

the two branchings), forming a hexagonal cell shape. In the case of the network model of the arterial bed, it was described as a combination of arterial segments, forming a network.

Key words: mathematical modeling, the vascular bed, the mesenteric arteries

Отримано до редакції 12.04.2013 р.

УДК 616.718.19-089:611.137.2/.8

**ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ВЗАИМООТНОШЕНИЙ НАРУЖНЫХ И ВНУТРЕННИХ
ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ И ВЕН, ЗНАЧИМЫХ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
В ОБЛАСТИ ТАЗА**

Жиляев Р.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье представлены результаты проведенных исследований на 42 нефиксированных трупах людей и 36 фиксированных трупах. Данные исследований показали, что при оперативных вмешательствах смещаемость наружной подвздошной артерии и вены снаружии недостаточна для широкого обнажения внутренней поверхности подвздошной кости, поэтому в данной области целесообразнее обнажать кость поднадкостнично и *a. appendicularis* может формироваться от правой внутренней подвздошной артерии

Ключевые слова: подвздошные артерии

По мнению большинства специалистов, занимающихся проблемой лечения пострадавших с повреждениями таза, современная травма характеризуется ростом тяжести анатомо-морфологических структур повреждения таза [1, 2, 7]. Поэтому при проведении оперативных вмешательств в области таза, необходимо учитывать синтопию и скелетотопию магистральных кровеносных сосудов таза и их ветвей.

Цель исследования: Изучить варианты топографо-анатомические особенности наружных и внутренних подвздошных артерий и вен значимые при проведении оперативных вмешательствах.

Материал и методы

Топографо-анатомические исследования проведены на 42 нефиксированных трупах людей на базе областного бюро судебно-медицинской экспертизы ДОКТМО и 36 фиксированных трупах людей

на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, нормальной анатомии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. Всего исследовано 78 трупов взрослых людей обоего пола, умерших в возрасте от 24 до 76 лет. Все полученные данные протоколировались, обрабатывались статистически. Анализ полученных результатов выполняли при помощи лицензионного статистического пакета программы «MedStat».

Для топографо-анатомического исследования кровоснабжения крестцово-подвздошной области таза использовался чрезбрюшинный доступ, который выполняли в положении трупа на спине с приподнятым тазом, под крестец подкладывали валик высотой 12 см. Разрез кожи, подкожной клетчатки, фасции начинали от пупка и продолжали до лобкового симфиза. Брюшная полость вскрывалась по белой линии живота, после расширения краёв раны петли тонкого кишечника смещали вправо и вверх и с помощью больших марлевых салфеток отделяли от краёв раны, сигмовидная кишка смещалась влево, париетальный листок брюшины вначале анатомическими пинцетами приподнимали, а затем ниже бифуркации аорты на 2,8-3см рассекали, что предупреждало повреждение сосудов.

Результаты и их обсуждение

По данным наших исследований, было отмечено, что правая и левая наружные подвздошные вены диаметром $1,2 \pm 0,1$ см. представляли собой продолжение бедренной вены и проходили под паховой связкой вверх, повторяя ход одноимённой артерии, располагаясь кнутри и несколько книзу от них. Вена проходила в одном фасциальном футляре вместе с артерией и фиброзными перемычками соединялась с тазовой фасцией и выделить сосуды можно только после отделения их от этих перемычек. Стоит отметить, что смещаемость наружной подвздошной артерии и вены кнаружи возможно в пределах $2,6 \pm 0,2$ см. Этого недостаточно для широкого обнажения внутренней поверхности подвздошной кости, поэтому в данной области целесообразнее обнажать кость поднадкостнично. При этом наружная подвздошная артерия и вена, фиксируясь к наружному листку тазовой фасции, смещаются вместе с подвздошной мышцей и хорошо защищаются ею от костных отломков, вследствие переломов тазовых костей.

К тазовому кольцу непосредственно прилежит и внутренняя подвздошная артерия и некоторые её ветви. При выполнении оперативных доступов к внутренней поверхности подвздошной кости, особенно к области большой седалищной вырезки и крестцово-

подвздошному сочленению, хирургу приходится вступать в контакт с этой артерией. Некоторые авторы называют внутреннюю подвздошную артерию «аортой» малого таза [2, 3, 5, 6].

Наши топографо–анатомические исследования показали, что внутренняя подвздошная артерия в самом начале огибала большую поясничную мышцу с внутренней стороны, а затем направлялась несколько кзади и кнаружи – проходила по внутренней стенке малого таза, опускаясь вниз. Длина артерии как справа, так и слева составляла $5,7\pm 1,5$ см., диаметр её $0,52\pm 0,12$ см. Правая одноимённая вена располагалась медиально и сзади от артерии, левая – латеральнее. Диаметр вены всегда был больше диаметра артерии и составлял от $0,9\pm 0,2$ см. Сосуды сопровождала клетчатка толщиной $0,25\pm 0,05$ см. Смещаемость сосудов в медиальном направлении возможна в пределах от $1,4\pm 0,8$ см. Артерия сравнительно легко отделялась от вены. Артерия сопровождает тазовую кость, крестец, мышцы таза, внутренние органы малого таза, наружные половые органы и промежность. Артерия и вена имеет сеть анастомозов с сосудами таза, крестца, ягодичной области, тазовых органов, бедра, наружных половых органов, промежности и сосудов поясничной области, посредством которых, легко восстанавливается недостаток кровообращения после перевязки внутренней подвздошной артерии [8]. Следует отметить, что органые ветви внутренней подвздошной артерии при оперативных доступах к костям таза повреждаются редко, в то же время топографо-анатомические особенности расположения и прохождения верхней и нижней ягодичных, запирающих и срамных артерий, имеют непосредственное отношение при выполнении доступов к костям таза. Примечательно, что передняя ветвь внутренней подвздошной артерии, начинаясь у верхнего края седалищной вырезки, проходила впереди грушевидной вырезки к нижней полуокружности большого седалищного отверстия. От передней ветви в основном отходили сосуды к органам малого таза. Задняя ветвь и отходящие от неё артерии имеют непосредственное отношение к стенкам таза. Так задняя ветвь направлялась вниз к отверстию на грушевидной мышцей. На своём протяжении ветвь отдавала подвздошно-поясничную и боковую крестцовую артерии и завершалась верхней ягодичной артерией.

Среди уникальных случаев, на наш взгляд, формирования ветвей внутренней подвздошной артерии стоит отметить 1 труп женщины 64 лет, у которой *a. appendicularis* формировалась из переднего ствола правой подвздошной артерии, вступала в брыжейку червеобразного

отростка, фиксированную к задней стенке брюшной полости, при этом верхняя брыжеечная артерия в кровоснабжении червеобразного отростка участия не принимала. В двух случаях от общего ствола правой подвздошной артерии формировалась добавочные а. appendicularis диаметром 0,16см и 0,17см соответственно, которые вступали в брыжейку червеобразного отростка, фиксированную к медиальному краю купола слепой кишки. В этих случаях а. appendicularis формировалась из системы верхней брыжеечной артерии.

Выводы

1. При оперативных вмешательствах смещаемость наружной подвздошной артерии и вены кнаружи недостаточна для широкого обнажения внутренней поверхности подвздошной кости, поэтому в данной области целесообразнее обнажать кость поднадкостнично.
2. а. appendicularis может формироваться от правой внутренней подвздошной артерии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гайко Г. В. Стан і проблеми ортопедо-травматологічної допомоги населенню України / Г. В. Гайко, А. В. Калашников, Є. В. Лимар // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2004. – № 2. – С. 5–9.
2. Диагностика скрытых повреждений тазового кольца / Д. И. Черкес-Заде, О. Л. Нечволодова, А. Ф. Лазарев [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 1998. – № 2. – С. 15–18.
3. Золотко Ю. Л. Атлас топографической анатомии человека / Ю. Л. Золотко. – Москва : Медицина, 1976. – Т. 3. – 296 с.
4. Клиническая ангиология : [уководство для врачей / [под ред. акад. РАМН Покровского А. В]. – М. : Медицина, 2004. – Т. 2. – 888 с.
5. Кованов В. В. Хирургическая анатомия артерий человека / В. В. Кованов, Т. И. Аникина. – Москва : Медицина, 1974. – 360 с.
6. Кульчицкий Н. І. Оперативна хірургія і топографічна анатомія / Н. І. Кульчицкий. – Київ : Вища школа, 1994. – 464 с.
7. Травма таза (клиника, диагностика, лечение) / В. А. Бабоша, В. Г. Климовицкий, В. Н. Пастернак, Г. В. Лобанов [и др.]. – Донецк, 2000. – 176 с.
8. Ярошак В. В. Двусторонняя перевязка внутренних подвздошных артерий в хирургии органов малого таза : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / В. В. Ярошак. – Донецк, 1975. – 24 с.

**ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМВІДНОСИН
ЗОВНІШНІХ І ВНУТРІШНІХ КЛУБОВИХ АРТЕРІЙ І ВЕН, ЗНАЧУЩИХ
ПРИ ПРОВЕДЕННІ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ В ДІЛЯНЦІ ТАЗУ**

Жиляєв Р.О.

Резюме. У статті представлені результати проведених досліджень на 42 нефіксованих трупах людей і 36 фіксованих трупах. Дані досліджень показали, що при оперативних втручаннях змістимість зовнішньої клубової артерії і вени кзовні недостатня для широкого оголення внутрішньої поверхні клубової кістки, тому в даній області доцільніше оголяти кістку піднадкістково і а. appendicularis може формуватися від правої внутрішньої клубової артерії

Ключові слова: клубові артерії

**TOPOGRAPHY-ANATOMICAL FEATURES OF RELATIONS OF THE
EXTERNAL AND INTERNAL ILIAC ARTERIES AND VEINS MEANINGFUL
DURING CONDUCTING OF OPERATIVE INTERFERENCES IN AREA OF
PELVIS**

Zhylyayev R.A.

Summary. The results of the conducted researches on 42 unfixed cadavers of the people and 36 fixed cadavers are represented in the article. Information of researches was shown, that at operative interventions from meeting external iliac artery and vein to outside is insufficient for the wide baring of internal surface of ilium, therefore in this region better to bare the bone of subperiosteum and a. appendicularis can be formed from a right internal iliac artery

Key words: iliac arteries

Отримано до редакції 07.03.2013 р.

УДК 616.127-007.61-021.3-036.1-018

**ПЕРВИЧНАЯ (ИДИОПАТИЧЕСКАЯ)
ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ
(АНАЛИЗ СЕКЦИОННЫХ ДАННЫХ ПО ДОНЕЦКОМУ
ОБЛАСТНОМУ КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕРРИТОРИАЛЬНОМУ
МЕДИЦИНСКОМУ ОБЪЕДИНЕНИЮ ЗА 20 ЛЕТ)**

Пискунова Н.В., Дядык Е.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Представлена клинично-морфологическая характеристика первичной (идиопатической) гипертрофической кардиомиопатии на основании анализа 6274 секционных наблюдений за 20 лет. Определена частота и морфологические проявления ГКМП, причины смерти.

Ключевые слова: первичная гипертрофическая кардиомиопатия, морфологические особенности