

Топографо-анатомические характеристики некоторых параметров чревного ствола и ножек диафрагмы

Клачкевич Янина Владимировна

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

**Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук, доцент Маркауцан Павел
Викторович, Белорусский государственный медицинский университет, Минск**

Введение

Среди множества факторов, вызывающих хронические нарушения кровообращения органов пищеварения, компрессионный стеноз чревного ствола встречается в 40-70 % случаев. Одной из основных причин компрессии чревного ствола является его сдавление ножками диафрагмы и срединной дугообразной связкой с последующим развитием синдрома абдоминальной ишемии. По литературным данным, время с момента появления первых симптомов этого заболевания до выраженной клинической картины может занимать от 6 месяцев до 13 лет [Абдурахманов Ш.А., 1999].

Цель исследования

Проанализировать топографо-анатомические характеристики некоторых параметров чревного ствола и ножек диафрагмы.

Материалы и методы

В работе использован документальный и статистический методы исследования. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Office Excel 2010» Средние величины представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха (Q25–Q75). Для описания интенсивного показателя давалось значение частоты с учетом предельной ошибки.

Результаты

Нами были проанализированы КТ-ангиограммы 61 пациента. Средний их возраст составил 64,65 (42,5 – 71,2) лет, распределение по полу: 55,9 ± 2,5 % мужчины, 44,1 ± 2,0 % женщины. По данным литературы нормальные значения диаметра чревного ствола при спокойном дыхании составляют 6,3±0,2 мм – 6,4±0,2 мм. Средний диаметр чревного ствола по нашим данным составил 6,13(3,9-9,0) мм, что соответствует значениям, имеющимся в доступной литературе. Средний диаметр правой ножки диафрагмы составил 5,81(2,3-8,2) мм, левой – 4,24(1,9-6,3) мм. Уровень отхождения чревного ствола от аорты в 86,89% соответствовал одиннадцатому грудному позвонку, в 13,11% нижнему краю десятого грудного позвонка. Нами было выявлено два пациента с признаками стеноза чревного ствола (диаметр которого составил 1,9 мм в первом случае и 2,7 мм во втором), при этом размер ножек диафрагмы не отличался от нормы. В данных случаях компрессия, скорее всего, была обусловлена срединной дугообразной связкой. При анализе данных КТ-ангиограмм, сравнение показателей диаметра чревного ствола на вдохе/выдохе не представлялось возможным, однако по данным литературы при применении ультразвукового дуплексного сканирования достоверных различий между этими показателями не отмечалось. По данным некоторых авторов, интравазальные причины компрессии чревного ствола встречаются чаще (62–90%), чем экстравазальные (10–38%), при этом наиболее частой причиной последних, являются увеличенные размеры срединной дугообразной связки и/или ножек диафрагмы (40,8–72,5%).

Выводы

Средний диаметр чревного ствола составил 6,13±2,8 мм, что соответствует значениям нормы. Нами был выявлено два пациента с компрессионным стенозом чревного ствола (диаметр составил 1,9 мм в первом случае и 2,7 мм во втором). В данных случаях, скорее всего, компрессия была обусловлена срединной дугообразной связкой.