

Давно известно, что иностранные слова часто имеют перед родными синонимами то преимущество, что аттестуют говорящего в социальном плане более высоко. С помощью таких слов человек утверждает свой культурный и общественный авторитет, заявляет свои претензии на культурное и деловое превосходство. Их употребление диктуется желанием подчеркнуть уровень информированности о новом, современном, технически приоритетном. Этот мотив может объяснить в ряде случаев переход от немецких наименований к английским.

#### **Литература**

1. Райхштейн А.Д. Сопоставительный анализ немецкой и русской фразеологии. – М. 1980. – 141 с.
2. Снар В.П. Глагольные соматические фразеологизмы английского языка. – Нежин, 1978. – Автореф. канд. дис.
3. Степанова М.Д., Флейшер В. Теоретические основы словообразования в современном немецком языке, - М. Высш. Школа, 1984. – 264 с.

## **ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА**

***Журко А.И.***

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь  
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Юрченко В.П.*

В последние годы возрастает количество лапароскопических операций на внепеченочных желчных путях. При их выполнении важное значение имеют знания вариантов строения этих органов.

Целью работы явилось изучение вариантов строения общего желчного протока при висцеронорме и висцероптозе.

Работа выполнена на 56 органокомплексах, изъятых у трупов людей различного возраста после определения положения органов брюшной полости. Внепеченочные желчные пути на анатомическом материале изучались путем инъекции рентгенконтрастной массой с последующей рентгенографией, морфометрией и статистической обработкой.

Исследование показало, что при висцеронорме длина общего желчного протока составляла  $8,39 \pm 0,52$  см, а диаметр -  $0,68 \pm 0,05$  см. Длина супрадуоденальной части общего желчного протока -  $0,93 \pm 0,20$  см, ретродуоденальной -  $2,99 \pm 0,80$  см. Панкреатическая часть протока проходила в толще головки поджелудочной железы и ее длина -  $3,07 \pm 0,12$  см. Проток прободал стенку двенадцатиперстной кишки под углом  $65,43 \pm 2,52^\circ$ . Длина интрамуральной части -  $1,50 \pm 0,21$  см. В 22,1% случаев проток открывался в верхнюю треть нисходящей части двенадцатиперстной кишки, в 66,71% - в среднюю и в 11,08% - в нижнюю треть. Угол слияния общего желчного и панкреатического протоков составлял  $65,00 \pm 2,88^\circ$ .

При висцероптозе наблюдалось увеличение длины общего желчного протока ( $11,04 \pm 0,56$  см) и его диаметра ( $1,04 \pm 0,08$  см). Достоверно увеличивалась длина супрадуоденальной части до  $3,20 \pm 0,44$  см. Отмечалось и удлинение его ретродуоденальной части ( $3,75 \pm 0,09$  см), в то время как панкреатическая часть протока укорачивалась до  $2,20 \pm 0,09$  см. При этом проток преимущественно лежал на задней поверхности головки поджелудочной железы. Подходя к двенадцатиперстной кишке, общий желчный проток прободал ее стенку под углом  $30,02 \pm 1,47^\circ$  и открывался в 70,21% случаев в верхней трети нисходящей части кишки. При подобном взаимоотношении протока с кишкой длина его интрамурального отдела увеличивалась до  $1,90 \pm 0,71$  см.

Необходимо отметить, что при висцероптозе элементы печеночно-двенадцатиперстной связки располагаются более плотно друг к другу, что создает возможность их повреждения и это должно учитываться хирургами во время операции.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА И СЕТЧАТКИ**

*Завадский П. Ч. (врач-стажёр, отд. МХГ ГОКБ)*

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

*Ильина С. Н., к.м.н., доцент*

*Иоскевич Н. Н., д. м. н., профессор*

Ишемические заболевания глаза полиэтиологичны, имеют различный патогенез и многоликую клиническую картину. Риск их развития обусловлен анатомическими особенностями микроциркуляторного русла.

Острая ишемия заднего отрезка глаза является следствием стенозов сонной и глазничной артерий, диабетической или гипертонической ангиоретинопатии, дегенеративных изменений сетчатки, травм, побочного действия некоторых лекарственных препаратов и других причин. Она проявляется в виде нарушения кровообращения в ЦАС и ее ветвях, передней и задней ишемической нейрооптикопатии и является острой формой течения глазного ишемического синдрома (ГИС). Учитывая то, что окклюзионно-стенотические поражения являются основной причиной нарушения кровообращения в сонных артериях и сосудах глаза, каротидная эндартерэктомия является патогенетически обоснованной операцией.

Цель работы: изучить эффективность каротидной эндартерэктомии (КЭ) в хирургии окклюзионно-стенотических поражений внутренней сонной артерии (ВСА) у больных с острыми ишемическими состояниями глаза.

Под нашим наблюдением находилось 11 (11 глаз) больных с острым типом течения ГИС, перенесших КЭ. Из них 10 мужчин и 1 женщина. В анамнезе у больных отмечались симптомы преходящей монокулярной слепоты (amaurosis fugax) (n=1), окклюзии центральной артерии сетчатки (n=3) и острой ишемической нейрооптикопатии (n=7). Следует отметить, что у 6 обследуемых в анамнезе были эпизоды транзиторной ишемической атаки, у 3 – малые инфаркты головного мозга.

Комплексная диагностика окклюзионно-стенотических поражений ОСА и ВСА включала исследование неврологического статуса, ЭЭГ, УЗИ сосудов шеи, ангиографию. Диагностика ишемических поражений органа зрения включала визометрию (аппарат Peta), биомикроскопию (Kowa, Япония), офтальмоскопию (Heine Beta 200S, Германия), периметрию (Perimat, Япония) и тонометрию по Маклакову.

Предоперационная подготовка включала назначение ноотропных препаратов (пираретам), дезагрегантов (дипиридамола), средств, улучшающих микроциркуляцию (трентал, реополиглюкин). Также применялись но-шпа, папаверин, эуфилин, галидор, никотиновая кислота, ксантинола никотинат, гепарин (внутримышечно и парабульбарно).

Средняя продолжительность операции составила  $58,2 \pm 6,6$  мин., среднее время пережатия сонной артерии -  $23 \pm 2,2$  мин.

Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не отмечалось. В отдалённом послеоперационном периоде у пациентов с ГИС констатировано улучшение зрительных функций в поражённом глазу. Установлено достоверное увеличение остроты зрения после операции на стороне поражения у пациентов с ОТГ с  $0,16 \pm 0,08$  до  $0,35 \pm 0,09$ .