

2. Хныкин Ф.Н. Топографо-анатомические особенности простаты и ее экстраорганных сосудов у взрослого человека: автореферат диссертации... кандидата мед. наук. – Санкт-Петербург, 2005. – 23с.

3. Куренной Н.В. // Мочеполовое венозное сплетение и его клиническое значение / Вопросы урологии. Киев, 1964. - Вып. 1. - С. 18-25.

4. Волчкевич, Д.А., Околокулак Е.С. Особенности строения внутренней половой артерии у мужчин // Актуальные проблемы морфологии: Сб. науч. тр. / Под ред. проф. Н. С. Горбунова. – Красноярск: изд-во КрасГМА, 2004. – С. 60-62.

ВАРИАНТЫ ПРОХОЖДЕНИЯ ЗАПИРАТЕЛЬНЫХ СОСУДОВ ПО ОТНОШЕНИЮ К ЛАКУНАРНОЙ СВЯЗКЕ

Чулков А. А.

Научный руководитель канд. мед. наук, ст. преп. **Кузьменко А.В.**
*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
Университет», Республика Беларусь*

Актуальность. Довольно часто при проведении операции грыжесечения по поводу бедренной грыжи осложнением может явиться кровотечение из поврежденных запирательных сосудов и других ветвей бассейна наружной подвздошной артерии и вены [1, 2]. Сосуды могут непосредственно прилежать к lig. lacunare, в результате чего осложнение возникает при расширении ворот грыжевого мешка, что достигается путем рассечения лакунарной связки. [3, 4]. Если сосуды не прилежат самостоятельно к связке, они могут смещаться к ней при формировании грыжи.

Цель: установить пространственное взаиморасположение лакунарной связки и запирательных сосудов.

Материал и методы исследования. Настоящие исследования были произведены на 33 нефиксированных трупах людей обоего пола (в возрасте от 23 до 87 лет) с обеих сторон туловища. Измерение наружного диаметра выделенных в ходе препарирования запирательных сосудов, а также артерий и вен, которые являлись как источниками их формирования, так и местами впадения, производили микрометром МК 63. Длину этих сосудов устанавливали с помощью линейной 3-метровой ленты

ATLASTAPEMEASURE, прошедшей метрологический контроль.

Доступ к сосудам правой и левой половин таза на трупах долихо-морфного типа осуществляли путем выполнения полной срединной лапаротомии. На протяжении от мечевидного отростка до лобкового симфиза, обходя пупок слева, рассекали кожу, подкожную клетчатку, белую линию живота, поперечную фасцию и предбрюшинную клетчатку с париетальной брюшиной [5].

На трупах брахиморфного типа разрез производили от передней верхней правой ости подвздошной кости по направлению к нижнему краю XI ребра вверх, далее по нижнему краю реберной дуги дугообразно к нижнему краю левого XI ребра, затем продолжали вертикально вниз до передней верхней ости левой подвздошной кости. От передних верхних остей подвздошных костей с двух сторон параллельно паховой связке до пересечения с наружным краем прямой мышцы живота дополнительно рассекали кожу и подкожную жировую клетчатку в медиальном направлении. По ходу кожного разреза рассекали наружные и внутренние косые, а также поперечную мышцы живота.

На трупах мезоморфного типа проводился один из вышеописанных доступов. Его выбор зависел от преобладания признаков долихоморфного или брахиморфного типа телосложения.

После получения доступа в брюшную полость рассекали задний листок париетальной брюшины в проекции общих подвздошных сосудов, отделяли её от них при помощи анатомических пинцетов и офтальмологических ножниц. Далее вводился контрастирующий раствор синей или красной туши в общие подвздошные вену и артерию соответственно. Перед введением раствора синей или красной туши в *v. et a. iliacaе communis* на них накладывали первый зажим Кохера в области места отхождения, а второй зажим накладывали в проксимальной трети внутренней подвздошной артерии и вены. После этого пунктировали общие подвздошные вену и артерию и вводили 30 мл раствора туши соответствующего цвета. Далее, продолжали отслаивать брюшину, предбрюшинную клетчатку по ходу наружных подвздошных сосудов и их крупных коллатералей: *a. et v. Circumflexae iliacaе profundae*, *a. et v. epigastricae inferioris*.

A. et v. obturatoriae обнажали от места их отхожде-

ния/впадения до запирающего канала. После этого устанавливали локализацию, уровень отхождения, длину и диаметр запирающего сосуда. Также освобождали *lig. lacunare* от жировой клетчатки и устанавливали пространственное взаиморасположение лакунарной связки и запирающих сосудов.

Результаты исследования. Исследования показали, что на левой стороне запирающая артерия отходила от нижней надчревной артерии в 24% случаев (8 препаратов) и от наружной подвздошной артерии – 3% (1 препарат). Средняя длина и диаметр запирающей артерии, отходившей от *a. epigastrica inferior*, составили 4,4 см и 0,4 см, соответственно. Для *a. obturatoria*, отходившей от наружной подвздошной артерии, средняя длина равна 3,6 см, диаметр – 0,7 см. Запирающая вена чаще всего впадала в *v. iliaca externa* – 63% (21 препарат). Её средняя длина равнялась 3,5 см, диаметр – 0,5 см. В 18% случаев (6 препаратов) *v. obturatoria* впадала в *v. epigastrica inferior*, 3% (1 препарат) формировало общий ствол для нижней надчревной и запирающей вен. Средняя длина запирающей вены, впадавшей в нижнюю надчревную вену, равна 4,4 см. Для *v. obturatoria*, участвовавшей в формировании общего ствола, данный размер был равен 4,4 см. Средний диаметр вышеописанных двух вен был равен 0,4 см. Средняя ширина лакунарной связки слева составила 2,6 см. Пространственное взаиморасположение лакунарной связки и запирающей артерии было следующим: 9% случаев (3 препарата) *a. obturatoria* прилежала к лакунарной связке или проходила на расстоянии 0,5 см и менее от неё; в 18% случаев (6 препаратов) *a. obturatoria* лежала на расстоянии более 0,5 см от лакунарной связки. Для *v. obturatoria* данный показатель выглядит следующим образом: запирающая вена, лежащая на расстоянии более 0,5 см – 46% случаев (15 препаратов); расположение *v. obturatoria*, прилежащей к *lig. lacunare* или располагавшейся на расстоянии до 0,5 см, составило 36% случаев (12 препаратов).

На правой стороне *a. obturatoria* отходила от *a. epigastrica inferior* в 9% случаев (3 препарата), от *a. iliaca externa* 6% случаев (2 препарата). Их средние длина и диаметр составили для первого варианта отхождения артерии 4,5 см и 0,5 см, для второго – 4,3 см и 0,5 см, соответственно. Пространственное вза-

иморасположение артерии и лакунарной связки выглядело следующим образом: а. obturatoria, лежащая на расстоянии более 0,5 см от лакунарной связки – 15% случаев (5 препаратов); расположение запирающей артерии, лежащей на расстоянии 0,5 см и менее от лакунарной связки, а также а. obturatoria, прилегающей к lig. lacunare, отсутствовало. С правой стороны запирающая вена в 46% случаев (15 препаратов) впадала в наружную подвздошную вену, в 9% случаев (3 препарата) – в нижнюю надчревную вену. Средняя длина вен составила 3,7 см и 4,8 см, соответственно, средний диаметр – 0,5 см. Пространственное взаиморасположение запирающей вены и лакунарной связки было следующим: 18% случаев v. obturatoria непосредственно прилежала к lig. lacunare или проходила на расстоянии до 0,5 см от неё (6 препаратов), а расположение запирающей вены, лежащей на расстоянии более 0,5 см от lig. lacunare – 36% случаев (12 препаратов).

Выводы. 1. В 36% на левой стороне и в 18% на правой запирающая вена непосредственно прилежала к лакунарной связке (проходила на расстоянии <0.5 см). 2. Запирающая артерия прилежала к lig. lacunare (проходила на расстоянии <0.5 см от неё в 9% случаев слева, справа данный вариант не встречался). 3) Чаще всего к лакунарной связке прилежала v. obturatoria: с левой стороны 12% (4 препарата), с правой – 9% (3 препарата). 4. На 2 препаратах (6% случаев) наблюдалось полное отсутствие запирающей артерии.

Литература:

1. Куницкий, Ю.Л. Ущемленные грыжи / Ю.Л. Куницкий, В.П. Танцюра, С.В. Межаков и др. // Донецк. – 2002. – 144 с.
2. Верхулецкий, І.Є. Защемлені грижі / І.Є. Верхулецкий, О.Г. Гринцов, Л.І. Василенко та ін. // Донецьк. – 2003. – 160 с.
3. Бердибаев, Э.Е. О вариантах отхождения запирающей артерии / Э.Е. Бердибаев // Тр. Киргиз.мед. ин-та. – 1960. – Т. 13. – С. 15-19.
4. Волчкевич, Д.А. Вариантная анатомия запирающей артерии / Д.А. Волчкевич // – Т.2. – С Актуальные проблемы морфологии / Сб. науч. тр. – Красноярск. – 2003. – С. 26-28.
5. Сергиенко, В.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник / В.И. Сергиенко, Э.А. Петросян, И.В. Фраучи // М.:ГЭОТАР-Медиа. – 201093-94.