

Выводы: подмышечная мышечная арка Лангера меняет топографию подмышечной области и усложняет доступ к сосудисто-нервному пучку, лимфатическим узлам и тканям; может являться причиной сдавления n. medianus, n. ulnaris, n. musculocutaneus (болевой синдром, потеря чувствительности, парестезия, отек верхних конечностей), а также a. axillaris (тромбоз); знание вариантной анатомии подмышечной впадины позволяет избежать диагностических ошибок и растерянности при выполнении хирургических вмешательств в данной области.

Литература

1. Огнерубов Н.А. Подмышечная арка Лангера: описание наблюдения / Н.А. Огнерубов // Вестник ТГУ. 2017. № 2. С. 309–311.
2. Привес М.Г. Анатомия человека / М.Г. Привес, Н.К. Лысенков, В.И. Бушкович. СПб.: Гиппократ, 2002. 704 с.
3. Ahmed M. Al Maksoud. Langer's arch: a rare anomaly affects axillary lymphadenectomy / Ahmed M. Al Maksoud, Adel K. Barsoum, and Mohammed M. Moneer // Journal of surgical case reports. 2015. № 12. P. 159.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАНАЛА ПИРОГОВА НА ПЛЕЧЕ

Зайцев А.Д., Терехин А.И.

Научный руководитель: к. м. н., ассистент Туркина З.В., ассистент Тимофеев В.Е.

Кафедра анатомии, кафедра сердечно-сосудистой, рентгенэндоваскулярной, оперативной хирургии и топографической анатомии

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Актуальность исследования: рассмотрение особенностей строения и расположения канала связано с решением как общих задач исследования строения человеческого организма, так и прикладных проблем хирургии верхней конечности.

Цель исследования: выявление особенностей строения канала Пирогова на плече, построение его проекционной линии, определение входа и выхода из него.

Материалы и методы: проводилось препарирование верхних конечностей, взятых у лиц среднего и пожилого возраста обоего пола. Выделялся канал Пирогова, определялись его длина, положение на плече, отношение к плечевой кости, место входа и выхода. Была построена проекционная линия канала.

Результаты: канал Пирогова располагался в расщеплении листка собственной фасции плеча. Его проекционная линия — на средней трети линии, проведенной от вершины подмышечной впадины к середине расстояния между наружным надмышечком плеча и медиальным краем двуглавой мышцы плеча. Расстояние от дистального отверстия канала до линии, проведенной через надмышечки плечевой кости — $6,68 \pm 0,99$ см. Расстояние от проксимального отверстия канала до наиболее выступающей точки большого бугорка плечевой кости — $13,28 \pm 5,56$ см. Длина канала — $10,30 \pm 5,18$ см, что составило $34,03 \pm 16,42\%$ от длины плеча. Нами не установлена зависимость длины канала от возраста, пола, а также его асимметрия.

Выводы: проведенное нами исследование позволило определить длину канала Пирогова, его положение на плече. Была построена проекционная линия канала. Полученные данные могут снизить риск ятрогенных повреждений и исключить вероятность развития сосудистых и неврологических осложнений в послеоперационном периоде, а также могут оказать влияние на тактику оперативных вмешательств в данной области.

Литература

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия / А.В. Николаев. 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 736 с.
2. Михеева Ю.С. Анатомия сосудистого доступа для гемодиализа / Ю.С. Михеева, А.Н. Васильев, А.В. Смирнов // Нефрология. 2015. № 19 (4). С. 117–135.
3. Романова М.Н. Опыт Ультразвуковой диагностики повреждений нервов верхней конечности у детей / М.Н. Романова, В.И. Зорин, Н.Г. Жила // Детская хирургия. 2012. № 3. С. 34–37.