

Основная часть: общими признаками патологии тазобедренного сустава являются диспластические изменения во всех элементах тазобедренного сустава: вертлужной впадине, головке бедренной кости с окружающими мышцами, связками, капсулой и заключаются в недоразвитии этих тканей. Поэтому недостаточно грамотным диагнозом является выражение «дисплазия тазобедренного сустава». Из врожденной патологии тазобедренного сустава различают четыре заболевания: рентгенологически незрелый тазобедренный сустав, врожденный предвывих, врожденный подвывих, врожденный вывих тазобедренного сустава. В рентгенологически незрелом тазобедренном суставе анатомические изменения отсутствуют, а процессы замещения хрящевой ткани костной запаздывают. При врожденном предвывихе бедра, за счет растянутой капсулы сустава происходит самопроизвольное вывихивание и вправление головки бедра. Врожденный подвывих бедра характеризуется увеличением ацетабулярного угла, крыша сустава не плотно облегает головку и имеет овальную форму. При врожденном вывихе бедра отмечается еще большее увеличение ацетабулярного угла, форма крыши сустава заметно деформируется.

Заключение: причинами развития диспластических явлений в тазобедренных суставах являются самые различные факторы. Это и внутриутробный порок первичной закладки тазобедренного сустава и окружающих тканей, и задержка развития нормального тазобедренного сустава во время беременности, и колебания витаминного баланса у матери, и гормональные расстройства, и наследственность.

Литература

1. Болезни суставов руководство для врачей / под ред. В.И. Мазурова. Б79 СПб.: СпецЛит, 2008. 397 с.
2. Доэрти М., Доэрти Дж. Клиническая диагностика болезней суставов / Пер. с англ. А.Г. Матвейкова. Мн.: Тивали, 1993. 144 с.(Медицина XXI века).

КЛЕТЧАТОЧНЫЕ ПРОСТРАНСТВА МАЛОГО ТАЗА ЖЕНЩИНЫ

Уварова А.С.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Карелина Н.Р.; к. м. н., доцент Хисамутдинова А.Р.
Кафедра анатомии человека
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение: изучение топографо-анатомических соотношений клетчаточных пространств и фасций малого таза весьма значимо для определения своеобразия течения забрюшинных тазовых абсцессов и флегмон, распространения опухолевых процессов.

Основная часть: в подбрюшинном отделе малого таза расположены клетчаточные пространства, среди которых выделяют висцеральные и париетальные клетчаточные пространства. Висцеральные клетчаточные пространства представляют собой щели между стенкой органа и висцеральной фасцией, которые содержат более или менее выраженный слой жировой клетчатки и подходящие к органу сосуды и нервы. Соответственно органу, который окружает висцеральная фасция, выделяются околопузырное, околовлагалищное, околоматочное и околопрямокишечное висцеральные клетчаточные пространства. Органы малого таза занимают срединное положение и не соприкасаются непосредственно со стенками таза, от которых их отделяют слои клетчаточных париетальных пространств. Париетальные пространства располагаются между частями париетальной фасции и висцеральной фасцией органов. В подбрюшинном этаже малого таза женщины описаны следующие париетальные клетчаточные пространства: позадилобковое (предпузырное), два латеральных и предкрестцовое (позадипрямокишечное). Все они имеют практическое значение, как места возможного возникновения и локализации гнойно-воспалительных процессов. Возникающие флегмоны могут распространяться в забрюшинное пространство из позадипузырного, предкрестцового, латеральных, околоматочного и околопрямокишечного пространства; в клетчатку передней поверхности бедра — из позадилобкового и латеральных клетчаточных пространств; непосредственно в брюшную полость — из позадилобкового, латеральных, околоматочного и околопрямоки-

шечного пространств; в область промежности — из предкрестцового клетчаточного пространства. Сообщение с различными полостями обеспечивается наличием большого количества сосудисто-нервных пучков.

Заключение: знание клетчаточных пространств малого таза и их содержимого необходимо для проведения успешных лапароскопических операций, дренажа флегмон, прогноза дальнейшего развития гнойно-воспалительных и опухолевых процессов.

Литература

1. Кованов, В.В. Хирургическая анатомия фасций и клетчаточных пространств человека/ В.В. Кованов, Т.И. Аникина. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 128 с.
2. Сергиенко, В.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2 т. Т. 2 / Под ред. Э.А. Петросян, И.В. Фраучи. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 589 с.
3. Anne M.R. Atlas of Anatomy Twelfth Edition/ Anne M.R. Agur, Arthur F. Dalley.-Philadelphia.: Wolters Kluwer, 2009. P. 864.

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ПРАВОЙ ВНУТРЕННЕЙ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ

Чечулин А.А.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Конопелько Г.Е.

Кафедра нормальной анатомии

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: данные о вариантах синтопии и топографии внутренних яремных вен являются актуальными для реаниматологов и анестезиологов, так как нетипичное расположение внутренних яремных вен при катетеризации может стать причиной непреднамеренного их повреждения [1].

Цель исследования: изучить топографию и синтопию правой внутренней яремной вены (ВЯВ) и правой общей сонной артерии (ОСА) у людей различных возрастных и половых групп.

Материалы и методы: изучены и проанализированы сканы правой ВЯВ в ее средней части у 50 пациентов разного пола в возрасте от 20 лет до 81 года; снимки УЗИ-исследования 25 детей в возрасте 6–17 лет.

Результаты: при анализе сканов пациентов в возрасте от 20 лет до 81 года в 56% случаев выявлено заднелатеральное положение правой ВЯВ относительно ОСА, в 28% случаев — латеральное, в 14% случаев — переднелатеральное, в 2% случаев — ВЯВ располагалась сзади от ОСА. При анализе УЗИ — снимков детей в возрасте 6–17 лет заднелатеральное положение ВЯВ относительно ОСА выявлено только в 16% случаев, в 53% случаев — латеральное положение, в 31% случаев — переднелатеральное. Наиболее частым вариантом положения ВЯВ относительно ОСА, по нашим данным является заднелатеральное, а у детей — латеральное, что отличается от данных литературы [1]. Сравнение соотношения диаметров ВЯВ в средней ее части и ОСА у взрослых показало, что в 66% случаев диаметр ВЯВ в 1,5 раза превышает диаметр ОСА. У 20% пациентов данное соотношение составляет 1,2 и в 14% случаев наблюдаются равные диаметры ВЯВ и ОСА. Последняя группа обследованных обладает анатомической предрасположенностью к осложнениям при катетеризации [2].

Выводы: Наиболее частым положением ВЯВ в ее средней части относительно ОСА у взрослых является заднелатеральное, а у детей — латеральное. Диаметры ВЯВ и ОСА индивидуально варьируют, однако наиболее часто (66%) диаметр ВЯВ превышает диаметр ОСА.

Литература

1. Быков М.В. Ультразвуковое исследование перед катетеризацией центральных вен у детей / М.В. Быков. Тверь: ООО «Триада», 2011. 36 с.
2. US-guided puncture of the internal jugular vein: complications and anatomic considerations / A.C. Gordon [et al.] // J. Vasc.Interv.Radiol. 1998. Vol. 9, № 2. P. 333–338.