

СУЧАСНІ ДОСЯГНЕННЯ КЛІНІЧНОЇ АНАТОМІЇ

УДК 616-005.5

ПРО ЗНАЧЕННЯ ВНУТРІШНЬОЇ КЛУБОВОЇ АРТЕРІЇ В КОЛАТЕРАЛЬНОМУ КРОВООБІГУ ТАЗОВОЇ КІНЦІВКИ

А.А.Архипович, Л.В.Солошенко

*Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця, м. Київ*

Експериментальною твариною обрано кролика, в якого спільна клубова артерія ділиться на внутрішню (підчеревну) і зовнішню, остання продовжується у стегнову артерію. Ми поставили 6 дослідів на кроликах тривалістю від 7 до 112 днів з однобічною одночасною перев'язкою зовнішньої клубової і стегнової артерій. Після евтаназії артеріальну систему тварин заповнювали рентгеноконтрастною масою з подальшою рентгенографією і препаруванням. Вже на 2-му тиж після виключення зовнішньої клубової і стегнової артерій збільшується діаметр внутрішньої клубової артерії на оперованому боці, яка стає проміжним ланцюгом у відновленні кровообігу тазової кінцівки. На 6-8 тиж з великопетлистий внутрішньом'язової сітки в найбільш вигідних гемодинамічних умовах розвиваються значні звивисті колатеральні шляхи. Із м'язових колатералей найбільшу роль у відновленні кровообігу тазової кінцівки відіграють колатералі, які розвиваються у затульних м'язах; між внутрішньою соромітною і глибокою стегновою артеріями; у великому привідному м'язі стегна – між нижньою сідничною і медіальною огиною артерією стегна; у клубово-поперековому м'язі – між клубово-поперековою і бічною огиною артерією стегна; у сідничних м'язах – між верхньою сідничною і бічною огиною артерією стегна. При широкому виключенні артеріальних магістралей тазової кінцівки розвиваються довгі колатеральні шляхи у двоголовому та напівсухожилковому м'язах стегна. Вони забезпечують кровотік у напрямку: внутрішня клубова артерія – нижня сіднична артерія – каудальна (дистальна) артерія стегна.

УДК 611.746.3-053.9

ПРОСТОРОВА ОРГАНІЗАЦІЯ ПАХВИННОЇ ДІЛЯНКИ В ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Ю.Т.Ахтемійчук, І.В.Тетірко, О.В.Цигикало

*Буковинська державна медична академія,
м. Чернівці*

Складність структурної організації пахвинної ділянки (ПД) визначається розміщенням пахвинного каналу з його вмістом, особливостями кровопостачання, іннервації та відтоку лімфи, багатошаровою будовою м'язово-апоневротичних, фасціальних, клітковинних компонентів тощо. У процесі старіння людини певні морфологічні зміни структур ПД у поєднанні з віковими морфофункціональними змінами життєво важливих органів збільшують ризик загальної анестезії та зменшують радикалізм хірургічного лікування. Необхідність вирішення актуальної медико-соціальної проблеми – турботи про здоров'я та якість життя людей пенсійного віку – змушує вчених теоретичної і практичної ланки охорони здоров'я активізувати зусилля щодо вивчення топографо-анатомічних особливостей органів, структур та ділянок тіла літніх людей. При вивченні просторової організації ПД 12 нефіксованих трупів людей літнього та старечого віку без патології передньобічної стінки живота нами виявлено, що нижня межа ПД, яка є важливим орієнтиром, наприклад, при виконанні доступів до пахвинного каналу, у 83,3% випадків (10) не відповідає проєкційній лінії пахвинної зв'язки, а зміщена відносно неї вниз на 1,5-2,5 см. На всіх препаратах нижньою стінкою пахвинного каналу є пахвинна зв'язка та апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота (ЗКМЖ), передньою – апоневроз ЗКМЖ та окремі волокна м'яза-підіймача яєчка (на препаратах чоловічої статі), верхньою стінкою латерального відділу каналу є нижній край поперечного м'яза живота, в середній частині – вільний край пахвинної дуги, в медіальному відділі – верхня стінка відсутня, тобто канал втрачає м'язове покриття.

Приклад бібліографічного опису тез:

Архипович А.А., Солошенко Л.В. Про значення внутрішньої клубової артерії в колатеральному кровообігу тазової кінцівки / Тези доп. Всеукраїнської наук. конф. “Акт. п.т. клін. анат. та опер. хірургії” // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2004. – Т. 3. № 3. – С. 37.