

с 2012 г. число прооперированных в связи с приобретенной патологией сердца увеличилось на 5,9%. В 2013 году в РФ прооперировано 10534 пациента, из них с патологией клапана аорты — 6274 пациента.

Основная часть: среди всех пороков клапанов сердца ведущее место принадлежит патологии корня аорты (КА), который находится практически в анатомическом центре мышечного массива сердца. Корень аорты — это клапан аорты с фиброзным кольцом, синусы Вальсальвы, синотубулярное соединение [2]. При изучении клапана аорты, как запирающего элемента выходного тракта левого желудочка, группой авторов (Дземешкевич С.Л., 2004, Константинов Б.А., 1989, Anderson R.H., 1991, Brewer R.J., 1976) были сделаны выводы о необходимости изучения этих структур как единого анатомо-функционального комплекса. В основе этих структур лежит насилие прочного каркаса, состоящего из плотно прилегающих друг к другу коллагеновых структур и внешних структур (стенки синусов, створки)[2]. Каркас корня аорты — единый комплекс, состоящий из прочных фиброзных элементов и фиброзного основания створок клапана. При всем этом в мире до сих пор не существует единого мнения о том, как лучше всего рассматривать структуры корня аорты. Знания анатомии корня аорты имеет ведущее значение при таких патологических состояниях: 1. аортальный стеноз, аортальная недостаточность, ревматическое и инфекционное поражение; 2. дисплазия соединительной ткани; 3. Врожденном пороке клапана аорты (двухстворчатый аортальный клапан); 4. аневризмах корня аорты и восходящего отдела аорты и пр.

Заключение: хирургия корня аорты — одна из наиболее сложных и требующих внимания разделов кардиохирургии. Кардиохирург сможет успешно провести оперативное вмешательство и достичь хороших результатов при условии абсолютного знания анатомии КА и этиопатогенеза патологического процесса в этой области[2].

Литература

1. Марченко С.П. Реконструктивная хирургия атриовентрикулярных клапанов сердца. Автореф. дис... доктор.мед.наук. Санкт-Петербург, 2008.
2. Рассейкин Е.В. Клапаносодержащий конduit в хирургии аорты. Дис... доктор. мед. наук. Москва, 2014.
3. Шихвердиев Н.Н., Г.Г. Хубулава, С.П. Марченко. Лечение пациентов кардиологического профиля. Современные хирургические возможности («кардиохирургия для кардиологов»). Раздел 2. Хирургическое лечение сердечной недостаточности, обусловленное наличием пороков сердца. СПб., 2011. 179 с.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СИНОВИАЛЬНЫХ ВЛАГАЛИЩ В ОБЛАСТИ СТОПЫ

Березкина Н.А., Киселев В.С.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Карелина Н.Р.

Кафедра анатомии человека

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение: строение синовиальных влагалищ до настоящего времени остается недостаточно изученным. Однако знание тонкой организации футляров вокруг сухожилий мышц необходимо для успешного лечения травм в области голеностопного сустава.

Основная часть: известны следующие синовиальные влагалища в области голеностопного сустава: с латеральной стороны лодыжки — общее синовиальное влагалище малоберцовых мышц; с медиальной стороны лодыжки — влагалище сухожилия задней большеберцовой мышцы, влагалище сухожилий длинного сгибателя пальцев стопы; на тыле стопы — влагалище сухожилия передней большеберцовой мышцы, влагалище сухожилия длинного разгибателя большого пальца стопы, влагалище сухожилий длинного разгибателя пальцев стопы; на подошве стопы — подошвенное влагалище сухожилия длинной малоберцовой мышцы и синовиальные влагалища сухожилий пальцев стопы. Синовиальное влагалище — это замкнутый соединительнотканый мешок, заполненный синовиальной жидкостью, состоящий из висцерального листка (эпитеона), покрывающего сухожилие с тех сторон, где оно не прилежит к кости, и парие-

тального литка (перитенона), который прилежит к поверхности фиброзного канала. Листки переходят друг в друга без границ. Внутренняя поверхность синовиального влагалища покрыта синовиальной жидкостью, а наружная-рыхлой соединительной тканью. Место, где сухожилие соприкасается с поверхностью кости и к нему подходят нервы и сосуды, называется брыжейкой (мезотеноном). Воспаление синовиальных оболочек влагалищ чаще всего сопровождается сдавливанием сосудов и нервов в области мезотенона. Нарушение питания сухожилий без срочного хирургического вмешательства может привести к их омертвлению.

Заключение: остановить распространение воспалительного процесса и предотвратить омертвление тканей сухожилий и их синовиальных влагалищ возможно только оперативным путем. Знание особенностей их строения увеличивает шансы на сохранение подвижности мышц. Особую значимость это играет при диагностике и профилактике спортивных травм.

Литература

1. V.F. Baitinger, Clinical anatomy of «no man's land». 2010, Tomsk.
2. Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. Хирургические болезни. 2012.

ВРОЖДЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ АНАТОМИИ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ: ВЛИЯНИЕ НА ФУНКЦИЮ ПОЧКИ

Богосавлевич М.В., Клименко Е.С.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Карелина Н.Р.

Кафедра анатомии человека

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение: почка — это орган, выполняющий основную фильтрационную функцию, выводя продукты метаболизма из человеческого организма. Процент патологии почек в мире составляет 13–16% от общего числа заболеваний. Выявление вариаций анатомии почечных сосудов и влияние врожденных пороков на функцию почек является чрезвычайно актуальным.

Основная часть: в ходе исследования были изучены вариации анатомии почечных артерий и их влияние на функцию почек и нефрона. Дополнительная нижнеполярная артерия является главной причиной развития гидронефроза, а также пиелонефрита и уролитиазы, а вернеполярная не влияет на уродинамику. Внутрипочечный притягивающий сосуд вызывает болевой синдром, с симптомами васкулярной обструкции чашечки. Солитарная почечная артерия отдает две ветви, но не влияет на уродинамику. Множественные почечные артерии зажимают вены, блокируют венозный отток крови из почки, а также ущемляют мочеточник, что приводит к развитию гидронефроза. Артериальный аортобрыжеечный “пинцет” приводит к ухудшению оттока по почечной вене, к развитию фиброзных тяжей и почечного кровотечения. Двойная почечная артерия не влияет на уродинамику.

Заключение: при изучении и анализе отечественной и зарубежной литературы, не выделяется проблема фильтрации мочи как следствие вариаций анатомии почечных артерий. Однако выделяется проблема выведения мочи в связи с механическим действием сосудов на окружающие анатомические формирования.

Литература

1. Врожденные пороки развития: Практическое руководство / В.Н. Запорожан, И.Л. Бабий, С.Р. Галич-Одесса: ОНМедУ, 2012.
2. Лязюк Г.И. Этиология и патогенез врожденных пороков развития / Под редакцией Г.И. Лязюка / М.: Медицина, 1991.
3. Journal of Anatomy and physiology / Abnormalities of the renal arteries, with remarks on their development and morphology / Alfred H. Young and Peter Thompson.