

ние просвета уретры. Сосуды в фасции Бука обеспечивают питание лоскута, что препятствует его некрозу и сморщиванию.

Результаты. Все операции прошли без осложнений. Протяженность стриктур была от 4 до 11 см, но во всех случаях кожного лоскута хватило за укрытия дефекта в рассеченной стенке уретры. После операции осложнений не было. Уретральный катетер функционировал в течение 6-8 суток. Мочеиспускание проверяли на 14 сутки. Больные выписывались домой на 15-16 суток

Во всех случаях была восстановлена адекватная проходимость уретры. У одного пациента через 5 месяцев после операции отмечена миграция нитей в просвет уретры, что потребовало их эндоскопического удаления. В сроки 6-24 месяца после операции состояние пациентов хорошее.

Вывод. Хирургическое лечение протяженных стриктур уретры методом расширительной пластики кожным лоскутом на ножке является эффективной методикой позволяющей создать адекватную проходимость уретры при сужениях длиной до 14 см.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКТОПИЙ СЕРДЦА

Сегодник В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

Научный руководитель – доц., к.м.н. Ю.М. Киселевский

В структуре врожденной патологии сердца выделяют аномалии положения данного органа, среди которых различают два основных вида: 1) неправильное расположение в средостении и полости перикарда; 2) смещение сердца в другие полости тела или в поверхностные слои туловища. Последняя группа носит название «эктопия сердца».

Целью настоящей работы стало исследование вышеуказанной редкой врожденной аномалии на препарате новорожденного ребенка, хранящегося в музее кафедры, а также изучение по данным литературы вопросов классификации этой патологии.

Эктопия сердца – расположение сердца вне грудной полости. Может быть полной или частичной. При полной эктопии совершенно отсутствует слияние слоев грудной клетки по передней срединной линии, перикардальный мешок и кожный покров также отсутствуют (ectopia cordis mida, экстрофия сердца). Экстрофия сердца часто сочетается с расщеплением передней брюшной стенки и омфалоцеле. При частичной эктопии перикардальный мешок может быть сформирован полностью (или может отсутствовать спереди) и сердце покрыто тонким полупрозрачным слоем кожи (ectopia cordis tecta). Различают несколько форм эктопий сердца:

А. Грудная – является наиболее обычной. Сердце смещено в плевральную полость (частично или полностью) или в поверхностные слои передней грудной стенки. При полной эктопии сердце, как правило, лежит на передней поверхности грудной клетки, и верхушка его направлена к подбородку, а основание прикреплено к сосудистой ножке, выступающей из дефекта грудины. Таким образом, передняя поверхность соприкасается со стенкой грудной клетки, а задняя обнажена. Сердце обычно повернуто также по своей продольной оси. Наблюдаются также аномалии перегородок, крупных сосудов и врожденные внесердечные аномалии. При частичной грудной эктопии сердечные аномалии, как правило, отсутствуют.

Б. Торакоабдоминальная – сердце одновременно находится в грудной и брюшной полостях. Типичны большой передний диафрагмальный дефект, отсутствие диафрагмальной части перикардального мешка, короткая грудина, часто с расщелиной в области мечевидного отростка и широким подреберным углом, большая эпигастральная или пупочная грыжа и направленное книзу грыжевидное выпячивание сердца через диафрагмальный дефект в верхнюю часть надчревной или пупочной грыжи. Большой ventральный диафрагмальный дефект симметричен с обеих

сторон и имеет полулунную форму. Сердце обычно покрыто кожей, тонким слоем апоневроза, с аномально широкой белой линией живота и брюшиной. Прямые мышцы живота смещены латерально, вплоть до реберной дуги, по среднеключичной линии. Степень опущения сердца в надчревную область различна.

В. Шейная – связана с задержкой дислокации сердца с места формирования его зачатка в переднее средостение. Наблюдается при нормальной или дефектной грудине. Этот тип эктопии встречается очень редко, при выраженных уродствах плода, если, например, верхушка сердца расположена между двумя половинами нижней челюсти и прилежит к высунутому языку, или же в случаях, если сердце прикреплено к твердому небу. При шейной эктопии ребенок погибает сразу после рождения.

Г. Абдоминальная – сердце выпирает через отверстие в диафрагме и располагается в брюшной полости или вне ее вследствие дефекта в брюшной стенке. Сердце может быть смещено в область локализации одной из почек. При нормально сформированном сердце больные могут дожить до преклонного возраста.

Д. Экстрастернальная (*ectopia cum fissura sterni*) – является следствием аномалий развития грудины (разновидность грудной эктопии).

Литература:

1. Михайлов, С.С. Анатомия врожденных пороков сердца / С.С. Михайлов // В кн.: Клиническая анатомия сердца. – М.: Медицина, 1987. – Гл. 10. – С. 248–250.

АНАЛИЗ ИНВАЛИДНОСТИ В СВЯЗИ С СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Семенчук Ю.В., Дудук С.Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра психиатрии и наркологии

Инвалидность и инвалидизация населения являются важнейшими показателями общественного здоровья и имеют не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

Исследование является составной частью научно-исследовательской работы, выполненной на кафедре психиатрии и наркологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет», по теме «Клинико-эпидемиологическое исследование деменций позднего возраста», номер государственной регистрации 20091455, дата регистрации: 10.07.2009.

Цель работы – изучить особенности выхода на инвалидность и структуру тяжести первичной инвалидности вследствие сосудистой деменции (СоД) населения старше 40 лет, проживающего в Гродненской области за период 2002-2010 гг., как один из аспектов бремени медико-социальных проблем в связи с СоД.

Материал и методы исследования. Уровень, структура, динамика, процессы формирования контингентов инвалидов в связи с СоД изучены сплошным методом среди городского и сельского населения Гродненской области, за 2002-2010 гг. с общим числом наблюдений 823 больных.

В процессе исследования для расчетов интенсивных показателей и их характеристик использованы абсолютные числа всех лиц с СоД, освидетельствованных и впервые освидетельствованных Психиатрической медико-реабилитационной экспертной комиссией (МРЭК) Гродненской области за 2002-2010 гг. Проведена оценка интенсивных показателей общей и первичной инвалидности при СоД. Для получения необходимых сведений об инвалидах производилась выкопировка данных из актов медицинского освидетельствования, направлений на МРЭК, а также дел освидетельствования во МРЭК.

Формирование контингентов инвалидов при СоД связано с первичным выходом на инвалидность, так как снятых с инвалидности нет. В 100% повторное освидетельствование приводит к утяжелению группы инвалидности. Из каждых 1000 вновь выявленных случаев всех деменций по Гродненской области (исключая деменцию