

ческого развития человек оказывается в ситуации «одномерного» общества, где происходит подавление его влечений и потребностей, а вместо них насаждаются потребности ложные, привязывающие индивида к современному ему бытию и затуманивающие его волю. В такой ситуации всеобщего подавления научной рациональностью у индивидов существует возможность освобождения только посредством собственного воображения и возвращения ему всех средств самовыражения.

Шимуль О.Ч., Синявский А.Г.

ТАКТИКА ХИРУРГА И ЛЕЧЕНИЕ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Климович И.И., д.м.н., профессор

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки на сегодняшний день остается одной из важнейших проблем здравоохранения. Заболеванием чаще всего страдают люди наиболее активного, работоспособного возраста, что обуславливает социальную значимость проблемы. Одним из грозных осложнений язвенной болезни является прободение, частота которого составляет 4–30%. Летальность при прободных язвах остается высокой и не имеет тенденции к снижению. В настоящее время при прободных язвах не существует «идеального» хирургического вмешательства, вопросы хирургической тактики остаются спорными и продолжают обсуждаться в периодической печати и форумах хирургов. Цель – проанализировать методы лечения прободных язв желудка и 12-перстной кишки, осложненных перитонитом. Материал и методы: нами проведен ретроспективный анализ 100 клинических случаев прободных язв желудка и 12-перстной кишки у пациентов лечившихся в 2001-2011г в больнице скорой медицинской помощи г. Гродно. Прободных язв 12-ПК было -68 (68%), желудка 32 (32%). Все пациенты были оперированы в экстренном порядке, при этом местный перитонит был выявлен во время вмешательства у 26 больных, что составило 26%, у 73 (73%) – распространенный, и лишь у 1 (1%) пациента – тотальный. Серозно – фибринозный перитонит был у 74(74%) пациентов, гнойный 11 (11%), серозный 12 (12%), фибринозно – геморрагический 2 (2%), фибринозно – гнойный 1 (1%). Мужчин было 83 (83%), женщин 17 (17%). Возраст от 15 до 69 лет. Средний возраст больных составил 37,8 лет. Основная часть больных – лица молодого и среднего возраста. Большинство пациентов – представители рабочих специальностей. Число рабочих составило 54 человека (54%), служащих – 15 (15%), студентов – 8 (8%), пенсионеров – 12 (12%), не работающих – 11 (11%). Практически все больные оперированы через 1.5 – 2 часа от момента поступления под общим обезболиванием. Верхнесрединная лапаротомия с ушиванием прободной язвы выполнено у 74 (74%) пациентов, Лапароскопия. ушивание прободной язвы у 7 (7%), иссечение язвы. Пилоропластика по Гейнеке – Микуличу у 5 (5%), лапаротомия, субтотальная резекция желудка у 6 (6%), двусторонняя стволовая ваготомия, гастродуоденоанастомоз у 5 (5%). Средняя продолжительность нахождения пациентов в стационаре около 10 дней. После проведенного лечения с выздоровлением выписались домой 96 человек (96%), а летальный исход составил 4% (4 человека). При прободении язвы и развившемся фибринозном и гнойном перитоните проводится ушивание прободной язвы. При прободении хронических язв в стадии серозного перитонита в большинстве случаев делали резекцию желудка.

Литература: 1.Климович В.В. Хирургия язвенной болезни желудка / В.В.Климович, А.В.Воробей // Минск.: -2006. – 199 с.

Шкель Е.В., Бах А.В., Манкевич А.Г., Манкевич А.Г.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА И ИХ ВЕТВЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

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

Актуальность обусловлена тем, что прогрессивное развитие кардиологии и кардиохирургии, сопровождающееся новыми разработками и внедрениями в области диагностики и лечения заболеваний сердца, выдвигает новые требования по анатомическому обоснованию появляющихся

методов и приемов. Целью исследования было изучить вариантную анатомию венечных артерий сердца и их ветвей. Материал и методы исследования. Для достижения данной цели были отпрепарированы сердца 5 взрослых людей обоего пола, умерших от заболеваний, не связанных с поражением сердца. В результате исследования было установлено, что на трех препаратах имелось классическое расположение венечных артерий. Правая венечная артерия выходит из аорты и ложится между аортой и правым ушком, кнаружи от которого она огибает правый край сердца по венечной борозде и переходит на его заднюю поверхность. Здесь она продолжается в заднюю межжелудочковую ветвь, которая спускается по задней межжелудочковой борозде до верхушки сердца, где анастомозирует с ветвью левой венечной артерии. Левая венечная артерия выходит из аорты, ложится в венечную борозду впереди от левого предсердия. Между легочным стволом и левым ушком она даёт две ветви: более тонкую переднюю, межжелудочковую и более крупную заднюю, огибающую. Передняя спускается по передней межжелудочковой борозде сердца, где она анастомозирует с ветвью правой венечной артерии. Задняя огибает по венечной борозде сердце с левой стороны и также соединяется с правой венечной артерией (А.К. Габченко, 2008). На двух препаратах имелся иной вариант хода артерий. В одном случае левая венечная артерия длиной 2 см при выходе из аорты делилась между легочным стволом и левым ушком на 3 передние межжелудочковые ветви. Правая из них, длиной 11 см, спускаясь по межжелудочковой борозде, переходила на верхушку и соединялась с задней межжелудочковой ветвью из правой венечной артерии. Центральная и левая (соответственно длиной 9 см и 5 см) спускаясь по передней поверхности сердца, проникали в более глубокие слои миокарда. Огибающую ветвь ложилась в венечную борозду и анастомозировала с правой венечной артерией. Правая венечная артерия, ложась в венечную борозду, переходила на диафрагмальную поверхность и примерно посередине этой поверхности от неё отходила задняя межжелудочковая ветвь длиной 8 см, которая анастомозировала с передней межжелудочковой ветвью. Во втором случае левая венечная артерия делилась на 2 передние межжелудочковые ветви правую и левую соответственно длиной 9 см и 7 см. Правая передняя межжелудочковая ветвь, переходя на верхушку сердца, соединялась с задней межжелудочковой ветвью из правой венечной артерии. Огибающая ветвь, переходя на диафрагмальную поверхность сердца, делилась на 2 ветви: одна из которых шла навстречу правой венечной артерии, а другая длиной 6,5 см спускалась вниз и проникала в миокард левого желудочка. Правая венечная артерия, отойдя от аорты, ложилась в венечную борозду и давала небольшую веточку (длиной 3 см), которая спускалась по передней поверхности правого предсердия. При этом правая венечная артерия продолжалась на диафрагмальную поверхность, где от неё отходила 3 задние межжелудочковые ветви. Правая ветвь длиной 3,5 см разветвлялась на задней поверхности правого предсердия. Центральная ветвь длиной 7 см спускалась вниз и проникала в миокард задней стенки правого желудочка. Левая ветвь длиной 11 см спускалась по межжелудочковой борозде до верхушки сердца и там анастомозировала с передней межжелудочковой ветвью левой венечной артерии. Заключение. Варибельное строение венечных артерий необходимо учитывать при оперативных вмешательствах, таких как постановка артериальных шунтов, стентов. Выполнение данных процедур с учетом вариантной анатомии повышает эффективность, улучшает прогноз, позволяет уменьшить риск возникновения осложнения.

Шот И.А.

СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Карпюк В.А., к.м.н., доцент

С целью изучения структуры психических расстройств послеродового периода проводился анализ историй болезни пациенток, находящихся на лечении в УЗ «РНПЦ «Психического здоровья» за период с 2006 по 2011 гг. и в УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-Наркология» за период с 1986 по 2011 гг. Были проанализированы архивные истории болезни. В УЗ «РНПЦ «Психического здоровья» за исследованный период было зарегистрировано 103 случая послеродовых расстройств, возраст пациенток от 17 до 42 лет. В УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-Наркология» 4 случая, возраст от 22 до 28