

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

на соматотипы осуществляли по методике Б. А. Никитюка и А. И. Козлова, в основе которой лежит формула: $\text{Ширина плеч} \times 100 \div \text{длина тела трупа} = \text{относительная ширина плеч}$.

Статистическую обработку полученных данных выполняли в среде специализированного пакета программы MedStat. Для обработки числовых данных, полученных вариационных рядов использовали критерий Шапиро-Уилка для проверки на подчинение нормальному закону распределения анализируемых выборок. В результате анализа установлено, что вариационные ряды, содержащие числовые значения диаметров ВПВ, не подчинялись нормальному закону распределения. Для каждой выборки рассчитывали медиану, доверительный интервал, U-критерий Манна-Уитни.

Результаты. Анализ данных на мужских трупах с долихоморфным соматотипом (Д) показал, что на правой половине таза ВПВ полностью закрывала верхнюю ягодичную артерию (ВЯА) в 25% случаев с медиальной либо с латеральной стороны. ВПВ прикрывала в 25% случаев переднюю стенку ВЯА; в 25% случаев – медиальную стенку ВПА; в 25% случаев – латеральную стенку дистальной трети общего ствола для внутренней половой артерии (ВПЛА) и нижней ягодичной артерии (НЯА).

На левой половине таза ВПВ полностью прикрывала ВЯА в 25% случаев, в 25% случаев – полностью ВПА с медиальной стороны. Vena iliaca interna прикрывала в 25% случаев 4/5 дистальной части длины ВЯА, в 25% случаев – дистальные 3/4 длины НЯА, а в 25% случаев – дистальные 2/3 нижней ягодичной артерии. ВПВ закрывала дистальные 2/3 ВПЛА в 25% случаев.

Анализ данных на мужских трупах с мезоморфным соматотипом (М) показал, что на правой половине таза ВПВ полностью прикрывала ВЯА в 62,5% случаев, в 37,5% случаев полностью прикрывала БКА, в 25% случаев – ППА. ВПВ полностью закрывала ВПА с медиальной стороны в 12,5% случаев, также полностью закрывала НЯА в 12,5% случаев. Дистальные 4/5 длины НЯА были прикрыты ВПВ в 12,5% случаев; 3/4 длины ВПА с латеральной стороны – в 12,5% случаев, дистальные 3/4 общего ствола были прикрыты в 12,5% случаев; проксимальные 2/3 БКА – в 12,5% случаев.

На левой половине таза ВПВ полностью закрывала ВЯА в 37,5% случаев, в 12,5% случаев полностью закрывала ВПА, в 12,5% случаев была полностью прикрыта БКА, и в 12,5% случаев – полностью ППА. Vena iliaca interna полностью закрывала ВПА, ВПЛА и НЯА с медиальной стороны в 12,5% случаев. Проксимальные 3/4 длины БКА были

прикрыты ВПВ в 12,5% случаев, дистальные 2/3 длины НЯА – в 12,5% случаев, 2/3 латеральной стенки ВПА – в 12,5% случаев.

Анализ данных на мужских трупах с брахиморфным (Б) соматотипом показал, что на правой половине таза ВПВ полностью прикрывала ВЯА и БКА в 40% случаев. ППА была полностью закрыта ВПВ в 10% случаев, ВПА была полностью закрыта с медиальной стороны в 10% случаев. Vena iliaca interna прикрывала дистальные 3/4 длины НЯА в 10% случаев, а дистальные 2/3 длины НЯА – в 20% случаев. Дистальная 1/2 ВПЛА была закрыта ВПВ в 30% случаев, дистальная 1/2 ВЯА – в 20% случаев, дистальная 1/3 ВЯА – в 20% случаев. ВПВ прикрывала дистальную 1/3 общего ствола в 20% случаев. Общий ствол не был закрыт внутренней подвздошной веной в 10% случаев, а ветви ВПА не были закрыты в 20% случаев.

На левой половине таза ВПВ закрывала все ветви ВПА в 10% случаев, полностью прикрывала ВЯА в 40% случаев, полностью НЯА и ППА – в 10% случаев. БКА была полностью закрыта ВПВ в 30% случаев; дистальные 4/5 длины ВЯА были закрыты в 10% случаев, 3/4 медиальной стенки ВПА – в 10% случаев, дистальные 3/4 длины НЯА – в 10% случаев. Vena iliaca interna закрывала 3/4 длины ВПЛА в 10% случаев, дистальные 2/3 ВЯА – в 10% случаев.

При сравнении ВПВ мужчин мезоморфного и долихоморфного соматотипов по критерию Шапиро-Уилка были получены следующие результаты: (М) $N=17$, $W=0,763$, $p \leq 0,01$, распределение отличается от нормального; (Д) $N=9$, $W=0,889$, $p \geq 0,1$, распределение не отличается от нормального. При расчете критерия Манна-Уитни был получен результат: $U=62,5$ (Критические значения: 31 (при $p \leq 0,01$) – 42 (при $p \leq 0,05$)). Нет статистически значимых различий между значениями диаметров ВПВ у мужчин мезоморфного и долихоморфного соматотипов.

При сравнении ВПВ мужчин мезоморфного и брахиморфного соматотипов по критерию Шапиро-Уилка были получены следующие результаты: (М) $N=16$, $W=0,778$, $p \leq 0,01$, распределение отличается от нормального; (Б) $N=20$, $W=0,933$, $p \geq 0,1$, распределение не отличается от нормального. При расчете критерия Манна-Уитни был получен результат: $U=131$ (Критические значения: 87 (при $p \leq 0,01$) – 107 (при $p \leq 0,05$)). Нет статистически значимых различий между значениями диаметров ВПВ у мужчин мезоморфного и брахиморфного соматотипов.

При сравнении ВПВ мужчин долихоморфного и брахиморфного соматотипов по критерию Шапиро-Уилка были получены следующие результаты: (Д) $N=9$, $W=0,889$, $p \geq 0,1$, распределение отличается от нормального; (Б) $N=20$, $W=0,933$, $p \geq 0,1$, распределение отличается от

нормального. При расчете критерия Манна-Уитни был получен результат: $U=74,5$ (Критические значения: 40 (при $p \leq 0,01$) – 54 (при $p \leq 0,05$)). Нет статистически значимых различий между значениями диаметров ВПВ у мужчин долихоморфного и брахиморфного соматотипов.

Выводы:

1. Установлено, что у мужчин с мезоморфным соматотипом наиболее часто ВПВ полностью прикрывает большинство ветвей ВПА.
2. У мужчин с долихоморфным соматотипом редко выявляется прикрытие ветвей ВПА внутренней подвздошной веной на значительном протяжении их внутритазовой длины.
3. Выявлено отсутствие статистически значимых различий между величинами диаметров ВПВ у мужчин с разными соматотипами.

Список литературы:

1. Surgical techniques for spinopelvic reconstruction following total sacrectomy: a systematic review / S. S. Bederman [et al.] // Clin Med Insights Case Rep. – 2013. – Vol. 23, № 2. – P. 305-319.
2. Boachie-Adjei O. Axial lumbar interbody fusion (AxiaLIF) approach for adult scoliosis / O. Boachie-Adjei, W. Cho, A. B. King // Eur Spine J. – 2013. – Vol. 22, № 2. – P. 225-231.
3. Late-Onset Screw Migration into Iliac Vessels 21 years after Hip Arthrodesis / T. Hirai [et al.] // Clin Med Insights Case Rep. – 2014. – № 7. – P. 123-125.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ

Якубцевич А.Р., Авхименя Н.В., Гаджиева Ф.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Интубация трахеи с помощью эндотрахеальных трубок разной конструкции на протяжении многих лет оставалась своеобразным «золотым стандартом» [1]. Данная процедура проводится ежедневно во многих клиниках по всему миру: выборочно в операционной и экстренно в отделениях интенсивной терапии, а также в местах оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим.

Понимание техники проведения эндотрахеальной интубации и профилактика возможных осложнений базируется на знании анатомии дыхательных путей.