

АГ и различная чувствительность больных к лекарственным средствам зачастую являются причинами недостаточной эффективности терапии.

С целью более адекватного подхода к выбору гипотензивного препарата необходимо учитывать тип нарушения гемодинамики у каждого пациента.

Нами проведено клиническое исследование гипотензивной активности 2 препаратов: кардиоселективного  $\beta$ -блокатора локрена (французской фирмы Sanofi-synthelabo) и ИАПФ хартила (венгерской фирмы Egis) у больных умеренной АГ. Обследовано 26 больных (19 женщин и 7 мужчин) в среднем возрасте  $52,6 \pm 5,83$  лет с длительностью заболевания  $11,5 \pm 4,5$  лет без признаков выраженной сердечной недостаточности.

До начала исследования у всех больных определяли уровень гликемии, показатели липидного обмена (содержание холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности), ионограмму, проводили ЭХО-кардиографическое исследование, оценивали показатели центральной гемодинамики.

В зависимости от типа нарушения центральной гемодинамики сформированы 2 группы больных. I группу составили 10 пациентов с гиперкинетическим типом гемодинамики. Им назначался локрен в дозе 0,01 г в сутки в течение 10 дней. Во II группу были включены 16 больных с гипокинетическим типом гемодинамики, которые получали хартил также в течение 10 дней по 0,01 г в сутки однократно.

Контролировали уровень АД и ЧСС в 1-й, 7-й и 10-й день от начала лечения.

При анализе результатов установлено, что в I группе систолическое АД (САД) до лечения составило  $170,6 \pm 7,5$  мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) –  $105,4 \pm 4,6$  мм рт.ст., а на 7-й день приема локрена у 8 больных достигло целевого значения – ниже  $140/90$  мм рт. ст. и сохранялось таким до конца исследования. У 2-х пациентов на 7-10 сутки эффект был расценен как удовлетворительный, так как АД снизилось более чем на 10%, но не достигло целевого уровня.

У всех больных наблюдались уменьшение ЧСС в процессе исследования и нормализация сердечного выброса по данным центральной гемодинамики.

Во II группе у всех обследованных под влиянием хартила отмечена стабилизация АД на 7-е сутки САД с  $166,0 \pm 2,82$  снизилось до  $130,8 \pm 3,02$ , а ДАД с  $102,7 \pm 2,17$  до  $79,3 \pm 2,03$ . При оценке показателей центральной гемодинамики выявлена тенденция к снижению общего периферического сопротивления и увеличению сердечного выброса.

Таким образом, результаты настоящего исследования указывают на высокую эффективность локрена и хартила у больных умеренной АГ, а также целесообразность их дифференцированного применения с учетом типа гемодинамики.

## **ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ СРЕДИННОГО НЕРВА**

*Русецкая Е.Э.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра анатомии человека*

*Научный руководитель – Шавель Ж.А.*

Целью нашего исследования явилось изучение топографической анатомии срединного нерва. Нами изучена топография срединного нерва на трех трупах человека. Во всех рассмотренных случаях срединный нерв начинается из двух корешков подключичной части плечевого сплетения – латерального и медиального, которые сливаются на передней поверхности подмышечной артерии, охватывая ее с двух сторон. Нерв сопровождает подмышечную артерию в подмышечной ямке, а затем прилежит к плечевой артерии в медиальной борозде плеча. Вместе с плечевой артерией

в локтевой ямке нерв проходит под апоневрозом двуглавой мышцы плеча, где отдает ветвь локтевому суставу. На предплечье срединный нерв подходит под поверхностный сгибатель пальцев и ложится между ним и глубоким сгибателем пальцев, доходит до лучезапястного сустава и направляется на ладонь. На плече срединный нерв не дает ветвей. Наиболее крупной ветвью срединного нерва на предплечье является передний межкостный нерв, идущий по передней поверхности межкостной перепонки вместе с передней межкостной артерией.

На ладонную поверхность кисти срединный нерв проходит через канал запястья вместе с сухожилиями сгибателей пальцев и под ладонным апоневрозом делится на конечные ветви. Конечными ветвями срединного нерва являются три общих ладонных пальцевых нерва, которые располагаются вдоль первого, второго и третьего межпальцевых промежутков под поверхностной ладонной дугой и ладонным апоневрозом. Общие ладонные пальцевые нервы делятся на 7 собственных ладонных пальцевых нерва, которые идут к обоим сторонам 1, 2, 3 и к лучевой стороне 4 пальца.

Таким образом, во всех изученных нами случаях срединный нерв берет начало от двух пучков плечевого сплетения, не давая ветвей на плече, иннервирует большую часть мышц передней группы предплечья, а также делится на свои конечные ветви на ладонной поверхности кисти.

## МЕТОД РЕВИЗИИ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ДРЕНАЖЕЙ

*Русецкая А.Р.*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Кафедра общей хирургии*

*Научный руководитель – ассист. Милешко М.И.*

**Цель:** Улучшить результаты лечения больных с эндобилиарным дренированием желчных ходов, осложнившимся обтурацией дренажа методом ревизии и восстановления его проходимости с помощью катетера Фогарти под рентгеновским контролем.

В настоящее время для декомпрессии желчных протоков и устранения холемии у больных с длительной механической желтухой используют сочетанные и этапные вмешательства: лапароскопическая холецистостомия, механическая литотрипсия и литоэкстракция, пункционное чрескожно-чреспеченочное дренирование желчных путей под полипозиционным рентгено-телевизионным и ультразвуковым контролем. Все эти методы сопровождаются наружным дренированием желчных путей [Хирургическое лечение холелитиаза у больных с высоким операционным риском. / П.Я. Сандаков [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2002. – Т. 7. – № 1. – с.147–148; Endoscopic sphincterotomy prior to laparoscopic cholecystectomy – five years study / J. Hibal [et. al.] // *The 60<sup>th</sup> Jubilee Congress of The Association of Polish Surgeons / Abstracts.* – Warszawa. – 12-15 IX 2001. – P. 101]. Лечебный эффект от наружного дренирования объясняется устранением желчной гипертензии, отведением наружу токсичной желчи, а также быстрым купированием явлений холангита. Все эти моменты способствуют нормализации гемодинамики в печени и улучшению функции гепатоцитов [Ciesielczyk, B. Algorytm postepowania po przezskornym drenażu dróg żółciowych / B. Ciesielczyk, M. Skommer // *The 60<sup>th</sup> Jubilee Congress of The Association of Polish Surgeons / Abstracts.* – Warszawa, 12-15.IX.2001. – P. 92; Safety and usefulness of percutaneous transhepatic cholecystoscopy examination in high-risk surgical patients with acute cholecystitis / H.J. Kim [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* – 2000. – Vol. 52, N 5. – P. 645–649].