

enhance predictability and patient satisfaction despite requiring additional planning resources.

АКТУАЛЬНОСТЬ КЛИНИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИАМЕТРА ВНУТРЕННЕЙ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ РЕАНИМАЦИИ

Жук А.И., Хильмон В.И., Шеляг М.А.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
annazhuk339@gmail.com*

Введение. Катетеризация внутренней яремной вены справа – частая манипуляция в отделениях анестезиологии и реанимации, которая необходима для постоянного доступа к венозному руслу, для введения массивной инфузионной терапии, введения концентрированных и гиперосмолярных растворов, инотропных и вазопрессорных препаратов, проведения парентерального питания. В связи с тем, что слева проходит лимфатический грудной проток, предпочтение отдают доступу через правую внутреннюю яремную вену [1].

Цель исследования. Установить наличие связи между параметрами шеи, средним диаметром вены и ее расположением относительно общей сонной артерии; изучить особенности клинической анатомии и взаимного расположения внутренней яремной вены и общей сонной артерии справа, используя УЗИ аппарат.

Материалы и методы. Изучены данные УЗИ сосудов шеи 40 пациентов на базе отделения анестезиологии и реанимации УЗ «ГКБСМП» г. Гродно в 2025 году. Исследуемым проводилось сканирование УЗИ аппаратом GE LOGIQ e правых внутренних яремных вен, в горизонтальном положении лежа на спине с поворотом головы в противоположную сторону линейным датчиком 12L-RS 4,2-13МГц. Длина шеи измерялась от подъязычной кости до яремной вырезки грудины, окружность шеи – на уровне щитовидного хряща с помощью сантиметровой ленты.

Анализ полученных результатов осуществлялся с применением программы STATISTICA 10.0. Достоверность полученных результатов оценивали, используя непараметрические тесты, а для оценки различий между группами – критерий Уилкоксона. Результаты отражены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха: Me [LQ; UQ]. Статистически значимыми межгрупповые различия принимали при $p < 0,05$.

Результаты исследования. По данным некоторых источников имеются 4 типа положения правой внутренней яремной вены относительно общей сонной артерии у взрослых: заднелатеральное – 53%, латеральное – 27%, переднелатеральное – 19% и заднее – 1% [2].

При анализе результатов, которые мы получили при исследовании 40 пациентов, мы обнаружили, что у 23 человек (57,5%) выявлено переднее расположение внутренней яремной вены справа, у 17 (42,5%) – латеральное.

Наиболее встречаемое расположение – переднее, при этом заднее не встречается. Таким образом, мы определили 2 типа положения яремной вены справа относительно общей сонной артерии. Следовательно, результаты наших исследований отличаются от данных литературы, где наиболее типичным является заднелатеральное положение вены. Согласно нашим исследованиям, часто встречаемое положение – переднее. Однако, в связи с малым объемом выборки, заднее расположение вены не выявлено.

У группы №1 (n=23) у которых внутренняя яремная вена располагается спереди от общей сонной артерии среднее значение окружности шеи составило 38 [36; 40,5] см, среднее значение длины шеи составило 10 [9; 11] см.

У группы №2 (n=17) у которых внутренняя яремная вена располагается латерально от общей сонной артерии среднее значение окружности шеи составило 41 [39;46] см, среднее значение длины шеи составило 7 [6; 8] см.

При сравнении групп №1 и №2 окружность шеи по критерию Уилкоксона достоверно больше у пациентов с латеральным расположением вены ($p=0,014$).

При сравнении групп №1 и №2 длина шеи по критерию Уилкоксона достоверно больше у пациентов с передним расположением сосуда ($p=0,0006$).

Помимо изучения вариантной анатомии правой внутренней яремной вены, нами была обнаружена зависимость между диаметром данного сосуда и формами шеи. Методом УЗИ мы измерили наибольший и наименьший диаметр яремной вены справа и вывели средний показатель. Исходя из этого, у пациентов с длинной и узкой шеей средний показатель вошел в промежуток от 0,14 до 1,15 см, с короткой и широкой формой шеи – 0,29-1,41 см. Можно сделать вывод, что конституциональные признаки шеи не дают представление о диаметре внутренней яремной вены. Так же мы не нашли зависимость диаметра вены от возраста пациентов.

Выводы. Согласно нашим данным, существует 2 типа расположения правой яремной вены относительно общей сонной артерии, наиболее часто встречаемое положение – переднее, при этом заднее не встречается. У пациентов с большой окружностью шеи достоверно чаще встречается латеральное расположение сосуда, а переднее - у пациентов с длинной шеей. Конституциональные признаки шеи и возраст исследуемых не дают представление о диаметре внутренней яремной вены.

Литература

1. Самотёсов, П. А. Топографо-ангиометрические особенности внутренних яремных вен человека / П. А. Самотёсов, А. А. Левенец, И. В. Кан // Оренбургский медицинский вестник. – 2014. – Т. 2. № 4. – С. 74–78.
2. Чечулин, А. А. Вариантная анатомия правой внутренней яремной вены / А. А. Чечулин// Минск: БГМУ. – 2018. – С. 3.

THE RELEVANCE OF CLINICAL DETERMINATION OF THE DIAMETER OF THE INTERNAL JUGULAR VEIN IN INTENSIVE CARE PATIENTS

Zhuk A.I., Khilmon V.I., Shelyag M.A.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

annazhuk339@gmail.com

This article highlights the importance of clinically determining the diameter and location of the internal carotid artery in patients in the intensive care unit. Based on ultrasound examinations of the vessels of the neck using statistical criteria, a correlation was established and proved between the parameters of the neck and the location of the internal jugular vein relative to the common carotid artery.

АНАЛИЗ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА РАН ПЕЧЕНИ МОНОПОЛЯРНОЙ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЕЙ

Жук А.И., Петухов З.А., Тарасюк Б.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

annazhuk339@gmail.com

Введение. Электрокоагуляция в качестве метода окончательного гемостаза ран печени не теряет своей актуальности в клинической практике. Однако по-прежнему сохраняется проблематичность в определении четких временных интервалов применения данного вида гемостаза.

Цель исследования. Проанализировать патогистологические изменения паренхимы печени в зависимости от времени воздействия монополярной электрокоагуляции.

Материалы и методы. Материалом для изучения были 6 белых крыс. В условиях операционной под кетаминным наркозом (0,1мл на 100 гр.) у крыс производили лапаротомию, мобилизацию доли печени, моделирование раны 1,0x0,5см и гемостаз электрокоагулятором ветеринарным «Панда-105» в монополярном режиме 6. У крыс 1-й группы гемостаз осуществляли в течение 2 секунд; 2-й – 5 секунд. На 7-е, 14-е и 30-е сутки выводили крыс из эксперимента, на аутопсии оценивали макрокартину и брали кусочки из зоны гемостаза для изучения патоморфологических изменений, фиксировали их в 10% растворе формалина, изготавливали срезы, окрашивали гематоксилин-эозином. Затем оценивали результаты с помощью световой микроскопии.

Результаты исследования. В обеих группах летальных случаев не было. Во всех сроках на вскрытии выпота в брюшной полости, признаков кровотечения, абсцессов не выявляли.

1-я группа. 7-е сутки: спайки между сальником и печенью, в области раны белесоватый рубец. Коагуляционный некроз занимает значительную площадь гистологического среза, подвергся организации за счет перифокального разрастания соединительной ткани. Воспалительный инфильтрат выражен слабо и представлен преимущественно гистиоцитами с примесью гигантских