

железистой ткани не превышает 14 мм, а показатели эхоплотности имеют среднее значение 26 усл. ед.

ЛИТЕРАТУРА

1. Митьков, В. В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика / В. В. Митьков. – М. : Видар-М, 2019. – 756 с.
2. Семичковский, Л. А. Онкомаммология: атлас презентаций / Л. А. Семичковский – Минск : Профессиональное образование, 2023. – 117 с.
3. Труфанов, Г. Е. УЗИ в маммологии / Г. Е. Труфанов, В. М. Моисеенко. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2025. – 262 с.
4. Сенча, А. Н. Ультразвуковое мультипараметрическое исследование молочных желез / А. Н. Сенча, С. А. Фазылова, Е. В. Евсеева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017 – 360 с.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ НАЧАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЧРЕВНОГО СТВОЛА, ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ БРЫЖЕЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОГО РЕГИОНА

Гапаев Д. О., Микулич А. О., Введенский Д. В., Крицкая А. Н.

*Гомельский государственный медицинский университет
Гомель, Республика Беларусь*

Актуальность. Изучение вариантной анатомии чревного ствола (ЧС), верхней брыжеечной артерии (ВБА) и нижней брыжеечной артерии (НБА) критически важно для хирургов и радиологов, так как она снижает риск ятрогенных повреждений (кровотечений, ишемии) при операциях в брюшной полости, улучшает диагностику (УЗИ, КТ) заболеваний печени, ЖКТ и сосудов, а также помогает в планировании сложных вмешательств, например, при онкологии, и в корректной интерпретации результатов исследований, благодаря наличию обходных путей кровоснабжения (коллатералей) [1, с. 373].

Цель. Изучить морфометрические параметры и анатомическую вариабельность начальных отделов чревного ствола (ЧС), верхней брыжеечной артерии (ВБА) и нижней брыжеечной артерии (НБА).

Методы исследования. Проведён анализ 58 компьютерных ангиограмм, полученных методом мультиспиральной компьютерной томографии с контрастным веществом на аппарате «Discovery» СТ 750 на базе ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека». Из них: 34 женщины и 24 мужчины возрастом от 27 до 86 лет (средний возраст составил $63 \pm 13,02$ лет).

На сагиттальных срезах были изучены особенности строения начального участка ЧС, ВБА и НБА (от начала до завершения значительно выраженного сужения просвета сосуда). Определены параметры:

1. Расстояние между двумя точками на внутренней поверхности стенки БА, от которых начинался переход (место изгиба) стенки аорты в стенку чревного ствола, верхней брыжеечной артерии и нижней брыжеечной артерии (выбрано за точку начала ветвей);
2. Наименьшее расстояние между точками на внутренней поверхности стенки ЧС, ВБА и НБА, от которых сужение просвета сосудов приобретает более плавный характер;
3. Угол отхождения (угол между нижней стенкой сосуда и стенкой брюшного отдела аорты) чревного ствола, верхней брыжеечной артерии и нижней брыжеечной артерии от аорты;
4. Скелетотопия;
5. Сектор отхождения сосудов от аорты.

На аксиальном срезе определялся сектор отхождения сосудов от аорты. Окружность аорты в центре делится на 4 равных сектора по квадрантам (1 квадрант – 0-90°, 2 – 91-180°, 3- 181 – 270°, 271 – 360° согласно сагиттальной и фронтальной плоскостям).

Измерения проводились в программе VidarDicomViewer 3.4. Данные обработаны в программе MS Excel и представлены в формате Статистика 15.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования начального отдела чревного ствола в аксиальной и сагиттальной плоскостях во всех случаях была выявлена воронкообразная форма. Отрезок между двумя точками на внутренней поверхности стенки брюшной аорты, который является основанием воронки составил 9,2 [8,6; 9,9] мм. Расстояние между точками на внутренней поверхности стенки чревного ствола, от которых сужение просвета сосудов приобретает более плавный характер (вершина воронки), составило 6,1 [5,4; 6,9] мм. Расстояние между основанием воронки и её вершиной – 4,0 [3,4; 4,3] мм. Нижний угол отхождения ЧС от аорты был равен 52° [43°; 67°].

ЧС от аорты в 100% случаев начинался в секторе № 2. В 28% случаев уровень отхождения ЧС соответствовал уровню позвонка Th12, в 38% случаев отхождение ЧС соответствовало уровню между позвонками Th12-L1, в 26% случаев отхождение ЧС соответствовало уровню позвонка L1, в 2% случаев отхождение ЧС соответствовало уровню позвонков L1-L2, в 7% случаев определить скелетотопию не удалось.

В результате исследования верхней брыжеечной артерии в 100 % случаев также была обнаружена воронкообразная форма начального отдела.

Диаметр основания воронки составил 10,2 [9,3; 11,5] мм. Диаметр вершины воронки, составил 6,8 [6,0; 7,7] мм. Расстояние между основанием воронки и её

вершиной было равно 3,8 [3,3; 4,4] мм. Нижний угол отхождения ВБА от аорты был равен 62° [52°; 77°].

ВБА от аорты в одном случае отходила в секторе № 1, в остальных случаях был сектор № 2. В 7% случаев отхождение ВБА соответствовало уровню позвонка Th12, в 14% случаях отхождение ВБА соответствовало промежутку Th12-L1, в 55% случаях отхождение ВБА соответствовало уровню L1, в 9% случаях отхождение ВБА соответствовало уровню L1-L2, в 7% случаях описать скелетотопию не удалось, так как на снимке видна только часть позвоночника. В результате исследования нижней брыжеечной артерии во всех случаях также была обнаружена воронкообразная форма начального отдела. Диаметр основания воронки составил 4,3 [3,7; 5,1] мм. Расстояние между точками на внутренней поверхности стенки нижней брыжеечной артерии, от которых сужение просвета сосудов приобретает более плавный характер (вершина воронки), составило 2,6 [2,4; 2,9] мм. Расстояние между основанием воронки и её вершиной было равно 2,4 [2,2; 2,8] мм. Угол между нижней стенкой НБА и стенкой аорты был равен 39° [32°; 47°]. Во всех случаях НБА отходит от аорты в секторе № 2. В 10% случаях отхождение НБА соответствовало уровню L2-L3, в 64% случаях отхождение НБА соответствовало L3, в 10% случаях отхождение НБА соответствовало промежутку позвонков L3-L4, в 2% случаев отхождение НБА соответствовало уровню позвонка L4, в 12% случаях определить скелетотопию не удалось, так как на снимке видна только часть позвоночника.

Выводы.

1. Во всех исследуемых случаях у чревного ствола (ЧС), верхней брыжеечной артерии (ВБА) и нижней брыжеечной артерии (НБА) была выявлена воронкообразная форма начального отдела при отхождении от брюшной аорты. Это указывает на типичный, а не вариантный, характер формы у представителей Гомельского региона.

2. Установлены количественные характеристики начального отдела сосудов:

Диаметр основания наибольший у ВБА (медиана 10.2 мм), средний у ЧС (9.2 мм) и наименьший у НБА (4.3 мм), что коррелирует с калибром самих сосудов.

Размер вершины (диаметр сосуда после завершения сужения) также закономерно уменьшается от ВБА (6.8 мм) к ЧС (6.1 мм) и НБА (2.6 мм).

Длина (расстояние от основания до вершины) была схожей для ЧС и ВБА (около 4.0 мм и 3.8 мм соответственно) и меньшей для НБА (2.4 мм).

3. Углы отхождения от аорты: наиболее острый угол отхождения наблюдался у НБА (медиана 39°), что соответствует её каудальному направлению. ВБА отходила под более прямым углом (медиана 62°), а ЧС – под промежуточным (медиана 52°).

4. В подавляющем большинстве случаев все три артерии отходили от аорты в секторе № 2. Лишь в одном наблюдении ВБА отходила в секторе № 1, что можно рассматривать как анатомический вариант.

5. Выявлена значительная вариабельность уровня отхождения артерий относительно тел позвонков:

ЧС: чаще всего отходит на уровне тела позвонка Th12 или в промежутке Th12-L1. Встречались варианты отхождения на уровнях от L1 до L1-L2.

ВБА: преимущественно отходит на уровне тела позвонка L1 (в 55% определимых случаев), реже – выше или ниже.

НБА: наиболее часто отходит на уровне тела позвонка L3 (в 66% определимых случаев), с возможностями отхождения от L2 до L4.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бут-Гусаим, Г. В. Практическая анатомия чревного ствола и его коллатерального кровообращения / Г. В. Бут-Гусаим, А. В. Воробей, И. А. Давидовский // Хирургия. Восточная Европа. – 2022. – Т. 11, № 3. – С. 368–379.

ДЕГИСЦЕНЦИЯ СТЕНКИ КАНАЛА ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Гапоник А. М.

*Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Республика Беларусь*

Актуальность. Вовлечение в патологический процесс лицевого нерва (ЛН) в результате повреждения височной кости может привести к парезу или параличу мимической мускулатуры, что снижает качество жизни пациента и оказывает влияние на его психоэмоциональное состояние [1, с. 59]. Костный канал ЛН имеет сложную топографию, и, кроме того, на своем пути ЛН прилежит к структурам среднего и внутреннего уха и отделен от них тонкой костной стенкой. В связи с этим изменения ЛН в его интратемпоральной части могут быть обусловлены: патологией самого нерва, поражением стенок его канала, переходом патологического процесса с соседних структур на ЛН, а также ятрогенными поражениями последнего в результате оперативных вмешательств на среднем ухе и височной кости. В данной работе будет осуществлен анализ некоторых патологических процессов и состояний, которые приводят к изменению стенок костного канала ЛН.

Цель. Провести обзор состояний, приводящих к изменениям костных стенок канала ЛН.

Методы исследования. Изучение и анализ научной литературы, релевантной теме исследования.