

ВАРИАНТНАЯ ТОПОГРАФИЯ АНАСТОМОЗОВ ПАРИЕТАЛЬНЫХ ВЕТВЕЙ ВНУТРЕННЕЙ ПОДВЗДОШНОЙ АРТЕРИИ

А.В.Кузьменко, А.Б.Зарицкий, Т.В.Семёнова, В.Л.Подоляка

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав. – проф. Т.В.Семёнова) Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького

Несмотря на большое количество работ о коллатеральном кровообращении таза [1, 2] остаётся много пробелов в проведенных исследованиях, отсутствует целостная картина артериально-анастомозирования в малом тазу. В литературе недостаточно описаны средние и мелкие артериальные коллатерали, что объясняется трудной и длительной их препаровкой. Данные об анастомозировании артерий таза имеют большое практическое значение [3, 4]. В современных учебных пособиях [5, 6] описаны анастомозы верхней ягодичной артерии (ВЯА) с нижней ягодичной (НЯА), глубокой огибающей подвздошную кость, латеральной огибающей бедренную кость артериями, а также НАА – с запирающей, медиальной огибающей бедренную кость, первой прободающей бедро, латеральной и медиальной крестцовыми артериями. В.В.Кованов (1963) описал коллатерали между подвздошно-поясничной (ППА) и ВЯА, верхней надчревной и нижней надчревной артериями. Однако отсутствуют сведения о частоте наличия того или иного анастомоза. Ряд исследователей описывают артериальные анастомозы поверхностно [7, 8].

Цель исследования. Дополнить сведения по коллатеральному кровообращению малого таза данными собственных исследований.

Материал и методы. Исследовали 50 трупов людей (нативных – 30, фиксированных – 20). Магистральные артерии и их анастомозы выделяли справа и слева, что составило 100 случаев. Трупов мужчин было 32, женщин 18. Возраст умерших варьировал от 30 до 75 лет. Исследования проводили на базе кафедр судебной медицины и основ права, оперативной хирургии с топографической анатомией Донецкого медицинского университета.

На всех трупах была выполнена срединная лапаротомия. Петли тонкой кишки отодвигали в область верхнего этажа брюшной полости, затем

рассекали задний листок париетальной брюшины и проникали в забрюшинное пространство. Во всех случаях выделяли аорту на протяжении 10-15 см, общие подвздошные артерии, наружные (НПА) и внутренние (ВПА) подвздошные артерии, а также ППА, боковые крестцовые, запирающие, ВЯА и НЯА вместе с их анастомозами. После выявления особенностей и вариантов анастомозирования вышеперечисленных артерий, разрез послойно ушивали. Труп переворачивали на живот. Проводили разрезы в ягодичных областях, которые начинались на 5 см выше большого вертела бедренной кости, охватывали в виде дуги ягодичную область и заканчивались на уровне задней верхней подвздошной ости. Соответственно каждому разрезу в виде лоскута пересекали большую ягодичную мышцу и вместе с кожей откидывали кверху, что позволяло подойти к ВЯА и НЯА и проследить их внебазовые анастомозы. Ягодичные разрезы после выполнения намеченной работы послойно ушивали.

Результаты исследования и их обсуждение. ППА в 3% случаев формировалась из НПА, 18% – от общего ствола ВПА, 32% – от заднего ствола ВПА, 29% – из общего ствола ВЯА. В 18% она отходила от ВЯА в начальном её отделе. На протяжении до 2,8 см от уровня своего формирования ППА анастомозировала со следующими артериями: в 68% – с боковой крестцовой, 82% – с ВЯА, 42% – с НЯА, 53% – с НПА и в 31% – с запирающей. В 97% случаев имела на своём протяжении множественные анастомозы с четвёртой поясничной артерией и в 64% – с глубокой огибающей подвздошную кость артерией.

Боковая крестцовая артерия (БКА) в 62% случаев проходила единым стволом, в 21% – двумя стволами и в 17% – тремя стволами. От общей подвздошной артерии она отходила в 5%, в 28% – от общего ствола ВПА. В 31% случаев ответвлялась от заднего ствола ВПА, 7% – от ППА, 29% – от ВЯА.

БКА имела коллатерали в 68% с ППА, 83% – с ВЯА, 56% – с НЯА, 22% – с внутренней половой, 35% – с запирающей, 28% – с НПА, 89% – с медиальной крестцовой артериями. БКА имела ряд важных висцеральных анастомозов в 12% с яичковой, 5% – с яичниковой артерией, 3% – с верхней прямокишечной, 8% – со средней прямокишечной артериями.

Запирающая артерия (ЗА) в 64% случаев формировалась из переднего ствола, а в 36% – из магистрального ствола ВПА. В своём внутритазовом отделе ЗА в 62% анастомозировала с одноимённой артерией противоположной стороны, 31% – с ППА, 35% – с боковой крестцовой, 66% – с ВЯА, 25% – с внутренней половой, 73% – с НЯА, 28% – с маточной артерией, 11% – с яичковой, 33% – со средней прямокишечной, 18% – с нижней мочепузырной, 13% – с яичниковой артериями. Внетазовый отдел ЗА в 100% случаев образует коллатерали с медиальной, а в 87% – с латеральной огибающими бедренную кость артериями. В 84% ЗА анастомозирует с внутренней половой, 47% – с НЯА, 39% – с наружной половой, 63% – с первой прободающей бедро артериями.

ВЯА имела наружный диаметр в пределах от 3,0 мм до 4,5 мм. В 73% она шла единым стволом, а в 27% – двумя стволами. В 19% ВЯА брала начало из общего ствола ВПА, в 29% – от общего ствола, включающего кроме неё НЯА и ППА. В 52% она формировалась из заднемедиальной полуокружности заднего ствола ВПА. В своём начальном отделе ВЯА имела большое количество анастомозов как с париетальными, так и с висцеральными ветвями ВПА, а также с ветвями НПА. В 82% случаев она формировала коллатерали с ППА, 83% – с БКА, 67% – с медиальной крестцовой, 84% – с НЯА, 34% – с внутренней половой, 66% – с ЗА, 35% – с глубокой артерией, огибающей подвздошную кость. Анастомозирование с висцеральными артериями встречалось со следующей частотой: в 21% – с яичниковой, 13% – с яичковой, 8% – с верхней прямокишечной, 4% – с маточной, 5%

– с нижней мочепузырной артериями. Во внутриканальном отделе ВЯА коллатерали не образовывала. Внетазовый отдел ВЯА имел выраженные анастомозы в 82% с глубокой артерией, огибающей подвздошную кость, 65% – с НЯА, 54% – с внутренней половой артериями.

НЯА своим внутритазовым отделом проходила над грушевидной мышцей кпереди от II-IV крестцовых нервов и на протяжении 1,0-2,0 см имела хорошо выраженные артериальные анастомозы с ППА в 42% и с БКА в 56%. С ВЯА она анастомозировала в 84% случаев, с внутренней половой – 52%, с ЗА – 73%, с яичниковой – 18%, с яичковой – 9%, с верхней прямокишечной – 27%, со средней прямокишечной – 33%, с маточной – 8%, с нижней мочепузырной – 17%; в 15% – с артерией семявыносящего протока и в 12% – с глубокой артерией, огибающей подвздошную кость. Внетазовый отдел НЯА проецировался книзу и латеральнее линии, проведенной от задней верхней подвздошной ости к внутреннему краю седалищного бугра. Здесь она формировала артериальные коллатерали со следующими ветвями ВЯА: с верхней глубокой ветвью в 51%, с короткими ветвями – 63%, с поверхностной ветвью – 89%, с нижней глубокой ветвью – 77%. В 98% случаев НЯА имела выраженные анастомозы с внутренней половой артерией, 78% – с медиальной артерией, огибающей бедренную кость, 53% – с латеральной артерией, огибающей бедренную кость, 47% – с ЗА, 32% – с первой прободающей бедро артериями. В 100% случаев от внетазового отдела НЯА отходила артерия, сопровождающая седалищный нерв.

Вывод. Ветви наружной и внутренней подвздошных артерий образуют между собой многочисленные артериальные коллатерали, которые необходимо учитывать во время остановки кровотечения из магистральных артерий малого таза при их повреждении.

Перспективы научного поиска. Целесообразно изучить коллатеральное кровообращение малого таза в раннем периоде онтогенеза человека.

Литература

1. Ахтемійчук Ю.Т., Сорохан В.Д. Особливості артеріального кровообігу малого таза // Вісн. морфол. – 2002. – Т. 8, № 1. – С. 167-169.
2. Сорохан В.Д., Ахтемійчук Ю.Т. Особливості хірургічної анатомії внутрішньої клубової артерії та їх практичне значення // Укр. мед. альманах. – 2000. – Т. 3, № 4. – С. 195-197.
3. Ахтемійчук Ю.Т., Сорохан В.Д. Оголення і перев'язка внутрішніх клубових артерій // Укр. мед. альманах. – 2001. – Т. 4, № 6. – С. 16-20.
4. Мамедалиев Н.А., Зарицкий А.Б., Семёнова Т.В. и др. Вариантная топография ягодичных артерий, значимая при ранении ягодичной области / Тези доп. Всеукраїнської наук. конф. "Акт. пит. клін. анат.

та опер. хірургії" // Клін. анат. та опер. хірургія. – 2004. – Т. 3, № 3. – С. 51-52. 5. Синельников Р.Д., Синельников Я.Р. Атлас анатомии человека. – М.: Медицина, 1996. – Т. 3. – 232 с. 6. Оперативна хірургія: хірургічні операції та маніпуляції // І.У.Свистонюк, В.П.Пішак, М.Д.Люттик, Ю.Т.Ахтемійчук / За ред. І.У.Свистонюка. – К. Здоров'я, 2001. – 368 с. 7. Семенова Т.В., Жук І.В., Сироїд Д.В. Оперативна хірургія з топографічною анатомією: Метод. вказівки до практ. занять. – Донецьк, 2003. – 226 с. 8. Скрипніков М.С. Оперативна хірургія і топографічна анатомія. – К.: Вища школа, 2000. – 501 с.

ВАРІАНТНА ТОПОГРАФІЯ АНАСТОМОЗІВ ПАРІЄТАЛЬНИХ ГІЛОК ВНУТРІШНЬОЇ КЛУБОВОЇ АРТЕРІЇ

А.В.Кузьменко, А.Б.Зарицький, Т.В.Семенова,
В.Л.Подолька

Резюме. У статті наведені особливості артеріального колатерального кровообігу таза на основі власних досліджень. Матеріал дослідження – 50 трупів дорослих людей. Гілки зовнішньої і внутрішньої клубових артерій утворюють між собою численні анастомози, що варто врахувати під час припинення тазових кровотеч.

Ключові слова: колатеральний кровообіг, таз, людина, анатомія.

VARIANT TOPOGRAPHY OF ANASTOMOSES OF THE PARIETAL BRANCHES OF THE INTERNAL ILIAC ARTERY

A.V.Kuzmenko, A.B.Zarytsky, T.V.Semionova,
V.L.Podoliaka

Abstract. The paper deals with the peculiarities of the pelvic arterial collateral blood circulation based on the authors' own studies. The material of the study – 50 corpses of adult persons. The branches of the internal and external femoral arteries form numerous anastomoses among themselves. This fact is worth being taken into account during the stoppage of pelvic bleedings.

Key words: collateral blood circulation, pelvis, human, anatomy.

M.Gorkyi State Medical University (Donetsk)

Надійшла в редакцію 16.05.2005 р.

© Овчар Т.Т., Петулько А.П., Овчар І.В.

УДК 618.36.616.155.194-018.576.031

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Т.Т.Овчар, А.П.Петулько, И.В.Овчар

Днепропетровская государственная медицинская академия

Несмотря на проведение профилактики и лечения железодефицитных состояний на уровне государственных программ, анемия остается одним из наиболее распространенных заболеваний – 50-90% беременных женщин [1]. Железодефицитная анемия (ЖА) оказывает отрицательное влияние на течение беременности, родов, послеродового периода, состояние плода и новорожденного. Ведущими осложнениями беременности и родов являются невынашивание, гестозы, фетоплацентарная недостаточность, гипоксия плода [2, 3]. Плацентарная недоста-

точность угрожает жизни плода. Она вызывает изменения компенсаторно-приспособительных реакций в анте- и интранатальном периодах, срыв адаптационных механизмов у ребенка в первые дни жизни и тем самым увеличивает перинатальную заболеваемость и смертность [4].

Цель исследования. Изучить морфологические особенности плаценты (Пц) с учетом тяжести течения ЖА.

Материал и методы. Во второй половине беременности обследовано комплексно 75 женщин с ЖА и 25 здоровых женщин с физиологическим течением