

/ Н. В. Верещагин, Т. С. Гулевская, Ю. К. Миловидов // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1990. – № 1. – С. 3-8.

3. Дуданов, И. П. Ультразвуковая диагностика стенозирующих поражений экстракраниальных артерий / И. П. Дуданов, Н. С. Субботина // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2003. – Т. 2, № 4. – С. 12-19.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Шавель Ж.А., Бобрик А.В., Лянцевич М.Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Поражения сосудистой системы головного мозга представляют важную медицинскую и социальную проблему в связи со значительной распространенностью и тяжелыми последствиями [1]. При этом за последние десятилетия установлено, что в 70% случаев ишемические нарушения мозга обусловлены патологией магистральных артерий головы. Среди них особое место занимают позвоночные артерии, которые отличаются своеобразием расположения, различными условиями гемодинамики, связанными с состоянием и топографо-анатомическими особенностями шейного отдела позвоночного столба [2]. При этом во время проведения лечебных мероприятий, в том числе и хирургических, неизбежно приходится сталкиваться с проблемами доступа и адекватности реконструктивных операций, с особенностями костно-мышечно-фиброзного канала позвоночных артерий, а также с вопросами их вариантной анатомии. В свете концепции о транзиторных, в том числе вертеброгенных, причинах развития ишемии головного мозга все эти анатомические факты расцениваются как морфофизиологические предпосылки и факторы риска поражения вертебрально-базилярного бассейна [3, 4]. Исходя из этого возникает необходимость более детального изучения и существенного дополнения данных классической анатомии позвоночной артерии и ее канала.

Цель исследования: изучить некоторые морфометрические показатели экстракраниального отдела позвоночных артерий человека.

Материал и методы исследования. 30 (11 женских и 19 мужских) мультипланарных реконструкций КТ-изображений сосудов головы и шеи. В ходе исследования нами измерялись сагиттальный размер

отверстия поперечного отростка шестого шейного позвонка и сагиттальный размер позвоночной артерии на этом уровне.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью прикладного пакета Statistica 8.0.

Установлено, что сагиттальный размер левой позвоночной артерии у мужчин на уровне шестого шейного позвонка незначительно больше соответствующего показателя справа ($3,79 \pm 0,7$ мм и $3,67 \pm 0,7$ мм соответственно). Минимальные показатели сагиттального размера позвоночной артерии у мужчин слева и справа отличаются незначительно ($2,2 \pm 0,7$ мм и $2,0 \pm 0,7$ мм соответственно), а максимальный сагиттальный размер слева и справа не отличаются и равны $5,0 \pm 0,7$ мм.

Средний сагиттальный размер отверстия шестого шейного позвонка у мужчин слева практически не отличается от аналогичного показателя справа ($5,6 \pm 0,5$ мм и $5,4 \pm 0,6$ мм соответственно). Минимальный сагиттальный размер отверстия шестого шейного позвонка преобладает слева ($4,8 \pm 0,5$ мм), а максимальный – справа ($6,8 \pm 0,6$ мм).

Средние сагиттальные размеры отверстия шестого шейного позвонка и позвоночной артерии на этом уровне у женщин слева выше ($5,3 \pm 0,4$ мм и $3,8 \pm 0,4$ мм соответственно), чем аналогичны показатели справа ($5,0 \pm 0,7$ мм и $3,1 \pm 0,7$ мм соответственно). Минимальные показатели этих размеров позвоночной артерии и отверстия позвонка преобладают слева (соответственно $3,1 \pm 0,4$ мм и $4,2 \pm 0,4$ мм; $2,2 \pm 0,7$ мм и $3,8 \pm 0,7$ мм справа), а максимальные размеры справа не отличаются от показателей слева.

Установлены корреляции между некоторыми изучаемыми показателями. Так, сагиттальный размер правой позвоночной артерии связан с сагиттальным размером отверстия шестого шейного позвонка, а сагиттальный размер позвоночной артерии слева зависит от аналогичного показателя отверстия поперечного отростка шестого шейного позвонка.

Полученные морфометрические особенности позвоночной артерии на уровне вхождения ее в отверстия поперечных отростков, установленные корреляции между изучаемыми показателями дополняют базу данных о позвоночной артерии и могут быть использованы в практическом здравоохранении.

Список литературы:

1. Верещагин, Н. В. Патология вертебрально-базилярной системы и нарушения мозгового кровообращения / Н. В. Верещагин. – М.: Медицина, 1980. – 310 с.
2. Омельченко, В. М. Топографо-анатомические взаимоотношения позвоночной артерии с окружающими образованиями / В. М. Омельченко // Вопр. морф. – Львов, 1959. – №1. – С. 69-70.

3. Шмидт, И. Р. Синдром позвоночной артерии, обусловленный шейным остеохондрозом / И. Р. Шмидт // Мануальная терапия. – 2001. – № 2. – С. 36-47.

4. Драверт, Н. Е. Клинико-доплерографические сопоставления у больных с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии и вертебрально-базилярной недостаточностью: дис. канд. мед. наук / Н. Е. Драверт. – Киров, гос. мед. акад. – Пермь, 2004. – 22 с.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ВНУТРЕННЕЙ ПОДВЗДОШНОЙ ВЕНЫ У МУЖЧИН

**Шкварко М.Г., Жданович В.Н.,
Кузьменко А.В., Введенский Д.В.**

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Актуальность. Интерес к синтопии и вариантной анатомии внутренней подвздошной вены (ВПВ) среди хирургов остается на высоком уровне вследствие того, что растет количество показаний к оперативным вмешательствам в полости малого таза [1, 2]. Без системных знаний по хирургической анатомии ВПВ невозможно снизить количество ятрогенных повреждений этой вены при выполнении операций в полости таза [3]. Отсутствуют работы, в которых синтопия ВПВ детально описана у людей с разным типом телосложения.

Цель: установить варианты синтопии ВПВ с ветвями внутренней подвздошной артерии (ВПА).

Задачи и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами были выполнены исследования на 22 нефиксированных трупах. Измеряли длину тела трупа и ширину плеч. Разрез кожи выполняли с помощью полной срединной лапаротомии. При этом осуществляли послойное рассечение передней стенки живота, включая передний листок париетальной брюшины. Затем смещали внутренние органы из нижней части полости брюшины кверху. Выделяли внутреннюю подвздошную вену с ее корневыми притоками и внутреннюю подвздошную артерию с ее ветвями.

Для улучшения визуализации исследуемых венозных сосудов выполняли введение раствора синей туши в общую подвздошную вену. Проводили макрофотосъемку. С помощью штангенциркуля измеряли длину ВПВ, с помощью микрометра – величину ее диаметра. Деление