

parts, although accompanied by a smaller bleeding, but subsequently leads to prolonged reparative process. Therefore it is necessary to develop new, less invasive and less traumatic approaches to the hip joint, taking into account topographic anatomical features.

Гаврилов А.О., Жуков А.С.

РОЛЬ ФАСЦИАЛЬНЫХ ФУТЛЯРОВ ЯИЧНИКОВЫХ ВЕН В ФОРМИРОВАНИИ ОВАРИОЦЕЛЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украина, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, зав. кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Антипов Н.В.

Цель исследования: Определить значение фасциальных футляров яичниковых вен в развитии овариоцеле. **Материалы и методы.** Секционно и морфометрически исследованы 72 трупа женщин, из которых 33 имели признаки овариоцеле хотя бы с одной из сторон. Контрольную группу составили 39 трупов. Полученный массив данных обработан статистическим пакетом программ Medstat. **Результаты.** Овариоцеле изолированно слева наблюдалось в 19 случаях (26,4%), справа – в 10 (13,8%), и имело характер двухстороннего в 4 наблюдениях (5,6%). При левостороннем овариоцеле в. ovarica имела диаметр слева $7,8 \pm 2,9$ мм, справа – $3,82 \pm 0,63$ мм. При правостороннем овариоцеле диаметр вены слева составлял $3,18 \pm 0,45$ мм, справа – $5,54 \pm 0,89$ мм. При овариоцеле с двух сторон вены имели диаметр $5,73 \pm 0,94$ мм слева, а справа – $4,65 \pm 0,75$ мм. При исследовании выявлены корреляции овариоцеле с наличием брыжеек нисходящего и восходящего отделов ободочной кишки, а так же слепой кишки и отсутствием позадиободочной фасции. В данном случае расширенные яичниковые вены проходили в забрюшинном пространстве, имея тонкий фасциальный футляр, формируемый внутрибрюшной фасцией. В 8 случаях (11,1%) справа и в 3 (4,2%) – слева при отсутствии позадиободочной фасции вены проходили в едином фасциальном футляре с мочеточником и не были варикозно расширены. **Выводы.** Отсутствие позадиободочной фасции может быть морфологической предпосылкой к развитию овариоцеле. При отсутствии позадиободочной фасции и прохождении в. ovarica в едином фасциальном футляре с мочеточником овариоцеле не наблюдалось.

Гаврилов О.О.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГІНТУВАННЯ ВПЛИВУ СТУПЕНЯ ВИРАЖЕНОСТІ ФАСЦІАЛЬНИХ ФУТЛЯРІВ ЯЄЧНИКОВИХ ВЕН НА РОЗВИТОК ЇХ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, м. Донецк, Украина, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, зав. кафедрой та науковий керівник – д.мед.н., проф. Антипов М.В.

Мета дослідження. За допомогою експерименту довести можливий вплив ступеня вираженості фасціальних футлярів в. ovarica на розвиток овариоцеле. **Матеріали та методи.** Експеримент виконаний на основній групі дослідження – 13-ти жіночих трупах без жодних ознак варикозу гонадних вен. Ще 10 трупів з овариоцеле склали контрольну групу. Виконували середню лапаротомію. В контрольній групі вимірювали діаметр розширеної яєчникової вени. В основній знаходили місця формування в. ovarica та впадіння у магістральну судину. Обидва ці проміжки перев'язувалися. Потім вена катетеризувалася у своїй дистальній частині та наповнювалася контрастною рідиною. Далі вимірювалися діаметр в. ovarica. Потім руйнували фасціальний футляр судини та ще раз вимірювали діаметр. Обидва показники піддавалися порівняльному аналізу та статистичній обробці даних. **Результати.** Діаметр інтактних вен до проведення експерименту склав $4,2 \pm 1,3$ мм. Аналогічний показник в контрольній групі прослідковувався на рівні $7,8 \pm 0,5$ мм. Після наповнення контрастом вен з основної групи та підвищення в них тиску зі збереженням фасціального футляра їх діаметр дещо збільшився до $4,8 \pm 1,1$ мм. При схожих умовах, але зруйнованому футлярі діаметр склав $8,1 \pm 0,4$ мм та перевищив подібний показник в контрольній групі. **Висновки.** Виразений фасціальний футляр яєчникової вени здатен посилити опір судини до підвищеного кров'яного тиску.

Жилев Р.А.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРЕСТЦОВОГО СПЛЕТЕНИЯ ЗНАЧИМЫЕ ПРИ ЗАБРЮШИННЫХ ДОСТУПАХ

Донецкий национальный медицинский университета им. М. Горького, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, заведующий кафедрой, научный руководитель проф. Антипов Н.В.

Цель исследования: изучение особенностей образования, расположения и отношения к костям таза и окружающим органам крестцового сплетения. **Материал и методы:** топографо-анатомические исследования проведены на 39 трупах людей на базе областного бюро судебно-медицинской экспертизы ДОКТМО и кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии, нормальной анатомии ДонНМУ им. М. Горького. Все полученные данные протоколировались, обрабатывались статистически. Анализ полученных результатов выполняли при помощи лицензионного статистического пакета программы «MedStat». **Результаты:** по данным наших исследований крестцовое сплетение в 38 случаях образовывалось из IV, V поясничных и I, II, III крестцовых корешков. Направляясь кнаружи по нижнему краю грушевидной мышцы, сплетение суживалось в виде треугольной пластины и образовывало седалищный нерв. От крестцовой кости оно отделялось тазовой фасцией. Стоит отметить, что смещаемость сплетения небольшое всего $1,3 \pm 0,4$ см, его ограничивают соединительно-тканые перемычки, отходящие от тазовой фасции. Смещаемость сплетения можно увеличить только после разъединения этих перемычек. Сплетение сопровождается слабовыраженной клетчаткой. Крестцовое сплетение отдаёт следующие более крупные нервы: верхний и нижний ягодичный, срамной, запирающий, а также седалищный нервы, которые сопровождают окружающие их сосуды и при оперативных вмешательствах к костям таза оберегаются и смещаются вместе с сосудами. **Выводы.** При оперативных вмешательствах смещаемость крестцового сплетения незначительная из-за ограничения соединительно-ткаными перемычками, отходящих от тазовой фасции.

Орлова Ю.А., Волков А.А.

ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯГОДИЧНОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украина

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, зав. кафедрой – д.мед.н., проф. Антипов Н.В., научный руков. – к.мед.н., доц. Зарицкий А.Б.

Цель исследования. Исследование индивидуальных топографоанатомических характеристик сосудистых образований ягодичной области. **Материал и методы.** Работа проводилась на базе Донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы и кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии. Объектами исследования явились 67 трупов людей обоего пола, умерших в возрасте от 27 до 73 лет. В ходе проведенного исследования мы использовали методы морфометрии, с последующей фотосъемкой найденных вариантов, статистическое обрабатывание данных при помощи программы Medstat. **Результаты.** В ходе проведенной нами работы был выявлен ряд особенностей. Между мышцами второго и третьего слоя ягодичной области, латеральнее седалищного нерва в 63 случаях (94,02 %) выходила крупная ветвь, диаметром $2,9 \pm 0,3$ мм,

называемая глубокой ветвью нижней ягодичной артерии. Данная ветвь анастомозировала с нижней глубокой ветвью верхней ягодичной артерии в 59 (88,05%) случаях. Далее, в ходе нашего исследования, были обнаружены ветви, которые подходили к надкостнице костей таза и являлись непосредственным продолжением крупных ветвей ягодичных артерий. Верхняя глубокая ветвь верхней ягодичной артерии, диаметром $1,9 \pm 1,2$ мм отдавала 2-3 указанных ветви, диаметром $1,5 \pm 0,2$ мм к надкостнице подвздошной кости. Данные ветви ранее не описывались в медицинской литературе ввиду их труднодоступного расположения, поэтому нами было предложено назвать их поднадкостничными ветвями. Указанные ветви, диаметром $1,6 \pm 0,2$ мм отходили от глубокой ветви нижней ягодичной артерии к надкостнице подвздошной и седалищной костей. Следует подчеркнуть, что в 55 (82,08%) случаях внутренняя половая артерия анастомозировала с верхней глубокой ветвью верхней ягодичной артерии, а также с нижней ягодичной артерией в 64 (95,5%) случаях. Хирургическое вмешательство на ягодичной области с целью купирования гнойно-воспалительных явлений может закончиться крупномасштабным кровотечением из сосудов и анастомозов этих сосудов, неизвестных хирургам. Следовательно, чтобы избежать подобных ситуаций, необходимо учитывать индивидуальные особенности строения артериальной сети ягодичной области. **Выводы.** 1. От нижней ягодичной артерии отходила глубокая ветвь, размером $2,9 \pm 0,3$ мм, в 63 случаях (94,02 %). 2. Поднадкостничные ветви отходили от глубокой ветви нижней ягодичной артерии, от верхней глубокой ветви верхней ягодичной артерии. 3. В 55 (82,08%) случаях внутренняя половая артерия анастомозировала с верхней глубокой ветвью верхней ягодичной артерии, а также с нижней ягодичной артерией в 64 (95,5%) случаях.

Соловьев И.А., Тунова И.А.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ЛАДЬЕВИДНОЙ КОСТИ ЗАПЯСТЬЯ ПРИ ЦИФРОВОМ РЕНТГЕНО- И ТОМОГРАФИЧЕСКОМ ИХ АНАЛИЗЕ

Донецкий национальный медицинский университет им М.Горького, г.Донецк, Украина.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, зав. каф. и науч. рук. – д.мед.н., проф. Антипов Н.В.

Цель исследования: определить закономерности анатомии, синтопии и деформации ладьевидной кости при ложных суставах. **Материалы и методы:** на базе областной клинической травматологической больницы проведён анализ 44 цифровых рентген-снимков лучезапястных суставов с псевдоартрозами ладьевидной кости. В 7 случаях снимки дополнялись контрольными снимками здорового лучезапястного сустава того же пациента, в 8 - компьютерными томограммами поврежденного сустава. **Результаты:** среди пациентов преобладают мужчины – 41, женщин 3. Средний возраст составил 26 лет. В 15 случаях определялся перелом проксимальной трети, в 24 средней, в 5 дистальной трети. Выявлены основные закономерности изменений: в 2 случаях (4,6%) наблюдалась ротация дистального отломка по оси ладьевидной кости, в 6 (13,6%) - «горбовидная» деформация кости при которой формировался угол открытый в ладонную сторону, в 4 (9,2%) – уменьшение ладьевидно-полулунного угла в среднем до 18 град, в 12 (27,6%) – увеличение ладьевидно-полулунного угла в среднем до 82 град. Данные отличия расположения ладьевидной кости могут указывать на сопутствующие повреждения капсульно-связочного аппарата. **Выводы:** при диагностике ложных суставов ладьевидной кости наиболее часто встречаются сопутствующие изменения в ладьевидно-полулунном суставе. Диагностику и лечение псевдоартрозов ладьевидной кости необходимо проводить индивидуально и учитывать необходимость коррекции деформации и сопутствующих повреждений.

Фесак И.В.

ВЫДАЮЩИЕСЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ХИРУРГИ ПРОШЛОГО И СОВРЕМЕННОСТИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, г. Донецк, Украина, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, заведующий кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Антипов Н.В.

Цель исследования – осветить вклад в развитие отечественной хирургии, медицины и общества в целом выдающимися хирургами Украины: академиком Амосова Николая Михайловича и Бондаря Григория Васильевича. **Материал и методы исследования.** Проанализировано множество отечественных и зарубежных литературных источников, автобиографические данные. **Результаты исследования и их обсуждение.** Амосов Николай Михайлович – выдающийся учёный, медик, литератор и философ. Автор новаторских методик в кардиологии и торакальной хирургии, кибернетики и инженерии. Бондарь Григорий Васильевич – академик АМНУ, доктор медицинских наук, Герой Украины, генеральный директор Донецкого областного противоопухолевого центра. Что же объединяет двух учёных? Безусловно стремление к спасению человеческих жизней в наиболее сложных отраслях хирургии и медицины. Благодаря их деятельности спасены тысячи человеческих жизней, разработаны сотни новых подходов в лечении онкопатологии и кардиохирургии. **Выводы.** Главной задачей современников является сохранение памяти о выдающихся соотечественниках и продолжение работы в направлении улучшения подходов к оказанию квалифицированной медицинской помощи и сохранении человеческих жизней.

Фесак И.В.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ПЛАСТИКИ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ПАХОВОГО КАНАЛА С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, г. Донецк, Украина, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, заведующий кафедрой и научный руководитель – д.мед.н., проф. Антипов Н.В.

Цель исследования – разработать модифицированный метод пластики задней стенки пахового канала с применением сетчатого трансплантата. **Материал и методы исследования.** Исследования проводились путём препарирования 20 трупов мужского пола на базе донецкого областного бюро судебно-медицинской экспертизы и на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии. Выполнялась пластика задней стенки пахового канала по модифицированной методике. **Результаты исследования и их обсуждение.** В результате исследования удалось разработать метод пластики, позволяющий укрепить непосредственно внутрибрюшную фасцию, разместив сетчатый трансплантат под внутренней косой мышцей живота. Это осуществляется путём подшивания сетчатого трансплантата П-образными швами с направлением вкола иглы с внутренней поверхности мышцы и завязыванием узла на наружной. Данные швы размещают трансплантат между внутрибрюшной фасцией и внутренней косой и поперечной мышцей живота. В дальнейшем выполняли формирование внутреннего кольца пахового канала и подшивание трансплантата к паховой связке. **Выводы.** Разработанный метод позволяет укрепить заднюю стенку пахового промежутка на всём его протяжении, что даст возможность существенно снизить вероятность рецидива грыжи.