

хронической венозной недостаточностью (ХВН) и примерно 40 000 человек страдают трофическими язвами венозного генеза (ПТФБ). Большая распространенность данной патологии, неудовлетворенность хирургов результатами лечения оставляют эту проблему в числе приоритетных и актуальных.

2. ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установить причины развития трофических язв при ХВН и ПТФБ нижних конечностей у исследуемых пациентов, оценить эффективность разработанного и применяющегося в клинике комплексного хирургического и консервативного методов лечения и на основе полученных результатов обосновать и предложить более эффективные методики для оптимизации лечения этой тяжелой категории больных.

3. ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

548 пациентов, страдающих хронической венозной недостаточностью (ХВН) и посттромбофлебитической болезнью (ПТФБ) нижних конечностей, осложненных развитием трофических язв. Мужчин было 105 (19,2%), женщин – 443 (80,8%), в возрасте от 39 до 90 лет. Повторно госпитализированы в стационар (2 и более раз) 31% пациентов. Длительность болезни с язвообразованием от 6 до 17 лет.

4. РЕЗУЛЬТАТЫ

Учитывая патогенетические механизмы развития ХВН и ПТФБ нижних конечностей и причины, вызывающие постоянное прогрессирование болезни, профилактика, лечение и реабилитация пациентов при данной патологии должны базироваться на системном комплексном своевременном современном подходе к лечению. Попытка изолированного воздействия на отдельные проявления болезни (отеки, варикозные вены, трофические язвы и др.), как правило, не эффективны.

Литература

1. Баешко, А.А. Послеоперационный тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тромбоэмболия легочной артерии / А.А. Баешко. – М: «Триада», 2000. – 136 с.
2. Воевода, М.Т. Профилактика и лечение тромбоза глубоких вен / М.Т. Воевода, А.А. Баешко // Минск: «Белпринт», 2006. – С.5–10.

©БГМУ

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ БИФУРКАЦИИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ЧЕРЕПА ЧЕЛОВЕКА

А.К. БАРСУМЯН, Д.В. ШАВЛЮК, Н.А. ТРУШЕЛЬ, В.В. ЛУКЪЯНИЦА

Revealed the regularity of morphological, morphometric and topographic structure of bifurcation of the common carotid artery and its branches. A database of morphometric parameters of arteries, which are involved in bifurcation of the common carotid artery, was made. A comparative morphological study of vessels of bifurcation of the common carotid artery of an adult was done according to cephalic index by Shevkunenko and the morphometric characteristics were carried out. The obtained topographic, morphological, and morphometric data was analysed

Ключевые слова: бифуркация, черепной индекс, вариации, диаметр, турбулентность

Актуальность данного исследования обусловлена высокой частотой ишемических нарушений мозгового кровообращения [3]. Одной из причин болезни и гибели человека является образование в сонных артериях атеросклеротических бляшек, их дальнейшее разрушение и отрыв, что ведет к тромбозу сосудов головного мозга, и как следствие ишемическому инсульту [1]. В последнее время, в развитых странах все шире применяются хирургические методы лечения, такие как удаление атеросклеротических бляшек, шунтирование, резекция патологической извитости и т.п. [3]. Поэтому морфологическое и морфометрическое изучение областей бифуркации общих сонных артерий является важным и актуальным.

При помощи физического моделирования с использованием модели стеклянной трубки, соответствующей строению бифуркации общей сонной артерии, в области ее раздвоения происходит завихрение потока жидкости, как в области апикального угла бифуркации, так и в области латеральных углов. В области апикального угла скорость взвеси измельченных кофейных зерен больше, в результате чего стенка общей сонной артерии подвержена большей травматизации (повреждение эндотелия). В области латеральных углов происходит замедленное и более выраженное завихрение взвеси измельченных кофейных зерен. Однако скорость потока здесь меньше, что способствует большему соприкосновению потока жидкости со стенкой сосуда. Повреждение эндотелия в результате травматизации стенки сосуда в области бифуркации общей сонной артерии способствует проникновению сюда компонентов крови и появлению интимальных утолщений, которые, как правило, трансформируются в атеросклеротические бляшки, что подтверждается данными литературы [2].

Выводы:

1. Область бифуркации общей сонной артерии характеризуется вариабельностью строения в зависимости от конституциональных особенностей черепа человека. Угол бифуркации общей сонной артерии наибольший у людей, имеющих долихокранную форму черепа, что вероятно обусловлено наибольшим переднезадним размером черепа; наименьший угол - у брахикранов, а у мезокранов он занимает промежуточное значение.

2. Диаметр бифуркации сонной артерии больше у долихокранов по сравнению с мезо- и брахикранами.

3. Верхняя щитовидная артерия у долихокранов, как правило, отходит выше бифуркации общей сонной артерии, чем у мезо- и брахикранов.

4. Диаметр общей и внутренней сонных артерий у людей с долихокранной формой черепа больше по сравнению с мезо- и брахикранами.

5. Методом физического моделирования кровотока можно изучать направление потоков крови в области бифуркации общей сонной артерии, что помогает объяснить патогенез возникновения атеросклеротических бляшек.

Литература

1. Арабидзе, Г.Г. Атеросклероз / Г.Г. Арабидзе [и др.]. – М., 2005.
2. Павлова, О.Е. Гемодинамика и механическое поведение бифуркации сонной артерии с патологической извитостью / О. Е. Павлова [и др.]. – Саратов, 2010.
3. Safar, M.E. Atherosclerosis, Large Arteries and Cardiovascular Risk / M. E. Safar [et al.]. – Basel, 2007.

©БГМУ

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БОЛЬНЫХ СКАРЛАТИНОЙ ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

А.О. БАТАНОВА, Р.Н. МАНКЕВИЧ

This study is induced for examination of clinical and laboratory features in progress of scarlet fever in children in our days

Ключевые слова: скарлатина, β-гемолитический стрептококк группы А, дети

Широкая распространенность заболеваний стрептококковой этиологии, рост заболеваемости, высокие экономические затраты, связанные с лечением пациентов с осложнениями стрептококковой инфекции, свидетельствуют об актуальности данной проблемы в современных условиях и обосновывают необходимость более детального изучения клинико-лабораторных проявлений скарлатины. Полученные в результате исследований данные позволяют улучшить качество диагностики этого заболевания практическими врачами.

Целью исследования является установление клинико-лабораторных особенностей течения скарлатины у детей на современном этапе.

В данном исследовании проведен ретроспективный анализ 147 «Медицинских карт стационарного больного» детей, находившихся на лечении в УЗ «ГДИКБ» г. Минска в 2010–2011 годах, у которых диагнозом направления или заключительным диагнозом была «скарлатина». В дальнейшем в группу исследования вошли 90 детей, у которых был подтвержден диагноз скарлатины. Верификация диагноза осуществлялась на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных.

Результаты выполненного исследования позволяют сделать следующие выводы:

- В настоящее время имеет место низкая настороженность врачей неинфекционного профиля в отношении скарлатины.
- Современное течение скарлатины характеризуется:
 - острым началом, средней степенью тяжести течения заболевания;
 - в начальном периоде болезни – повышением температуры тела выше 38°C в течение 3-4 дней; отсутствием выраженного синдрома интоксикации; наличием налета на языке в течение 5-6 дней [1, с. 12]; «пылающим» зевом с фолликулярным или лакунарным тонзиллитом не более 2 дней, регионарным лимфаденитом;
 - в периоде высыпаний – мелкоточечной сыпью на сгибателях со сгущением в естественных складках [1, с. 12], которая появляется в первые двое суток заболевания и исчезает к шестым суткам [2, с. 106];
 - в периоде реконвалесценции – «малиновым» языком и у половины пациентов шелушением;
 - достоверным повышением уровня лейкоцитов, нейтрофилов, СОЭ в периферической крови в начале заболевания.