

венозное сплетение мочевого пузыря, позади сообщается со сплетениями в позвоночном канале.

Лимфоотток от предстательной железы осуществляется преимущественно во внутренние подвздошные, крестцовые и запирающие узлы. Вегетативная иннервация осуществляется из тазового сплетения. Сосудисто-нервный пучок, содержащий нервные волокна, иннервирующие простату, семенные пузырьки, уретру, семяизвергающие протоки, пещеристые тела полового члена, бульбоуретральные железы, плотно прилежит, но отделен от заднебоковой поверхности простаты фасцией. Эти нервы могут быть повреждены при радикальной простатэктомии, что в свою очередь нередко становится причиной импотенции.

Возрастные изменения простаты. При рождении простата представляет собой многочисленные протоки, расположенные в строме, формирующие ткань предстательной железы. Фолликулы представлены небольшими расширениями протоков. В период 14-18 лет железа удваивает свои размеры. Рост железы происходит благодаря развитию железистой ткани. Эпителий фолликулов первоначально многослойный плоский, превращается в многорядный, содержащий разные виды клеток – секреторные (включая слизистые, исчезающие по мере созревания простаты) и нейроэндокринные. Происходит уплотнение стромы и ее относительное уменьшение. Эти изменения, очевидно, индуцированы увеличением продукции тестостерона. После 45-50 лет развивается гипертрофия предстательной железы. Если мужчина живет достаточно долго, этот процесс практически неизбежен, но не всегда сопровождается какими-либо симптомами.

Литература

1. Moore, K. Clinically oriented anatomy/ K. Moore, A. Dalley, A. Agur. – 7th ed. – New York, 2012. – 486-487 p.
2. Standring, S. Gray's Anatomy/S. Standring.- 41th ed. – London, 2016. – 1267-1270 p.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ КРАНИАЛЬНОГО ПРОДОЛЖЕНИЯ МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

Семеняго С. А., Жданович В. Н., Введенский Д. В.

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

Актуальность. Высокая анатомическая вариабельность поверхностного венозного русла нижней конечности приводит к разнообразию классификаций и неизбежной путанице в терминологии. Так, непостоянный венозный ствол, отходящий от сафенопопитеального соустья (СПС) в проксимальном направлении и продолжающийся на заднюю поверхность бедра, в разных источниках именуется как «бедренное продолжение малой подкожной вены (МПВ)», «вена Джакомини» [1], «бедренная ветвь МПВ» [2], «межсафенная вена», «задняя подкожная вена», «бедренно-подколенный тракт» [3] и т. п. Между тем, согласно обновленной номенклатуре вен нижних конечностей

официальной “Terminologia Anatomica”, которая была принята в 2002 г. на 14-м Всемирном Конгрессе Международного Флебологического Союза с участием Федеративного Международного Комитета по Анатомической Номенклатуре (FICAT), для вышеописанного сосуда был утвержден термин «краниальное продолжение (КрП) малой подкожной вены» (*extensio cranialis venae saphenae parvae*) [4]. Термин «межсафенная вена (МСВ)» (*vena intersaphena*), так же как и соответствующий ему эпоним «вена Джакомини», должен употребляться только для обозначения медиального анастомоза между КрП и большой подкожной веной (БПВ) [4].

Пренебрежение общепринятой терминологией приводит к значительной разнице при описании частоты встречаемости КрП – от 40,9 [2] до 95% случаев [1]. Соблюдение единой номенклатуры позволило бы избежать как таких разночтений, так и сложностей при обмене информацией, а также неточностей и ошибок в заключениях специалистов ультразвуковой диагностики [4, 5]. Наличие у пациента КрП и особенно МСВ представляет значительный клинический интерес, т. к. при варикозном расширении вен нижних конечностей (ВРВ НК) указанные сосуды могут стать источником «восходящего рефлюкса» из несостоятельного СПС как в БПВ, так и в вены задней поверхности бедра [1]. Кроме того, наличие КрП может влиять на технику эндовенозной лазерной облитерации при хирургическом лечении ВРВ НК [3].

Цель, задачи и методы исследования. Целью настоящего исследования стал анализ частоты встречаемости КрП и его частного проявления МСВ у жителей г. Гомеля, не страдающих патологией сосудов нижних конечностей. Обследованы 172 пациента (344 конечности) обоего пола возрастом от 18 до 59 лет, с соотношением мужчин и женщин 49 и 51%, соответственно. Для определения возможной зависимости между уровнем образования СПС и наличием КрП пациенты с КрП были разделены на три группы в соответствии с классификацией Creton: формирование СПС в пределах 7 см выше подколенной складки (47,22%), формирование СПС выше 7 см от подколенной складки (14,81%), формирование СПС ниже подколенной складки (пациенты отсутствовали).

Пациентов обследовали методом ультразвукового дуплексного сканирования на аппарате экспертного класса Mindray (РБ) с использованием линейного датчика по стандартному протоколу исследования вен нижних конечностей. Исследование проводилось как в продольной, так и в поперечной плоскости сканирования при положении пациента стоя. Отсутствие патологии со стороны вен определялось по следующим критериям: в В-режиме – наличие эхонегативного просвета, толщина стенок не более 2 мм с гладкой внутренней поверхностью без пристеночных наложений, положительная проба с компрессией датчиком; при доплерографии – отсутствие ретроградного кровотока в местах венозных клапанов.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ MS Office Excel 2010 и Statistica 6.0. Для установления связи между признаками пола, симметричности, уровнем

образования СПС и наличием КрП и МСВ использован критерий χ^2 (хи-квадрат) Пирсона. Результаты считались статистически значимыми при значении χ^2 больше критического при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и выводы. По результатам исследования выделены 4 варианта наличия КрП у пациента (таблица): наличие КрП только на левой конечности; наличие КрП только на правой конечности; наличие КрП на обеих конечностях; отсутствие КрП на обеих конечностях.

Таблица – Количественные данные распределения разных анатомических вариантов КрП

	Наличие КрП только слева	Наличие КрП только справа	Наличие КрП слева и справа	Отсутствие КрП
М (n=168)	16 (9,52%)	14 (8,33%)	76 (45,24%)	62 (36,91%)
Ж (n=176)	18 (10,24%)	8 (4,54%)	84 (47,72%)	66 (37,5%)
Всего (n=344)	34 (9,88%)	22 (6,4%)	160 (46,51%)	128 (37,21%)

Суммарно, КрП встречается в 62,79% случаев, из них в 16,28% – только на одной конечности, в 46,51% – симметрично на обеих конечностях. Статистически значимых различий между группами пациентов разного пола, также как и различий между правой и левой конечностями не выявлено. Уровень образования СПС на наличие КрП также не влияет ($p=0,765$). Во всех случаях КрП представляет собой одиночный венозный ствол, направляющийся проксимальнее верхней границы области коленного сустава и располагающийся посередине задней поверхности бедра над собственной фасцией. В области подколенной ямки данный сосуд может отходить от МПВ после образования СПС, однако МПВ может непосредственно переходить в КрП без каких-либо четких границ в случае отсутствия связи с подколенной веной [5]. Иными словами, при наличии КрП связь МПВ и подколенной вены в области подколенной ямки может как присутствовать, так и отсутствовать. Дальнейший ход КрП весьма вариабелен, сосуд может разделяться на терминальные ветви и анастомозировать как с другими поверхностными, так и с мышечными венами на любом уровне задней поверхности бедра. Нередко КрП определяется вплоть до ягодичной складки, где в дальнейшем анастомозирует с мелкими мышечными венами ягодичной области.

Наиболее интересным из возможных анатомических вариантов КрП представляется МСВ – медиальный межвенозный анастомоз, соединяющий системы двух поверхностных вен БПВ и МПВ и являющийся источником рефлюкса (как из БПВ, так и обратного) при развитии венозной патологии [1]. Наблюдения МСВ составили 27,9% от общего числа конечностей, что также соответствует 44,44% среди всех случаев КрП. В 62,5% случаев МСВ имела симметрично на обеих конечностях, в остальных случаях изолированный ствол только на левой или правой конечности наблюдался в равной степени. Между пациентами разного пола статистически значимых различий по данному признаку не обнаружено. При анализе зависимости наличия МСВ и уровня образования СПС достоверно установлено, что при расположении последнего

выше 7 см от подколенной складки МСВ образуется в 62,5% случаев, в то время как при более низком расположении СПС бассейны МПВ и БПВ имеют прямой анастомоз только в 27,45% случаев ($p=0,011$).

Таким образом, КрП встречается достаточно часто (62,79%), в большинстве случаев (74,1%) симметрично на обеих ногах, его наличие не зависит ни от пола, ни от уровня образования СПС ($p>0,05$). Почти в половине случаев (44,44%) КрП представляет собой МСВ, которая также обладает высокой степенью симметричности (62,5%) и зависит от уровня образования СПС ($p=0,011$). При расположении последнего выше 7 см от подколенной складки МСВ образуется более чем в два раза чаще (62,5%) по сравнению с пациентами, у которых СПС в пределах 7 см выше подколенной складки.

Литература

1. Ультразвуковая диагностика сосудистых заболеваний / В. П. Куликов [и др.] ; под ред. В. П. Куликова. – 1-е изд. – М. : ООО Фирма «СТРОМ», 2007. – 512 с.

2. Гуч, А. А. Ультразвуковые особенности топографии малой подкожной вены и путей распространения рефлюкса в ее бассейне / А. А. Гуч, Л. М. Чернуха, А. О. Боброва // Флебология. – 2008. – №4. – С. 44–51.

3. Вариантная анатомия и подходы к устранению рефлюкса в бассейне малой подкожной вены / К. В. Мазайшвили [и др.] // Вестник СурГУ. Медицина. – 2016. – № 3 (29). – С. 15–20.

4. Caggiati A. Nomenclature of the veins of the lower limb: extensions, refinements, and clinical application. An International Interdisciplinary Consensus Committee on Venous Anatomical Terminology (Italy, USA, Sweden, Austria) / A. Caggiati // Journal of Vascular Surgery. – 2005. – Vol.41. – P. 719–724.

5. Семеняго, С. А., Жданович, В. Н. Варианты топографии малой подкожной вены в области подколенной ямки / С. А. Семеняго, В. Н. Жданович // Проблемы здоровья и экологии. – 2020. – № 1 (63). – С. 39 – 45.

ОПИСАНИЕ ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ ЧРЕВНОГО СТВОЛА В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ

Сидорович С. А., Лаптева А. А., Харламова П. А.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

Введение. В настоящее время без детального исследования вариантной анатомии сосудов трудно представить медицинские манипуляции в этих областях. Особенное место занимает исследование особенностей строения чревного ствола, так как в области его локализации производится большое количество диагностических исследований (магнитно-резонансная холангиопанкреатография, мультиспиральная компьютерная томография, ультразвуковая диагностика, ангиография), инвазивных процедур (химиотерапия, химиоэмболизация) и хирургических вмешательств. В частности, современные оперативные вмешательства, направленные на