, ограничение движений в шейном отделе позвоночника. При физикальном обследовании были обнаружены ограничение движения в шейном отделе позвоночника, боль, боль при пальпации и перкуссии остистых отростков шейных позвонков, вынужденное положение головы. Частота закрытых травм шейного отдела позвоночника несомненно определяется чрезмерной подвижностью данного отдела, а именно атлanto-осевого сустава. Наиболее типичным механизмом подвывиха является внезапный резкий поворот головы, содержащий в себе элементы вращения, кивания и бокового отклонения. Это обычно сопровождается размыканием суставной щели на выпуклой стороне и возникновением диастаза между суставными поверхностями в боковом атлantoаксиальном суставе. В момент наклона головы в расширенном суставе создается отрицательное давление, в результате чего свободная часть капсулы в виде складки втягивается в суставную щель. В ответ на острые болевые ощущения возникает рефлекторное сокращение окружающих мышц. К подвывиху атлantoосевого сустава предрасполагают слабость связочного аппарата шеи, гипоплазия зубовидного отростка, а также наличие так называемой суставоподобной щели между зубовидным отростком и телом второго шейного позвонка. Всем больным проводилось консервативное лечение: анальгетики, ПМП, парафин, электрофорез, массаж, ЛФК, вытяжение на петле Глиссона. После больным рекомендовалось в течение 3-6 недель носить мягкую повязку типа воротника Шанца. Мы установили, что ротационный подвывих атланта и дисторзио шейного отдела позвоночника встречается чаще у лиц мужского пола, средний возраст больных составляет 20 лет и для данной травмы характерна весенняя сезонность. Используя свои и литературные данные, мы рассмотрели основные причины и механизмы возникновения данной патологии, а так же характерные клинические проявления.

Сергей О.А., Юрча С.А., Горбач О.Н.

ФИЗИЧЕСКОЕ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Мацюк Т.В., к.м.н.

Самым частым заболеванием обмена веществ является фенилкетонурия (ФКУ) – врожденное нарушение обмена фенилаланина (ФА), обусловленное дефицитом фермента фенилаланингидроксилазы (ФАГ). Частота ФКУ среди новорожденных Беларуси составляет 1:6000. На первый план при ФКУ у детей выступает поражение ЦНС. Целью исследования явилась оценка состояния физического и нервно-психического развития детей и подростков Гродненской области с фенилкетонурией, получавших длительную диетотерапию. Проведен ретроспективный анализ генетических карт 26 пациентов, рожденных в период с 1996 по 2010 год и проживающих на территории г. Гродно и Гродненской области. Все больные находились на диспансерном учете с диагнозом ФКУ в ОМГК УЗ «ГОКПЦ» с периода новорожденности и получали соответствующую диету. Группу сравнения составили 14 пациентов, поступивших для планового оперативного лечения (грыжесечение) в хирургическое отделение УЗ «ГОДКБ». Обработка полученных данных проводилась с помощью программы STATISTICA (версия 6.0). Возраст пациентов с ФКУ варьировал от 1 года до 15 лет. Средний возраст обследованных составил $6,7 \pm 0,85$ года. Детей грудного возраста (28 день жизни – 12 мес.) было 7,7%, дошкольного возраста (1-3 года) – 19,2%, дошкольного возраста (3-6 лет) – 23,1%, младшего школьного возраста (7-11 лет) – 38,4%, старшего школьного возраста (12-15 лет) – 11,6%. По гендерному признаку обследованные дети распределились следующим образом: девочки составили 57,7%, мальчики – 42,3% обследованных. Средний возраст девочек составил $7,7 \pm 1,07$ года, мальчиков – $5,4 \pm 1,32$ года ($p > 0,05$). Установлено, что в группе детей с ФКУ средняя масса тела при рождении составила $3272,6 \pm 132,04$ гр (минимальная масса – 2000 гр, максимальная – 5290 гр), в группе сравнения – $3433,3 \pm 72,64$ гр ($p > 0,05$). Анализ нутритивного статуса пациентов с ФКУ по сравнению с детьми группы сравнения