

несвоевременное излитие околоплодных вод в 32 случаях (ОГА - 3, ХГВ - 5, ХГС - 16, ХГ-3, ХБ – 5).

Пренатальная гипотрофия плода наблюдалась в 5 случаях (ХГС-3, ХГ – 1, ХБ – 1). Маловесные к сроку гестации плоды в 4-х (ОГА – 1, ХГС – 2, ХБ – 1).

Таким образом, характер гепатобилиарной патологии у беременных был достаточно разнообразным и четко прослеживалось отягощающее её влияние на течение беременности и родов, что требует тщательного наблюдения как инфекционистами, так и акушер-гинекологами. Благодаря своевременному родоразрешению пациенток с заболеваниями гепатобилиарной системы не было случаев перинатальных потерь.

Литература:

1. Фарбер Н.А., Мартынов К.А., Гуртовой Б.Л. Вирусные гепатиты у беременных. – М.: Медицина, 1990. – 208 с.

2. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 860 с.

НОРМАЛЬНАЯ АНАТОМИЯ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА ПЛОДОВ И НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Юрина Е.В., Мордасевич И.В., Насевич Е.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

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

Работ по нормальной анатомии голеностопного сустава у плодов и новорожденных очень мало. Даже в специальных анатомических руководствах строение данного соединения описано весьма скромно. Гораздо чаще описание анатомической картины сустава можно встретить при различных патологических состояниях, например, таких как врожденная косолапость, когда в процесс вовлекаются структурные элементы голеностопного сустава.

Целью нашей работы стало изучение формирования нормального артротипа голеностопного сустава у плодов и умерших новорожденных детей.

Объектом для исследования послужили препараты нижних конечностей, взятых от плодов и новорожденных без видимых пороков развития, умерших от асфиксии и родовой травмы – 20 препаратов. Методы исследования - макромикроскопическое препарирование, морфометрия.

В образовании голеностопного сустава принимают участие большеберцовая и малоберцовая кости, а также блок таранной кости. Последний у новорожденных имеет форму неправильной трапеции, передний размер суставной поверхности блока больше заднего. Высота блока тоже неодинакова: по наружной поверхности она несколько больше, чем по внутренней. Длина и толщина латеральной лодыжки больше, чем медиальной. Зато по ширине последняя несколько превосходит латеральную лодыжку. Блок таранной кости и обе лодыжки у плодов и новорожденных еще хрящевые, хотя в блоке уже имеется ядро окостенения. Капсула голеностопного сустава достаточно тонкая, в пределах 1 мм. Наружные связки сустава еще не полностью оформлены, представлены нежными фиброзными пучками, в большинстве случаев выделяются из капсулы посредством препарирования. Самой развитой в суставе является медиальная (дельтовидная) связка. Степень ее выраженности колеблется от фиксируемого утолщения медиального участка суставной капсулы и до выделения четких отдельных пучков к пяточной, таранной и ладьевидной костям. Из латеральной группы связок самой выраженной и относительно прочной является задняя таранно-малоберцовая связка. Аналогичная передняя связка по своему развитию уступает задней связке. Пяточно-малоберцовая связка выражена слабо и представляет собой уплощенный неширокий тяж.

Вывод. Результаты анатомического исследования голеностопного

сустава у плодов и новорожденных позволили нам описать его нормальный артротип, характеризующийся полным и правильным развитием всех анатомических элементов сустава, предназначенных для выполнения адекватной голеностопному суставу функции.

К ВОПРОСУ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Юрина Е.В., Антонович В.Ю., Ярмущик А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра патофизиологии

Научный руководитель - к.м.н., доцент К.А. Эйсмонт

В основе острого панкреатита (ОП) лежит остро развивающийся воспалительный процесс, сопровождающийся развитием некробиотических процессов (аутолиз) в ткани поджелудочной железы (ПЖЖ). Воспалительный процесс может быть асептическим или к нему присоединяется бактериальная флора. Заболевание это наблюдается обычно в среднем возрасте (30-60 лет). ОП, как правило, встречается у тучных людей, начинается приступом сильнейших болей в животе, возникающих остро и внезапно, часто после погрешности в диете.

Несмотря на успехи современной медицины, проблема панкреатита является до настоящего времени актуальной. Число больных ОП составляет 4-9 % среди больных с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости [Брехов Е.И. и др., 1998].

Развитие учения об этиологии и патогенезе панкреатитов можно рассматривать в историческом аспекте. По данным Чаплинского В.В. и др. (1972) еще в конце XIX века выдвинута проточно-ферментативная теория патогенеза ОП. Сущность этой теории в том, что ОП возникает из-за затруднения оттока желчи и сока ПЖЖ в двенадцатиперстную кишку (ДПК). Возникающая из-за этого гипертензия способствует затеканию желчи и содержимого ДПК («рефлюкс») в протоки железы с