

ты представлены в виде средней арифметической и стандартной ошибки, и обработаны непараметрическими методами в программе Statistica 6.0.

Результаты. Средние значения плотности ДКМ-трансплантата в группе: после операции $116 \pm 0,86$ НУ; через 6 месяцев $157 \pm 0,88$ НУ; через 12 месяцев $192 \pm 1,58$ НУ. Как видно из приведенных данных, плотность ДКМ-трансплантата увеличивается как к 6 месяцам (+35,3%), так и к 12 месяцам (+22,3%) (Wilcoxon test, $p < 0,001$). Это связано, в первую очередь, с особенностями данного костно-пластического материала и отсутствием в его репаративном процессе стадии деминерализации.

Выводы: Из приведенных данных можно сделать вывод, что использование аллопластического материала в виде ДКМ в комбинации с губчатым ауто-, аллотрансплантатом предпочтительный вариант, так как структура ДКМ позволяет улучшить репаративный процесс, который проявляется в сокращении сроков перестройки трансплантатов и способствует быстрейшему формированию полноценного спондилодеза в оперированном сегменте позвоночного столба.

Литература:

1. Иванцов, В.А. Стимуляция остеогенеза при дефектах костей деминерализованным костным матриксом / В.А. Иванцов // Здоровоохранение Беларуси. – 1995. – № 4. – С. 12-14.
2. Кирилова И.А. Деминерализованный костный трансплантат, как стимулятор остеогенеза: современные концепции / И.А. Кирилова // Хирургия позвоночника. 2004. - №3. - С. 105-110.
3. Frenkel SR, Moskovitch R, Spivak J, et al: Demineralized bone matrix enhancement of spinal fusion. Spine 18:1634-1639, 1993.

ИЗМЕНЕНИЯ ПРИВЫЧНОГО ХОДА ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Латушко Д.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра нормальной анатомии

Научный руководитель – канд. мед. наук Гаджиева Ф.Г.

Актуальность. Лучевая артерия меньше, чем локтевая, хотя и более соответствует непосредственному продолжению плечевой артерии. Ветви лучевой артерии являются основным источником для кровоснабжения большого пальца и латеральной части указательного пальца. Вариации начала лучевой артерии описаны многими авторами, но процент встречаемости отличается у ряда исследователей и колеблется от 4% до 13,8% [1, 2].

По сравнению с вариантами начала лучевой артерии, варианты хода лучевой артерии встречаются довольно редко, и в основном касаются её дистальной части.

Цель: установить особенности хода лучевой артерии у людей.

Задачи и методы. Провести анализ топографии лучевой артерии человека. Исследование проводилось на 60 верхних конечностях трупов взрослых людей методами макро и микро-препарирования. Статистическая обработка осуществлялась с использованием пакетов компьютерных программ «Microsoft Excel'2007» и «Statistica 6.0».

Результаты и выводы. Анализ результатов исследования позволил нам определить три варианта анатомии лучевой артерии: 1) высокое начало; 2) поверхностное положение; 3) удлинение ствола лучевой артерии с образованием s-образных изгибов.

Удлинение ствола лучевой артерии с образованием изгибов выявлено в 4 случаях (6,6%): на трех женских и одной мужской ВК ($\chi^2=0,90$, $p=0,3417$), при равной встречаемости по стороне исследования. При этом в большинстве случаев (75%) лучевая артерия начиналась в локтевой ямке и занимала привычное положение на предплечье. Наличие изгибов магистральных артерий может способствовать нарушению ламинарности течения крови, появлению завихрений кровотока и стать причиной изменения трофики тканей, а иногда привести к развитию тромбов.

Литература:

1. Гаджиева, Ф. Г. Топографоанатомические особенности магистральных артерий верхних конечностей новорожденных / Ф. Г. Гаджиева // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – Т. 12, № 4. – 2013. – С. 6–10.
2. Эмболии бифуркации аорты и магистральных артерий конечностей: уроки прошлого и современные тенденции в решении проблемы / М.В. Мельников [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2013. – Т. 19, № 1. – С. 153–156.

ПУТИ ЛИМФОГЕННОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Майоров А.Д. Кендыш Е.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент Ложко П.М.

Актуальность. ак толстой кишки занимает 3-4 место среди злокачественных образований всего желудочно-кишечного тракта, пропуская вперед злокачественные образования, локализующиеся в желудке, пищеводе и прямой кишке. По данным правая половина толстой кишки поражается злокачественным процессом в 36,6%, левая - в 42,7% случаев. Основным путем метастазирования опухоли толстой кишки является лимфогенный.

Целью исследования: явилось изучение путей распространения рака ободочной кишки по регионарной лимфатической системе.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты КТ-исследования 30 пациентов с раком ободочной кишки. Среди них было 17 женщин и 13 мужчин, в возрасте от 54 до 63 лет. Локализация рака ободочной кишки была следующая: слепая кишка – 1 пациент, восходящий отдел – 3, печеночный угол – 4, поперечно-ободочная кишка – 4, селезеночный угол – 3, нисходящий отдел – 3, сигмовидная кишка – 12.

Результаты. Выделяют следующие группы лимфатических узлов: эпиколические (локализуются по стенке ободочной кишки); параколические (локализуются по ходу краевого сосуда, питающего определенный сегмент кишки); промежуточные (располагаются вдоль основных ветвей мезентериальных артерий, питающих определенный отдел ободочной кишки); базальные (локализуются в устье мезентериальных артерий). Далее лимфоотток идет в лимфатические узлы, расположенные вдоль брюшной аорты. Визуализация при КТ-исследовании измененных эпиколических и параколических лимфатических узлов не имеет большой клинической значимости, так как при операциях эти группы лимфоузлов всегда резецируются единым блоком вместе с первичной опухолью. Для выбора тактики лечения на дооперационном этапе, при решении вопроса о применении лучевой терапии, важное значение имеет выявление промежуточных и базальных групп лимфоузлов. При раке слепой кишки на КТ-сканах анализировали лимфоузлы по ходу а.ileocolica, а.mesenterica superior и забрюшинное пространство у основания брыжейки тонкой кишки. При раке восходящего отдела, печеночного угла и правой половины поперечного отдела ободочной кишки – вокруг а.colica dextra, а также вокруг двенадцатиперстной кишки, головки поджелудочной железы и в корне а.mesenterica superior. При раке левой половины поперечного отдела ободочной кишки и ее селезеночного угла при КТ-исследовании следует внимательно изучить зону брыжейки поперечно-ободочной кишки, где лимфоузлы локализуются вдоль левых ветвей а.colica media, зону желудочно-толстокишечного ствола впереди головки поджелудочной железы. При раке левой половины ободочной кишки и сигмовидной кишки лимфатические узлы по ходу а.colica sinistra, а.а.sigmoideaea, а также зону а.mesenterica inferior. При всех локализациях рака ободочной кишки необходимо обязательно просматривать группу забрюшинных лимфоузлов (парааортальные, межаортакавадные и паракавадные).

Выводы. Таким образом, знание КТ-анатомии лимфатических путей ободочной кишки, позволяет повысить точность диагностики лимфогенного метастазирования рака ободочной кишки и выбрать необходимый объем лечебных мероприятий.

Литература: