

роза и некроза, расслоением оболочки кишки, десквамацией эпителия слизистой оболочки, расширением сосудов, снижение активности нейронов межмышечного сплетения, дезинтеграцией нейровазальных взаимоотношений.

4. В постатретическом сегменте подвздошной кишки выявлено истончение слизистой оболочки стенки, атрофия мышечной оболочки, уменьшение кровоснабжения и дегенерация нервных сплетений: подвздошная кишка менее функционально нагружена.

Литература:

1. Budhiraja, S. Heal atresia with segmental defect of testinal musculature / S. Budhiraja, T.S. Jaiswal, R. Sen // Indian J. Pediatr. – 2004. – Vol.71, № 2. – P. 177-179.
2. Чепурной, Г.И. Этиология, патогенез и хирургическое лечение атрезии тонкой кишки / Г.И. Чепурной, И.Э. Маев // Хирургия. – 1995. – № 4. – С. 66-68.
3. Ершов, В.Ю. Морфометрична характеристика кишки при атрезіях у новонароджених / В.Ю. Ершов, М.П. Ковальський // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. – 2007. – № 4. – С. 40-47.

АНАТОМИЯ ВНУТРЕННИХ ЯРЕМНЫХ ВЕН В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА ЧЕЛОВЕКА

Ахтемийчук Ю.Т., Герасим Л.Н.

Буковинский государственный медицинский университет, Украина

Популяционная частота врожденных патологий в разных странах, по данным ВОЗ, колеблется в пределах 2,7-16,3%. В современных условиях, когда наблюдается уменьшение рождаемости и увеличение смертности, первостепенным заданием является снижение перинатальной, новорожденной и детской смертности [1]. В этой связи большое значение приобретают научные исследования в области перинатальной анатомии, органоспецифических критических периодов развития и особенностей пространственных взаимоотношений органов и структур [2].

Анатомия яремных вен шеи хорошо описана у взрослых людей, но вопросам морфогенеза яремных вен и яремных углов в пренатальном периоде человека посвящено небольшое число научных публикаций, а имеющиеся данные спорные и носят фрагментарный характер [3, 4]. Анатомические исследования основного сосудисто-нервного пучка шеи в перинатальном периоде позволяют определить морфологические аспекты формо-

образования, становления топографии его составляющих, послужат основой для установления различных вариантов строения и пороков его развития в постнатальном периоде онтогенеза, а также будут учитываться при разработки новых оперативных доступов и приёмов у новорожденных.

Цель работы. Определение топографо-анатомических особенностей внутренних яремных вен в третьем триместре внутриутробного развития.

Методы исследований. Исследование проведено на 32 препаратах трупов 4-10-месячных плодов от 163,0 до 500,0 мм теменно-пяточной длины методами макро-, микропрепарирования, рентгенографии, инъекции сосудов, морфометрии.

Результаты и выводы. Внутренние яремные вены располагаются вертикально вниз от внешней основы черепа к месту соединения с подключичными венами. У плодов 4-10 месяцев развития определяются верхняя и нижняя луковички внутренних яремных вен, их внешний диаметр на разных уровнях разный, только у 6-7-месячных плодов – одинаковый, за исключением нижних отделов (вены расширяются). Внешний диаметр правой внутренней яремной вены у 4-месячных плодов составляет $1,8 \pm 0,3$ мм, у 6-месячных – $2,7 \pm 0,2$ мм, у 7-месячных – $3,4 \pm 0,1$ мм, у 10-месячных – $4,5 \pm 0,2$ мм, внешний диаметр левой внутренней яремной вены увеличивается с $1,5 \pm 0,3$ мм (4-месячные плоды) до $2,4 \pm 0,2$ мм (6-месячные плоды) и с $3,1 \pm 0,2$ мм (7-месячные плоды) до $4,2 \pm 0,2$ мм (10-месячные плоды). В верхней части внутренние яремные вены принимают зачелюстную, глоточную, лицевую, язычную вены и редко (4 случая из 32) – яремную венозную дугу. Внутренние яремные вены располагаются под грудино-ключично-сосцевидной и лопаточно-подъязычной мышцами. К медиальной поверхности внутренних яремных вен примыкают мышцы подподъязычной группы, к заднемедиальной – правая общая сонная артерия, к задней – правый блуждающий нерв, к латеральной – медиальный край передней лестничной мышцы и правый диафрагмальный нерв. Внутренние яремные вены вместе с подключичными венами в нижних отделах шеи формируют яремные венозные углы. Величина правого яремного угла у 4-10-месячных плодов составляет $105-120^\circ$, левого – $120-140^\circ$, наименьшие показатели улов обнаружены у 5-месячных плодов.

В перинатальном периоде онтогенеза возникают более сложные топографо-анатомические взаимоотношения внутренних яремных вен с прилегающими структурами шеи.

Литература:

1. Слабкий, Г.О. Організація сучасної перинатології в Україні та її перспективи / Г.О. Слабкий, Н.Я. Жилка // Перинаталогія и педіатрія. – 2007. – № 4 (32). – С. 8-13.
2. Ахтемійчук, Ю.Т. Актуальність наукових досліджень в галузі перинатальної анатомії / Ю.Т. Ахтемійчук // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2012. – Т. 2, № 1 (3). – С. 15-21.

3. Carotid artery tortuosity, kinking, coiling: stroke risk factor, marker, or curiosity? / C. Togay-Isikay, K. Betterman, C. Andrews [et al.] // Acta. neurol. belg. – 2005. – V. 105. – P. 68-72.

4. Surgical vs medical treatment for isolated internal carotid artery elongation with coiling or kinking in symptomatic patients: A prospective randomized clinical study/ E. Ballota, G. Thiene, C. Baraccini [et al.] // J. Vasc. Surg. – 2005. – V. 42, № 5. – P. 838-846.

РОЛЬ ВОСХОДЯЩИХ ПОЯСНИЧНЫХ ВЕН В КОЛЛАТЕРАЛЬНОМ ОТТОКЕ КРОВИ ПРИ НАРУШЕНИИ ПРОХОДИМОСТИ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Баешко А.А., Ключ Е.А., Крыжова Е.В., Ковалевич К.М.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь

Восходящие поясничные вены (ВосхПВ) являются начальным звеном системы непарной – полунепарной вен, которая играет роль основного пути коллатерального оттока в случаях нарушения проходимости нижней полой вены (НПВ) [1,4]. Восходящие поясничные вены, устья которых, как правило, располагаются у общих подвздошных вен (уровень LIV-LV), проходят справа и слева от поясничных позвонков и, направляясь вверх, широко анастомозируют с поясничными венами, а также с венами крестцового сплетения, боковыми крестцовыми и подвздошно-поясничными венами. ВосхПВ, проникая между медиальными и промежуточными ножками диафрагмы в заднее средостение (уровень ThXII), формируют непарную вену с правой стороны и полунепарную – с левой. Непарная вена дренируется в верхнюю полую вену, таким образом, обеспечивается связь верхней и нижней полых вен (НПВ) (кава-кавальный анастомоз) [3]. Наиболее частыми причинами окклюзии НПВ являются ее тромбоз как следствие распространения вверх тромбоза подвздошных вен либо тромбоз кава-фильтра, сдавление НПВ опухолью, дисплазия НПВ (аплазия либо гипоплазия) [4]. Последняя первично проявляется в молодом возрасте, как правило, клиникой илиофemorального венозного тромбоза или хронической венозной недостаточности [1]. Без применения специальных методов обследования (СКТ – или МРТ–флебография) точный диагноз устанавливается довольно редко. Как показали наши предыдущие исследования, в норме диаметр ВосхПВ варьировал: от 0,5 до 5,8 мм (ср. $2,3 \pm 0,1$ мм) слева и от 0,7 до 5,3 мм (ср. $3,1 \pm 0,2$ мм) справа [2]. Углубленное изучение вариантной анатомии системы непарной – полунепарной вен и их истоков ВосхПВ важно в понимании течения и прогнозирования клинических проявлений окклюзии НПВ.