

Литература:

1. Гусева, И.С. Морфогенез и генетика гребешковой кожи человека / И.С.Гусева. Минск, 1986. – 160 с.
2. Саливон, И.И. Показатели дерматоглифики у мужчин разных соматотипов / И.И.Саливон, Н.И.Полина // Генетические маркеры в антропогенетике и медицине: тез. 4-го Всесоюз.симпоз. – Хмельницкий, 1988. – С. 277-278.
3. Гладкова, Т.Д. Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека / Т.Д.Гладкова // – М., 1966. – 151с.
4. Cummins, H. Finger prints palms and soles. An introductions to Dermatoglyphics / H. Cummins, Ch. Midlo // Philadelphia, 1943 (N.Y., 1961). – 319 p.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ВНУТРИТАЗОВОГО АНАСТОМОТИЧЕСКОГО РУСЛА ВНУТРЕННЕЙ ПОЛОВОЙ АРТЕРИИ

Шкварко М.Г., Кузьменко А.В.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», Беларусь

Теоретические данные по вариантной анатомии артериального кровоснабжения полости малого таза имеют огромное прикладное значение и широко используются в хирургии [1,2]. Наряду с ветвями внутренней подвздошной артерии одним из важных источников поступления артериальной крови к органам малого таза является внутренняя половая артерия [3]. Тем не менее, в литературных источниках отсутствуют какие-либо четкие данные по частоте встречаемости внутритазовых анастомозов и вариантам анастомозирования внутренней половой артерии в частности, что является значительным упущением [4].

Цель. Установить варианты анастомозирования внутренней половой артерии и получить данные по размерам наружных диаметров ее коллатералей.

Материалы и методы исследования. В основу настоящей работы положены данные секционных исследований, выполненных на 7 нефиксированных и 46 фиксированных трупах людей обоего пола в возрасте от 35 до 79 лет с обеих сторон туловища. Измерение наружного диаметра выделенных в ходе препарирования магистральных артерий и их анастомозов проводилось с помощью микрометра МК-67.

Для осуществления доступа к правой и левой внутренним половым артериям на нефиксированных трупах выполняли полную срединную лапаротомию. Рассекали кожу от мечевидного отростка до лобкового симфи-

за, обходя пупок слева.

На фиксированных трупах 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. При этом выделяли в той же последовательности артерии, которые исследовались в этом слое на нефиксированных трупах. По ходу кожного разреза рассекали наружные косые мышцы живота и в клетчатке между внутренней косой и поперечной мышцами переднебоковой брюшной стенки исследовали синтопию сосудов по аналогии с изучением на нефиксированных трупах.

При исследовании топографии сосудов области таза продолжали отслаивать брюшину, предбрюшинную клетчатку и тазовую фасцию от I крестцового позвонка по ходу ветвей подвздошных артерий на всем их протяжении. Последовательно выделяли ветви наружной подвздошной артерии с их наиболее крупными коллатеральями: глубокие артерии, огибающие подвздошную кость, нижние надчревные артерии. Затем выделяли ветви внутренней подвздошной артерии с их наиболее крупными анастомозами: внутренние половые, подвздошно-поясничные, боковые крестцовые, верхние и нижние ягодичные, запираательные артерии.

Исследование топографии артерий забрюшинного пространства с учетом разницы доступов на нефиксированных и фиксированных трупах осуществляли со стороны брюшной полости. После вскрытия полости живота последовательно обнажали вначале правую, а затем левую задние стенки живота. По вертикальным линиям, соединяющим верхушки поперечных отростков поясничных позвонков, рассекали брюшину, предбрюшинную клетчатку и внутрибрюшную фасцию от диафрагмы до I крестцового позвонка. В отрогах внутрибрюшной фасции последовательно выделялись аорта, нижняя полая вена, поясничные, нижние диафрагмальные, подвздошно-поясничные артерии, глубокие артерии, огибающие подвздошную кость.

Результаты исследования. Внутритазовая часть внутренней половой артерии с обеих сторон туловища на протяжении $1,7 \pm 0,5$ см от уровня своего отхождения формировала ряд анастомозов. Внутренняя половая артерия формировала соустья с боковой крестцовой артерией в $18,9 \pm 5,4\%$ случаев справа (10 препаратов) и в $26,4 \pm 6,1\%$ случаев слева (14 препаратов). Средний диаметр этих анастомозов был справа $1,2 \pm 0,3$ мм и $1,4 \pm 0,5$ мм слева. Arteria pudenda interna в $34,0 \pm 6,5\%$ случаев справа (18 препаратов) и в $39,6 \pm 6,7\%$ случаев слева (21 препарат) формировала коллатерали с верхней ягодичной артерией. Эти коллатерали имели средний диаметр справа $1,0 \pm 0,2$ мм и $1,2 \pm 0,1$ мм слева. В $52,8 \pm 6,9\%$ случаев справа (28 препаратов)

и в $54,7 \pm 6,8\%$ случаев слева (29 препаратов) внутренняя половая артерия имела соустья с нижней ягодичной артерией. Средний диаметр этих анастомозов был справа $0,9 \pm 0,1$ мм и $1,0 \pm 0,1$ мм слева. Arteria pudenda interna анастомозировала со срединной крестцовой артерией в $32,1 \pm 6,4\%$ случаев справа (17 препаратов) и в $35,9 \pm 6,6\%$ случаев слева (19 препаратов). Эти анастомозы имели средний диаметр справа $0,5 \pm 0,1$ мм и $0,6 \pm 0,1$ мм слева. Внутренняя половая артерия имела соустья с запирающей артерией в $24,5 \pm 5,9\%$ случаев справа (13 препаратов) и в $26,4 \pm 6,1\%$ случаев слева (14 препаратов). Средний диаметр этих анастомозов был справа $0,9 \pm 0,2$ мм и $1,0 \pm 0,2$ мм слева.

Следует отметить, что в литературных источниках приводятся лишь отрывочные данные по коллатеральному руслу внутренней половой артерии, что не дает целостного представления относительно компенсаторных возможностей этого сосуда при окклюзии его ствола в полости таза.

Выводы. Внутренняя половая артерия обладает хорошо развитым коллатеральным руслом, что является благоприятным обстоятельством для восстановления компенсаторных возможностей по кровоснабжению органов таза. Левые внутренние половые артерии образуют анастомозы с большим средним диаметром, чем правые.

Литература:

1. Traumatic inferior gluteal artery pseudoaneurysm and arteriovenous fistula managed with emergency transcatheter embolization / A.N. Keeling [et al.] // Cardiovasc. Intervent. Radiol. – 2008. – Vol. 31, № 7. – P. 135-139.
2. Silberzweig J.E. Transcatheter arterial embolization for pelvic fractures may potentially cause a trial of sequela: gluteal necrosis, rectal necrosis, and lower limb paresis / J.E. Silberzweig // J. Trauma. – 2009. – Vol. 67, № 2. – P. 416–417.
3. Case report; delayed hemorrhage from an accessory internal pudendal artery pseudoaneurysm after robotic radical prostatectomy; successful management with ct angiography and embolization / I. Beckley [et al.] // J. Endourol. – 2007. – Vol. 21, № 8. – P. 923-925.
4. Кузьменко А.В. Особенности артериального коллатерального кровообращения таза / А.В. Кузьменко // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2007. – Т. 6, № 2. – С. 10-12.