

1% – Н-образная форма. В 12% всех случаев соединение v.cerphalica и v.basilica может не происходить, тогда соединение крупных вен системы vv.cerphalica и basilica между собой происходит не в локтевой ямке, а на предплечье с помощью более мелких анастомозов. Чаще всего Н-образная форма встречается на левых руках, а И-образная на правых [4].

Цель исследования: изучение индивидуальных особенностей ветвления вен локтевого сгиба у лиц мужского пола.

Задачи исследования:

1. Определить тип ветвления вен локтевого сгиба у лиц мужского пола.
2. Определить частоту встречаемости того или иного типа ветвления.

Материалы и методы. Нами проведено исследование 40 лиц мужского пола в возрасте от 19 – 25 лет (медиана возраста 22 года) с помощью фотографического метода. Мы предложили следующую классификацию типов ветвления:

- Медиальный;
- Латеральный;
- М – образный;
- Н – образный;
- И – образный;
- V – образный.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным медиальный тип ветвления встретился в 5 случаях (12,5%). Латеральный тип наблюдается в 4 (10%). На долю М-образного и Н-образного вариантов приходилось 11 (27,5%) и 4 (10%) случаев. И-образный вариант констатирован в большем проценте наблюдений, составил 9 (22,5%). У 7 (17,5%) пациентов тип ветвления расценен нами как V-образный. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии многообразных вариантов ветвления вен локтевого сгиба.

Выводы: В соответствии с полученными данными чаще всего (27,5%) преобладал М-образный тип ветвления. Вторым по частоте встречаемости является И-образный вариант, составляя 22,5%. Указанные варианты, с клинических позиций, необходимо учитывать при выполнении этих венепункций, поскольку они создают возможность многократных пункций в этой области.

Список литературы

1. Большаков О.П., Семенов Г.М. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. – СПб.: Питер, 2001. – С. 50;
2. Кирпатовский И.Д., Смирнова Э.Д. Клиническая анатомия. – М.: МИА, 2003. Т. 2. – С. 60.
3. Шевкуненко В.Н., Геселевич А.М. Типовая анатомия человека. – Л., 1935. – 232 с.
4. Травин А.А., Кованов В.В. Хирургическая анатомия верхних конечностей. – М.: Медицина, 1965. – С. 410.

**Секция «Актуальные вопросы морфологии»,
научный руководитель – Шиян Д.Н., канд. мед.наук, доцент, профессор РАЕ**

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ
РАЗВИТИЯ СЕРДЦА ПРИ НАЛИЧИИ
И ОТСУТСТВИИ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ
СИМПТОМАТИКИ
(ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ)**

Болотова В.С., Сереженко Н.П.

ГБОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Минздрава России,
Воронеж, e-mail: bolotovavs-med@yandex.ru

Малые аномалии развития сердца (МАРС) – многообразная по проявлениям и происхождению группа аномалий развития сердечно-сосудистой системы [2-4]. Для них типично наличие разнообразных структурных отклонений от типичного макроскопического строения сердца и магистральных сосудов, однако при этом, как правило, не выявляются клинически и гемодинамически значимые нарушения. Тем не менее, довольно часто МАРС сопровождаются различной неврологической симптоматикой, возникновение которой может быть объяснено преходящими гемодинамическими изменениями, возникающими, например, при физических нагрузках. Установлено, что ряд малых аномалий развития встречается у больных с транзиторными ишемическими атаками (преходящими нарушениями мозгового кровообращения), тромбозами, в том числе – при тромбоэмболии легочной артерии и др [1, 4, 5, 7]. Этим и обуславливается высокий интерес исследователей к данной проблеме.

Целью нашей работы явилось изучение структуры и распространенности некоторых видов МАРС, которые являются факторами риска повышенного тромбообразования у практически здоровых лиц и пациентов с разнообразными аускультативными проявлениями.

В ходе выполнения работы нами были решены следующие задачи:

1. Изучена структура МАРС у лиц, проходивших эхокардиографическое обследование в 2012-2013 гг.
2. Оценена распространенность выявляемых аномалий в пределах анализируемой выборки.

3. Выполнено сравнение распространенности МАРС у лиц при наличии и отсутствии аускультативных и клинических проявлений.

В качестве исходных материалов было проведено 815 эхокардиографических исследований лиц в возрасте от 1 месяца до 78 лет с последующим ретроспективным анализом протоколов и видеозаписей их результатов, из них у 390 отсутствовали, у 425 – имелись аускультативные изменения. Исследования проводились на аппаратах GE Vivid 3 и GE Logiq S8 по стандартным методикам исследования. Полученные цифровые и текстовые результаты заносились в базу данных, в дальнейшем проводилась их статистическая обработка с использованием программы Statistica 10. Рассчитывались средние значения, стандартная ошибка и стандартное отклонение. Для сравнения частот применялся угловой критерий Фишера. В качестве критериальной статистики использовалась верхняя 2,5% область F-распределения.

Анализируя возрастную-половую структуру распространенности МАРС следует отметить, что наибольшая частота встречаемости приходится на возрастную группу 1-19 лет (86,6%); разница в отношении лиц мужского и женского пола в обследованной группе незначительна (50,4% и 49,6% соответственно).

К числу МАРС, которые могут являться предикторами повышенного риска тромбообразования, относятся: функционирующее овальное окно, аневризма МПП, удлиненные створки венозных клапанов. Рассмотрим их эхографические характеристики.

Открытое овальное отверстие (ООО) – это малая аномалия сердца, характеризующаяся частичным или полным сохранением межпредсердного сообщения в результате постнатального незаращения левопредсердной клапанной заслонки сердца [4,6]. О незаращении овального отверстия как об отклонении от нормы следует говорить лишь после 2-3 лет жизни ребенка. В двухмерном режиме эхокардиографического исследования выявляется перерыв эхосигнала

в межпредсердной перегородке, при доплеровском исследовании может выявляться турбулентный поток крови в области овальной отверстия, а при цветовой доплерокардиографии – небольшой сброс крови. У лиц с аускультативной симптоматикой ООО наблюдалось в 10,8% случаев, у пациентов без аускультативной симптоматики в 5,1%. Выявленные различия были статистически значимыми, $\varphi^*_{эмп} = 6,297$, $p < 0,01$.

Довольно часто ООО сочетается с аневризмой МПП – выпячивание перегородки в области овальной ямки в сторону правого предсердия [5]. Эхокардиографически в двухмерном режиме в области овального отверстия визуализируется аневризматическое септальное выпячивание в сторону правого предсердия, усиливающееся в систолу. При наличии аускультативной симптоматики аневризма обнаруживалась в 1,2%, а при ее отсутствии в 0,77%. Данные различия не были статистически значимыми, $\varphi^*_{эмп} = 0,585$, $p > 0,05$.

Удлинение створок клапана нижней полой вены эхокардиографически проявляется визуализацией подвижных экзогенных структур в полости ПП. Удлинение створок отмечалось среди обследованных лиц с аускультативными изменениями в 6,6% случаев, без данного признака в 0,77%. В данном случае различия между группами с наличием и отсутствием звуковой симптоматики так же были статистически достоверными $\varphi^*_{эмп} = 4,863$, $p < 0,01$.

Сопоставляя данные нашего исследования и результаты аналогичных по направленности работ необходимо отметить, что согласно литературным источникам [5-7] известно, что у 40% пациентов с различной неврологической симптоматикой имеется ООО, у 20,5% – аневризма МПП и у 5,1% – удлиненные створки венозных клапанов. Выявляемые различия в частоте встречаемости могут объясняться различными методическими подходами, в частности – широким распространением за рубежом транспицевого исследования и эхокардиографии с применением контрастирования. Мы применяли наиболее распространенный стране метод – трансторакальную эхокардиографию. Тем не менее, полученные результаты свидетельствуют о большей распространенности анализируемых изменений по сравнению с имеющимися в отечественной литературе данными [4]. Выявленные в этом случае различия могут быть объяснены преобладанием в нашем исследовании детей и использованием аппаратуры высокого технического уровня. Это позволило диагностировать сравнительно редко выявляемые изменения в условиях наличия помех в виде избыточного отложения подкожно-жирового слоя или затухания ультразвука высокой частоты при большой глубине исследования у пациентов старших возрастных групп.

У всех обследованных лиц аускультативной группы отмечалась различная аускультативная симптоматика: систолический шум различной интенсивности, хордальный писк, систолический щелчок. При этом у 242 пациентов данной группы выявлялись различные изменения на ЭКГ в виде миграции суправентрикулярного водителя ритма, единичные суправентрикулярные экстрасистолы, неполная блокада правой ножки пучка Гиса и др. варианты нарушений ритма. Кроме того, что у большинства обследованных лиц данной когорты – 202 из 425 отмечались жалобы, характерные для вегето-сосудистой дистонии: головная боль, головокружение, сердцебиение, повышение или понижение давления, утомляемость, слабость и т.д. Признаки дисплазии соединительной ткани отмечались у 38 пациентов. Все указанные изменения

не выявлялись в случае отсутствия аускультативной симптоматики.

Более высокая частота встречаемости МАРС в первом случае обусловлены тем, что они довольно часто сопровождаются указанными проявлениями из-за нарушения внутрисердечной гемодинамики. Тем не менее, гемодинамические нарушения в их случае минимальны и, соответственно, клиническая симптоматика скудна, что может объяснить более низкую частоту встречаемости МАРС у лиц без аускультативных проявлений.

Таким образом, по результатам проведенного исследования можно предположить, что МАРС, встречаются в популяции существенно чаще, чем это предполагалось ранее. Особенно это характерно для лиц с наличием аускультативной симптоматики, несмотря на отсутствие зачастую клинической и гемодинамически значимых нарушений. Учитывая сравнительно высокую распространенность малых аномалий развития сердца в случае ряда неврологических нарушений, а также как одну из групп состояний, связанных с повышенным риском тромбообразования, пациенты с данными изменениями требуют повышенного внимания со стороны клиницистов.

Список литературы

1. Арутюнов Г.П. Терапия факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 672 с.
2. Кардиология. Национальное руководство / под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 1232 с.
3. Калмыкова А. С., Ткачева А.С., Зарытовская Н.В., Малые сердечные аномалии и синдром вегетативной дисфункции у детей // Педиатрия, 2003, № 2 с. 9-11.
4. Мутафьян О.А., «Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков», Санкт – Петербург, 2005
5. Balbuena SM et al. Migraine as predictive factor of the presence of atrial septum aneurysm in patients with stroke and patent foramen ovale / S Martin Balbuena; B Fuentes; M Lara; M A Ortega-Casarrubios; P Martinez; E Diez-Tejedor // Neurologia, – 2009 – vol. 24, pp. 160-164.
6. Edward A. Gill Definitions and pathophysiology of the patent foramen ovale: broad overview // Cardiology Clinics, 2005 – vol. 23, iss. 1, pp. 1-6.
7. Hossein Ali Ebrahimi; Akbar Hamzaie Moghadam; Esmaeel Aredestani Evaluation of patent foramen ovale in young adults with cryptogenic stroke // ARYA atherosclerosis, – 2011 – vol. 7, pp. 74-77.

ДЕФОРМАЦИИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОЗА ШКОЛЬНИКОВ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Уткина А.В., Бабайцева Н.С.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: generalov2012@inbox.ru

Актуальность. Сколиоз – тяжелое прогрессирующее заболевание позвоночника, сопровождающееся поражением внутренних органов, нервной системы. При сколиозе развивается физическая неполноценность, возникают глубокие психические страдания вследствие больших косметических дефектов. Сколиоз является одним из самых распространенных заболеваний. И поэтому существует необходимость в ранней диагностике, профилактике возникновения и лечения начальных стадий заболевания.

Целью нашей работы являлось ознакомление с этиологией сколиоза, рассмотрение наиболее информативных методов диагностики, определение выраженности проблемы сколиоза среди детей и подростков.

Результаты исследования. Причиной сколиоза могут быть общая слабость и неразвитость связочно-мышечного аппарата, нарушения осанки, которые особенно опасны в периоды наиболее интенсивного роста. Осмотр совместно с врачом ортопедом, рентгенография и анализ снимков являются информативными методами диагностики сколиоза.

В результате проделанной работы определили степень выраженности проблемы сколиоза у детей