

образовательный процесс и практическую медицину [Электронный ресурс] : сб. ст. Междунар. конф., приуроч. 75-летию проф. П. Г. Пивченко, Минск, 16 сент. 2022 г. / Белорус. гос. мед. ун-т, Белорус. науч. о-во ; под общ. ред. Н. А. Трушель. – Минск, 2022. – С. 229–231. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

б. Педагогические технологии: вопросы теории и практики внедрения : справ. для студентов / авт.-сост. А. В. Вишневская ; под общ. ред. И. А. Стеценко. – Ростов н/Д : Феникс, 2014. – 253 с.

РЕДКАЯ АНОМАЛИЯ АРТЕРИЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Маркач И. С., Киселевский Ю. М

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Актуальность. Аномалии развития артериальной системы нижних конечностей не частая патология у человека. Однако они имеют большое значение для практикующих хирургов.

Аплазия бедренной артерии – одна из таких аномалий влияющих на ход хирургического вмешательства в сосудистой и эндоваскулярной хирургии. Основным источником кровоснабжения нижней конечности станет артерия сопровождающая седалищный нерв и именуемая персистирующей седалищной артерией. Указанный сосуд является чрезвычайно редкой сосудистой аномалией и встречается в 0,025-0,04% случаев [3]. Может возникать односторонне или двусторонне. В большинстве наблюдений аномалия приводит к ишемии и нарушению гемодинамики нижней конечности вследствие извитости хода седалищной артерии и ее аневризм. Таким образом, она имеет важное хирургическое значение.

Описание седалищной артерии впервые опубликовал Green P. H. в журнале Lancet в 1832 г. В доступной литературе на сегодняшний день имеется свыше 120 наблюдений указанной аномалии. Собственный материал одного из авторов включает 3 случая персистирующей седалищной артерии, которые обнаружены у детей [1].

Цель: описать эмбриологическое развитие седалищной артерии и ее аномальную персистенцию.

Материалы и методы исследования: ретроспективный анализ доступной литературы по эмбриологии для уточнения некоторых деталей развития персистирующей седалищной артерии.

Результаты и обсуждение. Эмбриологическая основа этого необычного анатомического строения сосудов нижней конечности впервые была описана Senior H.D. в 1919 г. Также достаточно полно изложена в работе Cazenave-Mahe J.P. et al.

Замещение бедренной артерии седалищной вызвано нарушением развития крупных артериальных стволов при эмбриогенезе. Седалищная артерия возникает из системы пупочной артерии на 6-й неделе

внутриутробного развития. Как первичная артерия нижней конечности она является продолжением внутренней подвздошной артерии. При этом она занимает центральное (осевое) положение и направляется к развивающейся почке нижней конечности.

Наружная подвздошная артерия также возникает из пупочной артерии на 12-й неделе внутриутробного развития сразу проксимальнее седалищной артерии и продолжается в бедренную артерию. В скором времени седалищная артерия начинает перемещаться навстречу бедренной артерии. В том месте, где бедренная артерия своей подколенной частью проходит рядом с седалищной артерией, образуется анастомоз. Как правило с 18-й недели бедренная артерия начинает существенно преобладать в диаметре над седалищной артерией.

Далее с 22-й недели наблюдается гипоплазия седалищной артерии. Таким образом, бедренная артерия становится единственной артерией, доставляющей кровь к голени и стопе. Седалищная артерия в свою очередь полностью теряет статус главного сосуда на бедре. От нее остаются лишь подколенная и малоберцовая артерии, а также маленькая нисходящая веточка нижней ягодичной артерии – артерия, сопровождающая седалищный нерв (a. comitans n. ischiadicus). Бедренная артерия становится основным артериальным стволом нижней конечности. Если ее дистальный сегмент к 18-й неделе не полностью развился, то примитивная седалищная артерия сохраняется.

Выводы. Функционирующая седалищная артерия редкая и малоизученная патология, сложная для диагностики, приводящая к нарушению гемодинамики нижней конечности. Наличие аномалии может утяжелять течение других врожденных и приобретенных заболеваний.

Из-за своего топографо-анатомического расположения седалищная артерия может привести к серьезным осложнениям, таким как образование аневризм, окклюзий, стеноза и др. Об аномалии следует помнить при обследовании пациентов с седалищной или ягодичной болью, ощутимой "пульсирующей" массой в ягодицах. Стойкая седалищная артерия может представлять потенциальную опасность во время ортопедических манипуляций, операций на тазобедренном суставе и операций по пересадке почки.

Поэтому следует учитывать особенности эмбриологии и топографической анатомии артериального русла нижних конечностей при определении тактики лечения заболеваний, проведения оперативных вмешательств и хирургических манипуляций.

Список литературы:

1. Киселевский, Ю. М. Особенности анатомического строения сосудов и нервов нижней конечности у человека при хромосомных синдромах (трисомии 13, 18, 21) // Ю. М. Киселевский / Дисс. канд. мед. наук (14.00.02 – Анатомия человека). – Гродно, 1991. – 199 с.
2. Диагностика и хирургическое лечение аневризмы атипичной седалищной артерии // Н. В. Крепкогорский [и др.] / Ангиология и сосудистая хирургия. – 2019. – Т. 25, № 3. – С. 167-171.

3. Цыганков, В. Н. Ангиография при персистирующей седалищной артерии // В. Н. Цыганков, А. Б. Варава / Медицинская визуализация. – 2013. – № 4. – С. 98-102.
4. Cazenave-Mahe, J. P. Embryology of the arterial trunks of the (lower) pelvic limb in man // J. P. Cazenave-Mahe, P. H. Ducasse, I. Videau / Anat. Clin. – 1981. – Vol. 2, N 4. – P. 351-359.

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИИ ВЕРХНЕЙ БРЫЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ

Мацкевич А. В., Сидорович С. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

Актуальность. Вариантная анатомия является необходимой составляющей полноценных анатомических сведений. Она определяет границы нормы, демонстрирует ее крайние формы, выявляет варианты аномального строения анатомо-физиологических систем и их компонентов, раскрывает закономерности их развития. Значение вариантной анатомии в современной медицине неуклонно возрастает, являясь одной из теоретических основ профилактической и клинической медицины.

Знание вариантов ветвления верхней брыжеечной артерии (ВБА) имеет очень важное и широкое практическое применение, помогает снизить риски врачебной ошибки и проводить хирургические вмешательства с высоким уровнем профессионализма.

Цель. Проанализировать источники литературы о вариантах ветвления верхней брыжеечной артерии.

Результаты. Верхняя брыжеечная артерия начинается от брюшной аорты, но имеются данные о том, что она может начинаться и от чревного ствола [1, 2, 3].

Вариантная анатомия тонкокишечных ветвей верхней брыжеечной артерии представлена в основном их количеством, углами и интервалами отхождения от основного ствола.

Синельников Р. Д. указывает, что всего от ВБА отходит 7-8 тощекишечных и 5-6 подвздошно-кишечных ветвей [4]. По данным Horton К. М. тощекишечных ветвей обычно 4-6 [5]. J. D. Rosenblum и P. L. Kornblith обозначают, что подвздошно-кишечных ветвей ВБА 8-12 [6, 7].

Интервалы между местами отхождения кишечных артерий от основного ствола верхней брыжеечной артерии неодинаковы. В дистальном направлении они сокращаются. Расстояние между начальными отделами кишечных артерий у взрослых колеблется от 0,1 см до 8,7 см (в среднем 1,5 см), у детей от 0,1 до 1,8 см (в среднем 1 см) [8].

Толстокишечные ветви ВБА отличаются широкой вариабельностью. Подвздошно-ободочная артерия является наиболее постоянной ветвью ВБА [9]. По данным Н. Ashwini в большинстве случаев (66%), она начинается