

7. The clinical presentation and collateral pathway development of congenital absence of the internal carotid artery / P. Zhang [et al.]// J. Vasc. Surg. – № 68 (4). – 2018. – P. 1054–1061.

ОСОБЕННОСТИ АНАТОМИИ ПОДКОЖНЫХ ВЕН ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА

²Грынцевич Р. Г., ¹Садовский Д. Н., ²Трушель Н. А.

¹Государственное учреждение «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»

²Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Беларусь

Актуальность. Знание вариантов анатомии сосудов передней поверхности предплечья в настоящее время имеет практическое значение. В Республике Беларусь сейчас проводятся исследования по поиску методов быстрой и неинвазивной для трансплантированного органа диагностики отторжения. Один из способов выявления признаков отторжения трансплантированного органа – одновременная трансплантация органа и кожного лоскута предплечья на сосудистой ножке от донора реципиенту [1-4]. Отторжение донорского «сторожевого лоскута» (кожного лоскута на сосудистой ножке), который подшивается в область предплечья реципиенту, будет свидетельствовать об отторжении органа (например поджелудочной железы). Ранее для выявления отторжения органа использовалась биопсия трансплантированного органа, что достаточно сложно для выполнения и нежелательно для реципиента. Сторожевой кожный лоскут на сосудистой ножке имплантируется в среднюю треть предплечья с выполнением сосудистых анастомозов в верхней трети. Поэтому установление вариантов анатомии сосудов, в частности подкожных вен передней поверхности предплечья, будет влиять на успешность трансплантации сторожевого лоскута [2].

Цель: изучить варианты анатомии подкожных вен передней поверхности верхней трети предплечья для успешной трансплантации реципиенту донорского кожного лоскута предплечья на сосудистой ножке.

Материал и методы. Проведено прижизненное визуальное исследование поверхностных вен верхней трети предплечья у 50 людей (24 женщины и 26 мужчин) в возрасте 18-23 лет. Для этого на нижнюю треть плеча накладывали манжету тонометра и накачивали воздух до уровня давления в манжете примерно 140 мм рт. ст. Исследуемый несколько раз сжимал кисть в кулак и разжимал ее. При этом поверхностные вены предплечья наполнялись кровью и проявлялись через кожу, что было снято фотоаппаратом.

Результаты исследования. В ходе исследования установлены разные варианты поверхностных вен передней поверхности предплечья, которые различались по форме соединения, степени выраженности, симметричности и т.

д. Согласно полученным вариантам вен предплечья, были предложены следующие классификации (табл. 1-4).

Таблица 1. – Классификация подкожных вен передней поверхности предплечья по степени выраженности крупных вен

<i>Вариант анатомии</i>	<i>Количество верхних конечностей</i>	<i>Процент варианта</i>
Выражены все крупные вены	14	14 %
Хорошо выражены v. cephalica et v. basilica	6	6%
Хорошо выражена v. cephalica	2	2%
Хорошо выражена v. basilica	16	16%
Хорошо выражена v. mediana antebrachii	6	6 %
Хорошо выражена v. mediana cubiti	10	10 %
Хорошо выражена v. cephalica accessoria	2	2 %
Хорошо выражена v. mediana basilica	2	2 %
Хорошо выражена v. mediana cephalica	2	2 %
Плохо выражены или не выражены все крупные вены	40	40 %

Таблица 2. – Классификация подкожных вен передней поверхности предплечья по симметричности у одного человека

<i>Вариант анатомии</i>	<i>Количество людей</i>	<i>Процент варианта</i>
Симметричные вены	4	13 %
Асимметричные вены	26	87%

Таблица 3. – Классификация подкожных вен передней поверхности предплечья по разорванности

<i>Вариант анатомии</i>	<i>Количество верхних конечностей</i>	<i>Процент варианта</i>
Сомкнутые вены (имеется крупная анастомозирующая вена)	46	77 %
Разорванные вены (отсутствует крупная анастомозирующая вена)	14	23%

Таблица 4. – Классификация подкожных вен передней поверхности предплечья по форме соединения

<i>Форма соединения</i>	<i>Количество верхних конечностей</i>	<i>Процент варианта</i>
V-образная	14	30,43%
N-образная	7	15,22%
M-образная	6	13,04 %
W-образная	4	8,70%
H-образная	4	8,70%
U-образная	3	6,52%
Плексиформная	2	4,35%
O-образная	2	4,35%
Y-образная	2	4,35%
X-образная	1	2,17%
Сочетание нескольких	1	2,17%

Выводы. Таким образом, поверхностные вены верхней трети предплечья в 87% случаев являются билатерально асимметричными; в 23% случаев характеризуются разорванностью (нет визуального соединения между *v. cephalica* et *v. basilica*), а в 77% случаев имеют хорошо выраженные анастомозы (сомкнутый тип венозного русла). По форме анастомозов можно выделить следующие типы: плексиформный, N-образный, X-образный, V-образный, H-образный, W-образный, М-образный, U-образный, О-образный и Y-образный. Кроме того, встречаются варианты с сочетанием нескольких форм. Корреляционной взаимосвязи между полем исследуемых и формой анастомоза не выявлено. По степени выраженности поверхностные вены могут быть: хорошо выраженными (60%) и плохо (40%) выраженными. Классический вариант поверхностной венозной сети верхней трети предплечья, при котором наблюдался сомкнутый V-образный тип соединения *v. cephalica* et *v. basilica*, выявлен в 30,43% случаев.

Литература

1. Афанасьев, Л. М. Замещение дефектов мягких тканей кисти артериализированными «венозными» лоскутами с атипичным включением в кровотоки / Л. М. Афанасьев [и др.] // *Вопр. пласт., реконструкт. хирургии и клинич. анатомии: материалы науч. тр. / МЗ РФ, Общ. пластич., реконструкт. и эстет. хирургов России, СибГМУ. Томск: UFO-press, 2000. № 00655, вып. 1. - 2000. - 500 с.*
2. Финогенова, Н. В. Вариантная анатомия вен локтевого сгиба у лиц мужского пола / Н. В. Финогенова, К. В. Хавронина // *Успехи современного естествознания. - 2014. - № 6. - С. 82-83.*
3. Coskun, N. Arterial, neural and muscular variations in the upper limb / N. Coskun [et al.] // *Folia Morphol. (Warsz). - 2005. - № 64. - P. 347-352.*
4. Natsis, K. High origin of a superficial ulnar artery arising from the axillary artery: anatomy, embryology, clinical significance and review of the literature / K. Natsis [et al.] // *Folia Morphol. (Warsz). - 2006. - № 65. - P. 400-405.*

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ЛОБНОЙ И ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХ ЧЕЛОВЕКА

Джамалдинов Т. М., Шавель Ж. А.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

Острые и хронические воспалительные процессы слизистой оболочки и костных стенок придаточных пазух носа встречаются часто, среди стационарных пациентов они отмечаются в 25-30% случаев [2]. Количество пациентов с патологией носа и околоносовых пазух постоянно растет [4]. Среди многих причин возникновения заболеваний носа и околоносовых пазух важное место отводится топографо-анатомическим особенностям полости носа (искривление, гребни, шипы перегородки носа, увеличение передних решетчатых ячеек и др.). Предпосылками адекватной диагностики