

СЕКЦИЯ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА

РАЗРЫВ ЛОБКОВОГО СИМФИЗА У ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Афанасьев Г.А.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Смирнова О.Ю.

Кафедра анатомии человека

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: во время беременности организм женщины меняется. Некоторые изменения очевидны, а некоторые не очень. В акушерской практике известны изменения связанные с лонным сочленением, одним из которых является симфизит. Это воспаление лонного сочленения в результате чего происходит разрыв лобкового симфиза (РЛС).

Цель исследования: обобщить и проанализировать опубликованную в научной литературе информацию и представить современные взгляды на причины, диагностику и лечебную тактику при РЛС во время беременности и после родов.

Материалы и методы: были изучены научные статьи, рентгенограммы и истории болезни пациенток в женской консультации № 9 (Большеохтинский пр. 33/3).

Результаты: увеличение расстояния хряща во время беременности наблюдается у 59–94% пациентов и начинается в начале 1-го триместра. Распространенность расхождений лонного сочленения варьирует и составляет, по данным различных источников, от 0,003 до 37,5%. В среднем ширина диастаза при РЛС составляет 20 мм, однако описаны случаи расхождений симфиза до 120 мм и крестцово-подвздошных сочленений до 40 мм. Среди пациенток с РЛС первая степень встречается в 76,5%, вторая в 15,7%, третья в 7,8% случаев.

Выводы: Расхождение лонного сочленения является одним из специфических осложнений во время беременности и родов, которое не угрожает жизни, но способно, ухудшить качество жизни, затруднить или сделать невозможным уход за ребенком, а в некоторых случаях — на длительный срок приковать к постели.

Литература

1. Расхождение лонного сочленения при беременности и родах (обзор литературы) А.Л. Петрушин, А.В. Прялухина.
2. Е.В. Мозговая, М.А. Кучеренко, А.М. Гзгзян, А.Г. Дедуль Оценка влияния препарата кальция на клинические симптомы и уровень маркеров костной резорбции при симфизиопатиях у женщин в III триместре беременности.
3. Дефицит магния в акушерстве и гинекологии Дадак К.

ВАЖНОСТЬ ЗНАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СТРОЕНИЯ КЛАПАНСОДЕРЖАЩЕЙ ОБЛАСТИ АОРТЫ ДЛЯ КАРДИОХИРУРГА

Белоконь В.Д., Гафиагулин М.Р., Прохорычева А.А., Карлиев Г.Т., Эрматова Г.И.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Карелина Н.Р., врач Артюх Л.Ю.

Кафедра анатомии человека

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение: главные причины смерти и инвалидности населения во всем мире — сердечно-сосудистые заболевания [1], на ряду с ишемической болезнью сердца значимыми являются поражения клапанного аппарата сердца. В мире не существует полноценных сведений о распространенности пороков клапанов сердца. Согласно сведениям, в 2013 году по сравнению

с 2012 г. число прооперированных в связи с приобретенной патологией сердца увеличилось на 5,9%. В 2013 году в РФ прооперировано 10534 пациента, из них с патологией клапана аорты — 6274 пациента.

Основная часть: среди всех пороков клапанов сердца ведущее место принадлежит патологии корня аорты (КА), который находится практически в анатомическом центре мышечного массива сердца. Корень аорты — это клапан аорты с фиброзным кольцом, синусы Вальсальвы, синотубулярное соединение [2]. При изучении клапана аорты, как запирающего элемента выходного тракта левого желудочка, группой авторов (Дземешкевич С.Л., 2004, Константинов Б.А., 1989, Anderson R.H., 1991, Brewer R.J., 1976) были сделаны выводы о необходимости изучения этих структур как единого анатомо-функционального комплекса. В основе этих структур лежит насилие прочного каркаса, состоящего из плотно прилегающих друг к другу коллагеновых структур и внешних структур (стенки синусов, створки)[2]. Каркас корня аорты — единый комплекс, состоящий из прочных фиброзных элементов и фиброзного основания створок клапана. При всем этом в мире до сих пор не существует единого мнения о том, как лучше всего рассматривать структуры корня аорты. Знания анатомии корня аорты имеет ведущее значение при таких патологических состояниях: 1. аортальный стеноз, аортальная недостаточность, ревматическое и инфекционное поражение; 2. дисплазия соединительной ткани; 3. Врожденном пороке клапана аорты (двухстворчатый аортальный клапан); 4. аневризмах корня аорты и восходящего отдела аорты и пр.

Заключение: хирургия корня аорты — одна из наиболее сложных и требующих внимания разделов кардиохирургии. Кардиохирург сможет успешно провести оперативное вмешательство и достичь хороших результатов при условии абсолютного знания анатомии КА и этиопатогенеза патологического процесса в этой области[2].

Литература

1. Марченко С.П. Реконструктивная хирургия атриовентрикулярных клапанов сердца. Автореф. дис... доктор.мед.наук. Санкт-Петербург, 2008.
2. Рассейкин Е.В. Клапаносодержащий конduit в хирургии аорты. Дис... доктор. мед. наук. Москва, 2014.
3. Шихвердиев Н.Н., Г.Г. Хубулава, С.П. Марченко. Лечение пациентов кардиологического профиля. Современные хирургические возможности («кардиохирургия для кардиологов»). Раздел 2. Хирургическое лечение сердечной недостаточности, обусловленное наличием пороков сердца. СПб., 2011. 179 с.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СИНОВИАЛЬНЫХ ВЛАГАЛИЩ В ОБЛАСТИ СТОПЫ

Березкина Н.А., Киселев В.С.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Карелина Н.Р.

Кафедра анатомии человека

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение: строение синовиальных влагалищ до настоящего времени остается недостаточно изученным. Однако знание тонкой организации футляров вокруг сухожилий мышц необходимо для успешного лечения травм в области голеностопного сустава.

Основная часть: известны следующие синовиальные влагалища в области голеностопного сустава: с латеральной стороны лодыжки — общее синовиальное влагалище малоберцовых мышц; с медиальной стороны лодыжки — влагалище сухожилия задней большеберцовой мышцы, влагалище сухожилий длинного сгибателя пальцев стопы; на тыле стопы — влагалище сухожилия передней большеберцовой мышцы, влагалище сухожилия длинного разгибателя большого пальца стопы, влагалище сухожилий длинного разгибателя пальцев стопы; на подошве стопы — подошвенное влагалище сухожилия длинной малоберцовой мышцы и синовиальные влагалища сухожилий пальцев стопы. Синовиальное влагалище — это замкнутый соединительнотканый мешок, заполненный синовиальной жидкостью, состоящий из висцерального листка (эпитекона), покрывающего сухожилие с тех сторон, где оно не прилежит к кости, и парие-