

UNELE VARIANTE ANATOMICE ALE MUȘCHILOR SCHELETICI

Eugenia Lopotencu

Catedra Anatomia omului

Summary

Some anatomical variants of the skeletal muscles

The variants of the skeletal muscles are manifested in the following forms: aplasia or hypoplasia, supranumerary or accessory muscles, muscular fusions. This article describes:

1) aplasia of the major pectoral muscle; 2) accessory muscles: the flexor long of the hallux and coracobrachial muscles; 3) muscular fusion: between the long head of the biceps femoral and semitendinosus muscles; between the short extensor of the hallux and supranumerary tendon of the long extensor of the hallux.

Rezumat

Variantele mușchilor scheletici se manifestă sub diferite forme: aplazie și hipoplazie, mușchi supranumerari sau accesorii, fuziuni musculare. În acest articol sunt descrise: a – aplazia m. pectoral mare; b – mușchi accesori: a m. flexor lung al halucelui și m. coracobrahial; c – fuziuni musculare; între capul lung al bicepsului femural și m. semitendinos, între m. extenzor scurt al halucelui și tendonul supranumerar al m. extenzor lung al halucelui.

Actualitatea temei

Variantele mușchilor scheletici se întâlnesc relativ rar, iar în unele cazuri poartă un caracter cazuistic de cea această temă va fi actuală întotdeauna. Depistarea deficiențelor musculare prezintă un interes viu atât pentru morfologi cât și pentru clinicieni. Afectarea sistemului muscular se manifestă prin diferite hipoplazii sau aplazii a unor mușchi s-au, din contra, prin apariția unor mușchi suplimentari, capete de mușchi etc. Fascicule musculare complementare nu duc la dereglarea funcțiilor lor și pot rămânea neobservate, dar vor prezenta interes la diferite intervenții chirurgicale pentru traumatologi, ortopezi, chirurghi.

Scopul lucrării

Luând în considerație raritatea variantelor de mușchi scheletici, ne-am pus scopul de a elucida particularitățile lor structurale, morfometrice, topografice.

Material și metode

Studiul a fost realizat a peste prin disecția 150 de cadavre umane de diferite vârstă și sex, la catedra Anatomia omului a USMF “Nicolae Testemițanu”. Materialele au fost analizate descrise și fotografiate.

Rezultate și discuții

Se consideră că variantele sau malformațiile mușchilor sunt cauzate de procesul deficitar de miogeneză, de absența dezvoltării celulelor musculare, de procesul patologic sistemic, care afectează mușchii sau de inervații defectuoase în timpul vieții intrauterine (M. Ștefan, 2005).

După datele noastre mai frecvent au fost depistate aplazii sau absența mușchilor; mai des sa observat lipsa m. plantar lung, aplazia sau hiperplazia acestui mușchi. De obicei aceste aplazii sunt unilaterale. Într-un caz am depistat aplazia m. pectoral mare stâng (fig. 1).

Se observa numai partea incipientă a părții claviculare și părții sternoclaviculare, care trec într-o fascie dură ce se inseră pe creasta tuberculului mare a humerusului. Porțiunea abdominală lipsește cu totul. În schimb m. pectoral mic – ca recompensă, e mult mai bine dezvoltat, e hipertrofiat, dar își are originea și inserția adiacentă. În regiunea fosei axilare între locul de inserție a m. pectoral mic și m. coracobrahial cât și marginea liberă a m. dorsal mare se observă un fascicul musculotendinos, care poate fi tratat ca un mușchi supranumerar – m. coracobrahial accesoriu. Asemenea variantă a fost depistată la încă două cadavre, dar cu excepția, ca acest fascicul tendinos era mai slab dezvoltat (fig. 2), iar m. pectoral mare era fără deficiențe. La un alt cadavru am depistat originea capului lung al m. triceps brahial de la fața posterioară a osului humerus ce a dus la absentarea orificiului trilater și patulater.

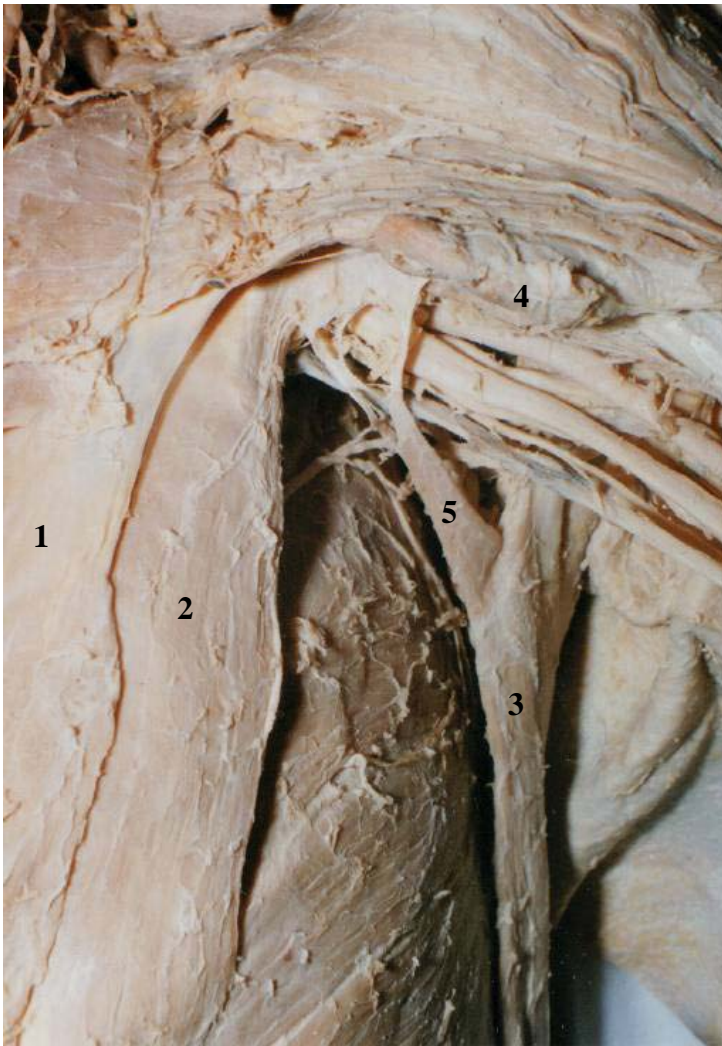


Fig. 1 Hipoplazia m. pectoral mare

1. m. pectoral mare
2. m. pectoral mic
3. m. dorsal mare
4. m. coracobrahial
5. m. coracobrahial accesor



Fig. 2 Mușchiul coracobrahial accesor

1. m. dorsal mare
2. m. coracobrahial
3. m. coracobrahial accesor

Fig. 3 Mușchiul flexor lung al halucelui accesor

1. m. peroneu scurt
2. m. flexor lung al halucelui
3. m. flexor lung al halucelui accesor



Un caz rar, unicat, am observat la prepararea mușchilor membrului inferior. La ambele gambe, preparând stratul profund al grupului posterior de mușchi – am depistat în partea distală un mușchi mic asemănător cu m. flexor lung al halucelui și l-am numit m. flexor lung al halucelui accesor (fig. 3), așezat mai superficial cu originea pe septul intermuscular lateral posterior și inserția pe osul calcaneu.

Mai rar pot fi observate fuzionările între mușchii vecini.

Ca o variantă musculară cazuistică poate fi privită “conexiunea musculară” dintre capul lung al m. biceps femural și m. semitendinos. Acest fascicul muscular are o orientare oblică de la m. biceps femural spre m. semitendinos (fig. 4). Tot la acest cadavru pe partea dorsală a piciorului stâng se observă o dublare a tendonului m. extensor lung al halucelui. Acest tendon accesoriu fuzionează cu tendonul m. extensor scurt al halucelui, formând un tendon comun (fig. 5).



Fig. 4 Fuziunea musculară între capul lung al m. biceps al femurului și m. semitendinos

1. m biceps al femurului
2. m. semitendinos
3. fuziunea musculară între acești mușchi

Fig. 5 Fuziunea musculară între m extensor scurt al halucelui și tendonul suplimentar al m. extensor lung al halucelui

1. m. extensor scurt al halucelui
2. m. extensor lung al halucelui
3. m. tendonul suplimentar al m. extensor lung al halucelui
4. fuziunea dintre acești mușchi



În regiunea mușchilor peretelui anterior al abdomenului un caz exclusiv prezintă niște mușchișori accesorii, care diferă de la marginea inferioară a m. oblic abdominal intern, unul dintre care se inseră pe tuberculul pubian, iar altul continuă în componentă cordonului spermatic și poate fi privit ca m. cremaster (fig. 6).



Fig. 6 Mușchii supranumerari în regiunea canalului inghinal

1. canalul inguinal
2. un mușchi supranumerar de la marginea inferioară a m. oblic abdominal extern
3. m. cremaster.

Am depistat la o disecție a cadavrului lipsa congenitală a unei părți a centrului tendinos al diafragmului, care se manifesta printr-o hernie a stomacului în cavitatea toracică, unde fundul și o parte a corpului stomacului era așezat între inima și plămânul stâng.

Concluzii

Deci în consecință se poate de menționat că variantele mușchilor scheletici se manifestă sub formă de aplazii și hipoplazii, mușchi supranumerari sau accesori și fuziuni musculare care nu duc la dereglarea funcțiilor lor.

Bibliografie

1. Ranga V. Tratat de "Anatomia omului". Vol. I. Partea I. București, 1990.
2. Ștefanuț M., Ștefanuț I "Anatomie preventivă sau substratul morfofuncțional al sănătății". Chișinău. Centrul Editorial Poligrafic Medicina. 2005
3. Майзель С. Н. Случай развития поперечной мышцы подмышечной впадины. // Вопросы морфологии. Сб. тр. Саамаркандского мед. ин-та. Т. XXXV- Nfirtzn_ 1965. С. 105 – 166.
4. Ștefanuț M. Anatomia omului. Vol. I. Chișinău. Centrul Editorial. Poligrafic Medicina. 2007.

PARTICULARITĂȚILE PLEXULUI LIENAL

O. Belic, M. Ștefanuț, A. Babuci, G. Certan, T. Hacina, I. Catereniuc

Catedra Anatomia Omului USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Lienal plexus particularities

Anatomical knowledge concerning variations of the splenic plexus in the aspects of its two main types: concentrated and diffuse, along with its topography inside the organ and its relationship with the neighboring visceral plexuses, etc. are of practical importance in performing splenectomy tactics and segmental removing of the organ.

Rezumat

Cunoștințele anatomice privind variabilitatea plexului lienal în contextul celor două tipuri ale lui: concentrat și difuz, precum și topografia intraorganica a acestuia, interrelațiile cu plexurile viscerale alăturate etc. sunt de importanța practică majoră în realizarea tacticilor de splenectomie și înlăturarea segmentelor organului.

Actualitatea temei

Numărul mare de observații din ultimele decenii dedicate modificărilor morfopatologice ale sistemului nervos periferic în evoluția diverselor maladii ale splinei denotă importanța și actualitatea din punct de vedere practic și doctrinal al problemelor ce țin de variabilitatea anatomică individuală a principiilor de distribuire a nervilor lienali (1,2).

Corelațiile dintre nervi și vase determină arhitectonica componentelor neurovasculare extra- și intralienale. La acest nivel au fost stabilite diverse forme de răspândire și interrelatii teritoriale ale vaselor și nervilor organului cu rol important în intervențiile chirurgicale pe splină.

Material și metode

Sursele de inervație și particularitățile de distribuire ale nervilor splinei au fost stabilite pe 68 de cadavre umane (66 – ale persoanelor adulte și 2 de nou-născuți), prin metoda de disecție macromicroscopică fină propusă de В.П.Воробьев, Б.З.Перлин ș.a.

Rezultatele obținute și discuții

Conform rezultatelor obținute, sursele de inervație ale splinei constituie ramuri ale ganglionilor celiaci, suprarenal stâng, mezenteric superior precum și cele din trunchiului vagal posterior și nervul frenic din dreapta. Fibrele și fasciculele nervoase cu originea în sursele menționate, interconexionând multiplu formează în ansamblu plexul lienal. În unele surse bibliografice de specialitate, în componența plexului celiac este descris ganglionul mezenteric superior (Д. М. Голуб, 1958). Acest fapt poate fi explicat prin originea apropiată a arterei mezenterice superioare față de trunchiul celiac. Din această cauză, fibrele ganglionului mezenteric superior participă în formarea plexului celiac și, respectiv, plexului lienal; în multe cazuri se observă contopirea ganglionului mezenteric superior cu ganglionul celiac drept. În rezultatul cercetărilor morfologice efectuate, autorul a ajuns la concluzia, că ganglionul mezenteric superior la om nu se evidențiază tot timpul drept o formațiune independentă. Ganglionul nominalizat este conceput