

УДК 611.137.83

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВНУТРИТАЗОВЫХ ВЕТВЕЙ ВЕРХНЕЙ ЯГОДИЧНОЙ АРТЕРИИ У МУЖЧИН БРАХИМОРФНОГО СОМАТОТИПА

Радецкая К. А., Дорощенко В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. В. Кузьменко

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В современных специализированных литературных источниках, которые предоставляют сведения по вариантной анатомии сосудов таза, основное внимание при анализе данных, касающихся верхней ягодичной артерии (ВЯА), направлено на оценку вариантов отхождения этой артерии и ее морфометрических характеристик [1, 3]. Некоторые авторы поверхностно касаются вопроса отхождения внутритазовых ветвей от ВЯА, таких как подвздошно-поясничная (ППА), боковая крестцовая артерия (БКА), мышечных ветвей и различных анастомозов этого сосуда [2, 3]. При этом специалисты не указывают ни частоты отхождения внутритазовых ветвей ВЯА, ни их место расположения. Отсутствие этой информации ведет к пролонгации оперативного приема при эндоваскулярных вмешательствах, что подтверждает актуальность проведения наших исследований.

Цель

Установить варианты топографии внутритазовых ветвей верхней ягодичной артерии.

Материалы и методы исследования

Исследования проведены на 29 мужских трупах брахиморфного соматотипа. Доступ к сосудам правой и левой половин таза на этих трупах осуществляли путем выполнения полной срединной лапаротомии. Рассекали кожу, подкожную клетчатку, белую линию живота, поперечную фасцию и предбрюшинную клетчатку вместе с париетальной брюшиной.

После получения доступа в брюшную полость рассекали задний листок париетальной брюшины в проекции общих подвздошных сосудов, отделяли ее от них при помощи анатомических пинцетов и офтальмологических ножниц. Последовательно выделяли внутренние подвздошные артерии, пупочные артерии, верхние и нижние мочепузырные, маточные, верхние и нижние ягодичные артерии. Описывали в протоколе исследования особенности пространственного расположения *arteria gluteus superior*. С целью повышения уровня визуализации исследуемых сосудов вводился контрастирующий раствор красной туши.

Результаты исследования и их обсуждение

У мужчин с брахиморфным типом телосложения среднее значение длины ВЯА на правой половине таза составило 3,9 см, при ДИ = (3,5; 4,3) см, а средняя величина диаметра — 7,9 мм, при ДИ = (7,3; 8,6) мм. На левой стороне таза у этих мужчин среднее значение длины ВЯА составило 3,7 см, при ДИ = (3,3; 4,1), а средний диаметр — 7,7 мм, при ДИ = (6,9; 8,4) мм. У женщин с брахиморфным соматотипом на нашем материале мы получили следующие данные: среднее значение длины *a. glutea superior* на правой половине таза равнялось 3,8 см, при ДИ = (3,0; 4,6) см, а средняя величина диаметра — 8,3 мм, при ДИ = (7,6; 9,0) мм. На левой стороне таза у этих женщин средняя длина составила 4,2 см, при ДИ = (3,1; 5,3) см, размер среднего диаметра равнялся 6,8 мм, при ДИ = (7,6; 9,0) мм. Морфометрические данные ВЯА у мужчин и женщин не отличаются на уровне статистически значимого различия.

Нами выявлено отхождение подвздошно-поясничной артерии (ППА) от ВЯА в 34,5 % случаев (10 препаратов) у мужчин справа. При этом в 24,1 % случаев (7 препаратов) ППА ответвлялась от латеральной стенки а. *glutea superior*, в 6,9 % случаев (2 препарата) — от задней стенки, в 3,5 % случаев (1 препарат) — от передней стенки, отхождение от медиальной стенки а. *iliolumbalis* отсутствовало. ППА формировалась из проксимальной трети ВЯА в 17,2 % случаев (5 препаратов), в 13,8 % случаев (4 препарата) — из средней трети, в 3,5 % случаев (1 препарат) — из дистальной трети. На левой половине таза у мужчин ППА отходила от а. *glutea superior* в 51,7 % случаев (15 препаратов). Среди этих случаев мы зафиксировали ответвление а. *iliolumbalis* от латеральной стенки ВЯА в 31 % случаев (9 препаратов), от задней стенки — в 13,8 % случаев (4 препарата), от передней стенки — в 3,5 % случаев (1 препарата), формирование от медиальной стенки нами не выявлено. ППА отходила от проксимальной трети а. *glutea superior* в 27,6 % случаев (8 препаратов), от средней трети — в 13,8 % случаев (4 препарата), от дистальной трети — в 6,9 % случаев (2 препарата).

Боковая крестцовая артерия (БКА) отходила у мужчин на правой половине таза от ВЯА в 27,5 % случаев (8 препаратов). При этом зафиксировали ответвление БКА от задней стенки а. *glutea superior* в 17,2 % случаев (5 препаратов), от медиальной стенки в 10,4 % случаев (3 препарата), формирование а. *sacralis lateralis* от передней и латеральной стенок нами не выявлено. БКА отходила справа от средней трети а. *glutea superior* в 17,2 % случаев (5 препаратов), в 6,9 % случаев (2 препарата) — от проксимальной трети, в 3,5 % случаев (1 препарат) — от дистальной трети. Нами выявлено у мужчин отхождение а. *sacralis lateralis* от ВЯА в 31 % случаев (9 препаратов) слева. При этом БКА ответвлялась от задней стенки а. *glutea superior* в 17,2 % случаев (5 препаратов), в 13,8 % случаев (4 препарата) — от медиальной стенки. Отхождение а. *sacralis lateralis* от передней и латеральной стенки ВЯА отсутствовало. БКА формировалась из средней трети а. *glutea superior* в 17,2 % случаев (5 препаратов), в 13,8 % случаев (4 препарата) — из проксимальной трети. Ответвление а. *sacralis lateralis* от дистальной трети ВЯА нами зафиксировано не было.

Нами отмечено у мужчин отхождение запирающей артерии (ЗА) от ВЯА в 10,3 % случаев (3 препарата) справа. При этом в 3,5 % случаев (1 препарат) ЗА ответвлялась от латеральной стенки а. *glutea superior*, в 6,9 % случаев (2 препарата) — от передней стенки. Отхождение ЗА от медиальной и задней стенок ВЯА отсутствовало. А. *obturatoria* формировалась из проксимальной трети а. *glutea superior* в 3,5 % случаев (1 препарат), в 6,9 % случаев (2 препарата) — из дистальной трети. Ответвление ЗА от средней трети ВЯА нами отмечено не было. На левой половине таза у мужчин а. *obturatoria* отходила от а. *glutea superior* в 10,3 % случаев (3 препарата). Среди этих случаев нами зафиксировано ответвление а. *obturatoria* от латеральной стенки ВЯА в 3,5 % случаев (1 препарат), от передней стенки — в 6,9 % случаев (2 препарата). Формирование ЗА от медиальной и задней стенок а. *glutea superior* нами не выявлено. А. *obturatoria* отходила от средней трети ВЯА в 6,9 % случаев (2 препарата), от дистальной трети — в 3,5 % случаев (1 препарат). При этом ЗА не формировалась из проксимальной трети а. *glutea superior*.

Выводы

1. Установлено, что у мужчин ППА может отходить от любой трети внутритазовой части ВЯА.
2. Для а. *sacralis lateralis* не характерно ответвление от дистальной трети внутритазовой части ВЯА у мужчин на левой половине таза.
3. Отсутствовало отхождение ЗА от средней трети ВЯА у мужчин на правой половине таза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузьменко, А. В. Варианты локализации внутритазовых анастомозов запирающей артерии у женщин / А. В. Кузьменко // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: материалы 72-й научной сессии сотрудников университета. — ВГМУ, 2017. — С. 37–40.
2. Eric, K. Transcatheter Embolization in the Treatment of Hemorrhage in Pelvic Trauma / K. Eric, M. D. Hoffer // Semin Intervent Radiol. — 2008. — Vol. 25, № 3. — P. 281–292.
3. Distal Embolization and Proximal Stent-Graft Deployment / G. Melissano [et al.] // Tex Heart Inst J. — 2008. — Vol. 23, № 1. — P. 50–53.

УДК 616.74-018.38-089.84

ПРОЧНОСТЬ СУХОЖИЛЬНЫХ ШВОВ И ИХ СРАВНЕНИЕ

Серякова Ю. А., Белокопыцкий И. В.

Научный руководитель: ассистент *Н. С. Анисова*

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Основное требование к сухожильным швам — прочность, т.е. способность сопротивляться разрыву или растяжению под действием мышечного сокращения. Неудовлетворительные исходы лечения повреждений сухожилий придают проблеме техники сухожильного шва особую актуальность.

При хирургическом лечении повреждений сухожилий даже в одной клинике разными врачами применяются различные виды швов. Это обусловлено не только анатомическими и функциональными особенностями сухожилий, но и различным опытом, а также личными предпочтениями хирургов.

Цель

Путем эксперимента сравнить прочность некоторых наиболее часто применяемых сухожильных швов.

Материал и методы исследования

Работа проведена на базе 6 ГКБ г. Минска, определены виды сухожильных швов, которым отдают предпочтение 10 врачей-интернов и 20 студентов. В качестве выбора были представлены следующие виды швов: шов по Кюнею, Казакова-Розова. На основании полученных данных сухожильные швы были использованы на трупном материале сухожилий кроликов. Проведено сравнение прочности полученных швов с использованием технического устройства путем регистрации силы тяги.

Результаты исследования и их обсуждение

Выделены сухожилия кроликов ($n = 6$), выполнены сухожильные швы по Казакову — Розову и по Кюнею. Сухожилия сшивались нитью «Полиэстер» 2/0. Фиксировались показатели при расхождении нити и полном разрыве соединения.

7/10 врачей-интернов посчитали более удобным сухожильный шов по Казакову-Розову, 3/10 — шов по Кюнею. 16 из 20 студентов выбрали шов по Кюнею, 4 из 20 — шов Казакова — Розова. Расхождение нитей шва произошло при тяге 1,8 кг разрыв шва — 2 кг, шов по Кюнею — 1,5 и 1,8 кг соответственно.

Выводы

1. Врачи-интерны и студенты посчитали более удобной технику наложения шва Казакова — Розова.
2. Наиболее прочным из выполненных швов является шов Казакова — Розова.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волотовский, А. И. Повреждения локтевого сустава, предплечья и кисти / А. И. Волотовский. — Минск: МГМИ, 1999. — С. 1–19.