

Материалы и методы исследования. Для данного исследования была отобрана группа пациентов УЗ "ГОКБ", которым проводилось хирургическое лечение паховой грыжи в 2015 г. Группа состояла из 40 пациентов мужского пола, в возрасте от 26 до 78 лет (средний возраст 52 года). В 24 случаях грыжа была косая, в 16 - прямая, у двух пациентов пахово-мошоночная. Рецидивных грыж было 11, скользящих - 3. 20 пациентам была выполнена герниопластика по Лихтенштейну, другим 20 - методом ТАРР. Среди данных пациентов был проведен телефонный опрос с помощью неспецифической анкеты SF-36 (The ShortForm 36). Данная анкета оценивает физическое и психическое составляющие здоровья. В нашем исследовании был выбран физический компонент для оценки качества жизни оперированных пациентов.

Результаты. В результате анализа анкет выявлено, что через год после операции по методу ТАРР и Лихтенштейну показатели физического компонента здоровья практически не различались. После операции по методу Лихтенштейна продолжительность болевого синдрома составила до 1 недели у 76% и до 3-х недель у 24%; рецидив боли, вызванный тяжелой физической нагрузкой, отмечался у 6,5%. После операций ТАРР болевой синдром по длительности составил меньше 1 недели у 87% и до 3-х недель у 13%; возобновление боли отмечалось у 3,1%. Все пациенты, за исключением тех, у кого возник рецидив боли, вернулись к нормальной повседневной физической активности.

Выводы. Герниопластики методами ТАРР и Лихтенштейна обеспечивают быструю реабилитацию пациентов, являются эффективными и безопасными, что позволяет широко применять их в лечении паховых грыж.

Литература

1. Алишихов Ш.А. Результаты применения протезирующих паховых герниопластик / Москва. ЗАО «Изд-во ИКАР». - 2010. – С. 21–23.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

Киселевская А.Ю.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель - к.м.н., доц. Ложко П.М.*

Актуальность. Рост количества оперативных вмешательств в пределах гепатобилиарной и панкреатодуоденальной зон повышает актуальность знаний топографии локальных трубчатых образований, в частности воротной вены (ВВ). Начало ВВ подвержено существенным различиям, обусловленным влиянием патологических процессов. Так, при атрофическом циррозе ворота печени поднимаются высоко, ствол ВВ удлиняется и место ее деления проецируется на уровне Th10 позвонка. При энтероптозе,

увеличении размеров печени ее ворота опускаются и проекция места деления ВВ определяется на уровне L1-2 позвонков.

Цель исследования – изучить топографо-анатомические особенности формирования воротной вены у человека.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на 12 органокомплексах желудочно-кишечного тракта трупов людей путем макропрепарирования, а также на 5 рентгенограммах.

Результаты. Корнями ВВ в классическом варианте являются три вены: селезеночная, верхняя брыжеечная и нижняя брыжеечная. В нашем исследовании формирование ствола ВВ происходило позади поджелудочной железы путем слияния ее корней. Порядок соединения корней ВВ индивидуален. Наиболее часто (90%) обнаруживалось слияние селезеночной и верхней брыжеечной вен. При этом нижняя брыжеечная вена впадала или в верхнюю брыжеечную (52%), или в селезеночную вену (38%). Лишь в 10% ствол ВВ формировался всеми тремя корнями. По И. Л. Серапинасу [1] нижняя брыжеечная вена в 60,7% наблюдений впадает в селезеночную вену, в 39,3% - в угол слияния верхней брыжеечной и селезеночной вен или в верхнюю брыжеечную. Ствол ВВ далее проходил в печеночно-двенадцатиперстной связке до ворот печени, где разветвлялся на долевые, секторальные, а затем на сегментарные вены. Взаимоотношения ствола ВВ и поджелудочной железы было различно: в 38% наблюдений начальная часть ВВ лежала позади головки поджелудочной железы, в 40% ВВ проходила в довольно глубокой борозде на задней поверхности железы, в 22% - находилась в толще паренхимы железы. Верхняя поджелудочно-двенадцатиперстная вена, препилорическая, правая и левая желудочные вены впадали в ствол ВВ. Длина ствола ВВ варьировала в пределах 3 -9 см, а диаметр 9-21мм. У мужчин ВВ короче и толще, чем у женщин. От головки поджелудочной железы ВВ направлялась вверх и вправо сначала позади верхней части двенадцатиперстной кишки, а выше нее следовала к воротам печени в печеночно-двенадцатиперстной связке, залегая между общим желчным протоком (справа) и печеночной артерией (слева). Встречались иные взаимоотношения ВВ с окружающими органами: расположение ее впереди общего желчного протока и печеночной артерии (1 случай). Сзади и слева ВВ перекрещивалась с нижней полой веной. Их продольные оси составляли очень острый угол (менее 15°), в двух случаях они располагались под большим углом (45°). Такую особенность важно учитывать при операции наложения порто-кавального анастомоза. В большинстве случаев начало ВВ проецируется справа от тела L2 позвонка, а место разветвления - на уровне Th11-12 позвонков. По топографо-анатомическим признакам в ВВ можно выделить три части: ретропанкреатическую, ретродуоденальную, связочную.

Выводы. Таким образом, полученные данные подтверждают вариабельность анатомии воротной вены, ее корней и притоков, что необходимо учитывать при хирургических вмешательствах в данной области.

Литература

1. Серапинас, И. Л. Воротная вена в норме, при циррозе печени и раке /И.Л.Серапинас // Вестник хирургии.— 1967г. - т. 98. - № 4. -с. 30.

МОДЕЛИРОВАНИЕ УПРОЩЕННОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ СХЕМЫ АППАРАТА ДЛЯ ЭЛЕКТРОСНА

Кисель В.В., Гецевич Д.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Научный руководитель – ст.препод. Лукашик Е.Я.

Современные программные средства позволяют моделировать электронные схемы аппаратов медицинской техники, которые в условиях дефицита приборной и элементной базы дают возможность эффективно изучать их принцип работы.

Актуальность. Использование симуляторов электронных схем позволяет создавать виртуальные электронные устройства медицинской техники.

Целью работы является создание и изучение упрощенной электрической схемы аппарата для электросна с помощью электронного симулятора Electronics Workbench (EWB).

Результаты исследования и их обсуждение. Электросон– метод электролечения, заключающийся в воздействии на нервную систему импульсными токами прямоугольной формы, длительностью 0,2-0,3 мс при частоте их от 1 до 150 Гц.

При создании электронной схемы Electronics Workbench (EWB) позволяет: выбирать, перемещать, копировать, вставлять или удалять элементы, фрагменты схем, одновременно подключать несколько измерительных приборов и наблюдать их показания на экране монитора.

Электрическая схема аппарата для электросна содержит мультивибратор, формирователь, усилитель прямоугольных импульсов. С выхода мультивибратора прямоугольные импульсы после дифференцирования поступают на вход ограничителя – формирователя, таким образом, создаются прямоугольные импульсы длительностью 0,5 мс. Прямоугольные импульсы усиливаются выходным усилителем. Схема аппарата представляет упрощенную электронную схему устройства с элементами управления параметрами выходного сигнала: амплитуды, частоты, длительности. К выходу схемы подключен двухканальный осциллограф для визуализации и определения параметров выходного сигнала. Манипулируя элементами управления устройства (переменными резисторами), можно изменять параметры сигнала, отображаемого на экране осциллографа, т.е. можно видеть изменения формы сигнала и определять его параметры.

Таким образом, разработанная виртуальная электронная схема аппарата для электросна может применяться для демонстрации при изучении